



EVALUACION DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD DE LOS REGÍMENES CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO Y LINEAMIENTOS PARA SU REFORMA

Leonardo Cubillos Turriago
Director General de Gestión de la Demanda

Adriana Pulido Álvarez
Eduardo Andrés Alfonso
Mery Concepción Bolívar
Johanna Castrillón Correa
Asesores

RESUMEN

Este documento presenta un breve recuento de la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) desde su creación en el año 1993 hasta la fecha, describiendo sus principales logros y resultados e identificando los problemas centrales que persisten en el sistema, asociados al Plan Obligatorio de Salud. Tras analizar dichos problemas, se identifican y plantean lineamientos generales para una propuesta de reforma a los planes de beneficio para dar solución a los problemas identificados y conseguir que el SGSSS logre resultados positivos y contundentes.



Tabla de contenido

1.	Introducción.....	3
2.	El Sistema General de Seguridad Social en Salud: Evolución, Logros y Desafíos.....	4
2.1.	Principales Logros	7
2.2.	Desafíos por resolver	10
2.2.1.	Desafíos en los Planes Obligatorios de Salud	11
3.	Los Planes de Beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	13
3.1.	Evolución Histórica y Características de los Planes de Beneficios.....	13
3.2.	Principales Problemas identificados en los Planes de Beneficios	17
3.3.	Revisión de Experiencias Internacionales en Planes de Beneficios.....	20
3.4.	Razones por la cuales orientar la Reforma del POS a la Atención Integral de Patologías o Problemas de Salud Prioritarios.....	21
4.	Lineamientos para una reforma a los planes de beneficios.....	24
4.1.	Objetivos de la reforma del POS.....	24
4.2.	Estrategia general	25
4.3.	Priorización de Necesidades en Salud para la Actualización y la Unificación del POS 27	
4.3.1.	ENFOQUES PARA LA PRIORIZACIÓN	27
4.3.2.	COMPONENTES DE LA PRIORIZACIÓN	31
4.3.3.	LINEAMIENTOS PARA UN PROCESO DE PRIORIZACIÓN TRANSPARENTE, JUSTO Y LEGÍTIMO	33
4.3.4.	1. Objetivos	33
4.4.	Componentes del plan general para la reforma al POS.....	34
5.	Referencias	36
6.	Anexos	39



1. Introducción

Este documento presenta un diagnóstico de los planes obligatorios de salud en Colombia y de la Unidad de Pago por Capitación, luego de 14 años de implementación de la reforma en Salud instituida por la Ley 100 de 1993 y una propuesta de reforma de estos dos elementos centrales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, para enfrentar las principales dificultades y retos y garantizar la continuidad y el cumplimiento de las metas del sistema de salud. El eje central de esta propuesta es la modificación del POS y la UPC mediante la priorización de patologías relevantes para Colombia que permita modificar la estructura y lenguaje del POS y alinear los incentivos de los distintos actores del sistema, mediante el desarrollo y uso de guías de práctica clínica basadas en la evidencia, evaluaciones económicas y estudios del impacto financiero de la implementación de las guías en el SGSSS y los correspondientes cálculos y ajustes a la UPC.

El cuerpo del documento presenta en primer lugar esta introducción, más adelante muestra la evolución, logros y desafíos del SGSSS en cuanto a los planes obligatorios POS-C y POS-S. A continuación se presenta un recuento histórico de la evolución de los planes entre 1994 y 2008, haciendo un recuento de los principales problemas identificados y una revisión de experiencias internacionales en planes de beneficios para terminar presentando algunas justificaciones para reformar los planes obligatorios de salud del SGSSS. Luego se presenta un esquema de una posible propuesta de reforma, con los principales elementos conceptuales que guían esta iniciativa. El documento finaliza con un plan de trabajo concreto para el desarrollo e implementación de la reforma.



2. El Sistema General de Seguridad Social en Salud: Evolución, Logros y Desafíos

Con la expedición de la Constitución Política de Colombia (CP) en el año 1991, la seguridad social y la atención en salud pasan a formar parte de los derechos sociales, económicos y culturales de los habitantes del territorio nacional. En desarrollo de estos mandatos, se expide la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema de Seguridad Social Integral, conformado por el Sistema de General de Pensiones, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el Sistema General de Riesgos Profesionales y los servicios sociales complementarios.

El SGSSS sigue los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad¹, unidad y participación, y se plantea los objetivos de lograr el aseguramiento universal, mejorar la eficiencia e incrementar la calidad en los servicios de salud. La solidaridad en el financiamiento, la introducción del aseguramiento para la población pobre, la separación de funciones del financiamiento y de la provisión, la participación del sector privado en estas funciones y la adopción de planes de beneficios en salud son considerados los pilares de la reforma.

La reforma estableció una estrategia de competencia gerenciada² (managed competition) en el SGSSS basada en dos mercados competitivos: el del aseguramiento y el de la provisión de servicios de salud. En el primer mercado, los aseguradores denominados Empresas Promotoras de Salud (EPS) reciben un valor fijo denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC) a cambio de la garantía de prestación del Plan Obligatorio de servicios de Salud (POS) a los afiliados. Tanto los contenidos del POS como el valor y composición de la UPC son fijados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y no están bajo del control de las EPS. En el segundo mercado, los proveedores de servicios de salud compiten por la venta de servicios a las aseguradoras, que a su vez actúan como compradores de servicios de salud en representación de sus afiliados, seleccionando y negociando entre los proveedores, públicos o privados, la mejor combinación precio-calidad posible.

¹ En la Ley 100 se define integralidad: como 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 la Ley.

² A lo largo de este trabajo se usará el término competencia gerenciada para referirse a lo que Enthoven denomina “managed competition”. Algunos autores han traducido el término como competencia regulada, sin embargo aquí se ha preferido usar competencia gerenciada para evitar confusiones con los primeros modelos de Enthoven, quien los había denominado competencia regulada (“regulated competition”). Más adelante, Enthoven decidió renombrar su teoría puesto que no era un conjunto rígido de reglas que el estado imponía, sino un conjunto de herramientas para dirigir u orientar el mercado de manera que se lograran subsanar las fallas de mercado inherentes a los mercados de salud y así, lograr simultáneamente la eficiencia y equidad que se buscaba.



Con la Ley de la reforma (Ley 100 de 1993) se instauraron dos regímenes de aseguramiento para la prevención y gestión de los riesgos asociados a enfermedad general y maternidad³: uno para los trabajadores y sus familias denominado Régimen Contributivo (RC) y otro para la población sin capacidad de pago denominado Régimen Subsidiado (RS). El RC se financia a través de impuestos a la nómina de manera que cada afiliado al régimen contribuye con un porcentaje de sus ingresos fijado por la Ley⁴, mientras que el RS se financia con una mezcla de impuestos generales, subsidios cruzados de la financiación del RC⁵ y recursos de las administraciones locales. De esta manera, el precio del aseguramiento para los afiliados al RC corresponde al 12.5% de sus ingresos y los afiliados al RS no enfrentan precio del aseguramiento⁶. Adicionalmente, los afiliados al SGSSS (tanto RC como RS) deben efectuar copagos o cuotas moderadoras cuando requieran servicios de salud, recursos que también están dirigidos a financiar el sistema y las prestaciones incluidas en el POS⁷.

Aquí es preciso resaltar dos elementos, el primero, que mediante los impuestos a la nómina y la financiación del RS el diseño del SGSSS busca lograr equidad, solidaridad y progresividad en la financiación, introduciendo subsidios cruzados de ricos a pobres y de sanos a enfermos. El segundo elemento a resaltar es que la cotización individual de los asegurados está desconectada de los ingresos de los aseguradores con el fin de lograr simultáneamente la equidad, solidaridad y progresividad en la financiación y la imparcialidad en el acceso a los servicios de salud.

Las personas tienen el derecho de elegir cualquier asegurador, en lo que se ha denominado el principio de la libre elección⁸, haciendo que las EPS compitan por afiliados en función de la calidad de los servicios que puedan ofrecer, teniendo en cuenta que ellas no pueden modificar los contenidos del POS ni el valor de la cotización (precio al afiliado), ni tampoco el valor de la UPC (prima de aseguramiento). Esto es lo que se ha conocido en el sistema como competencia por calidad, y es el principal elemento de diseño del SGSSS que apunta a conseguir mejoras continuas de la calidad de los servicios de salud.

Para cada régimen se definió un paquete de beneficios: el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS-C) y el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado (POS-S), y la prima que recibe cada EPS por la garantía de prestación de los contenidos de los respectivos planes de beneficios es la UPC del Régimen Contributivo (UPC-C) y del Régimen Subsidiado (UPC-S) respectivamente. De esta manera, desde el punto de vista del asegurador, los POS son financiados por la UPC la cual debe reflejar

³ Los riesgos asociados a enfermedad profesional se cubren mediante el Sistema de Riesgos Profesionales). Los accidentes de tránsito se cubren por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y los desastres o eventos catastróficos se cubren mediante recursos del fondo de emergencias y catástrofes (ECAT)

⁴ La Ley 100 de 1993 estableció este porcentaje en 12% del ingreso base de cotización lo cual corresponde al salario mensual neto de primas, vacaciones y otras bonificaciones. La Ley 1122 de 2007 aumentó dicho porcentaje a 12.5%

⁵ La Ley 100 de 1993 estableció que un punto porcentual de los impuestos a la nómina que financian el RC se destinarían a la financiación del RS en lo que se conoce como el punto de solidaridad. Dicho porcentaje fue modificado por la Ley 1122 de 2007 y fijado en 1.5%.

⁶ El criterio de elegibilidad para pertenecer al Régimen Subsidiado es estar en los niveles más bajos del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), que es una prueba de medios económicos indirecta, que clasifica a la población pobre a través de una encuesta.

⁷ Si bien las cuotas moderadoras también están destinadas a financiar el sistema, su principal función es la de moderar la demanda por determinados servicios, al mitigar los efectos del fenómeno conocido como riesgo moral.

⁸ La Ley 100 de 1993 establece el principio de la libre elección tanto de asegurador como de prestador de servicios de salud.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

el costo medio esperado de cada uno de estos paquetes de beneficios. El SGSSS contempló también un ajuste de riesgo de esta prima, que actualmente es ajustada por edad, género y localización geográfica. Dicho ajuste de riesgo busca reducir en los aseguradores los incentivos a la selección de riesgos, manteniendo los incentivos a la eficiencia en la producción de servicios de salud.

El CNSSS es el organismo de dirección del SGSSS y entre sus funciones están la definición detallada y actualización de los paquetes de beneficios y de la Unidad de Pago por capitación (UPC). Esta última se actualiza anualmente y los criterios para su ajuste, de acuerdo con la Ley, son *“el perfil epidemiológico de la población relevante, de los riegos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería”*⁹. Las decisiones del CNSSS se expresan por medio de documentos normativos que se denominan Acuerdos. La secretaría técnica del CNSSS la ejerce el Ministerio de Salud (hoy de Protección Social) a través del Viceministerio de Salud y Bienestar. Mediante la Ley 1122 de 2007 que reformó la Ley 100 de 1993, se creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que, una vez en funcionamiento, asumirá muchas de las funciones del CNSSS.

El POS-C incluye un grupo de intervenciones para la protección de la salud, la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de patologías o condiciones de salud asociadas a enfermedad general o maternidad en las áreas de asistencia médica, odontológica, quirúrgica y farmacéutica. Las prestaciones del POS-C están descritas en un listado denominado “Manual de procedimientos e intervenciones del POS - MAPIPOS¹⁰ (Resolución 5261 de 1994) el cual también describe un grupo pequeño de exclusiones. Las prestaciones farmacéuticas se definen mediante un manual de medicamentos y terapéutica determinado en acuerdos del CNSSS¹¹. El POS-C incluye además de las prestaciones en salud, las prestaciones económicas por incapacidad laboral y por licencia de maternidad.

El POS-S incluye intervenciones para la promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, atenciones de primer nivel de complejidad, algunas de segundo nivel y las prestaciones en tercer y cuarto nivel de complejidad para el tratamiento de patologías o eventos considerados como de alto costo. Las intervenciones incluidas en el POS-S están compiladas en el Acuerdo del CNSSS No 306 de 2006. El POS-S tiene por lo tanto un área de atenciones no cubiertas, principalmente del segundo y tercer nivel de complejidad, las cuales son financiadas por el subsidio a la oferta a través de las direcciones territoriales de salud o por el bolsillo de los usuarios. Es oportuno mencionar que el POS-C tiene un mayor número de intervenciones que el POS-S.

Un antecedente importante en la consolidación de la reforma en salud en Colombia es el Plan Maestro de Implantación de la Reforma, adelantado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, entre 1994 y 1995 cuyas recomendaciones se ejecutaron en el Programa Apoyo a la Reforma de Salud - PARS entre 1996 y 2007. El PARS adelantó estudios de gran importancia y utilidad para el Ministerio de la Protección Social y para todo el SGSSS, entre los cuales se encuentran algunos de los estudios citados en

⁹ República de Colombia. Ley 100 de 1993. Artículo 182.

¹⁰ Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 5261 de 1994

¹¹ Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS. Manual de Medicamentos y Terapéutica. Acuerdos 8, 53, 83, 106, 228, 236, 263, 282 y 336



el presente documento. El proyecto que evaluó la ejecución y resultados del PARS ¹² recomienda dar continuidad a las actividades adelantadas en la línea de proyectos “Ajuste a los Planes de Beneficios y la Unidad de Pago por Capitación” mediante el fortalecimiento de un equipo técnico de base, que garantice la permanencia y desarrollo de aprendizajes incrementales en el Ministerio de la Protección Social, además de enriquecer la generación de criterios para los ajustes anuales que requiere el sistema y que posteriormente contribuya al desarrollo de los estudios técnicos que requiere la CRES para la toma de decisiones frente al POS y la UPC.

2.1. Principales Logros

Uno de los principales logros indiscutibles de la reforma ha sido el aumento sostenido de la cobertura del aseguramiento en salud en el país, con claros rasgos de equidad, solidaridad y progresividad. Los datos de las encuestas muestran que para el año 1993, la cobertura del aseguramiento en salud en el país no superaba el 25% de la población con cerca de 9 millones de personas vinculadas a algún mecanismo de aseguramiento en salud, y que dicha cobertura se concentraba principalmente en los deciles de ingreso más altos y en los funcionarios públicos. Los datos más recientes del Ministerio de la Protección Social muestran que existen más de 16 millones de afiliados al Régimen Contributivo, 21.6 millones de afiliados al Régimen Subsidiado y cerca de 1.5 millones de afiliados a regímenes especial, para una cobertura del aseguramiento en salud superior al 88% de toda la población colombiana.

El aumento de cobertura revela avances importantes en la equidad del aseguramiento en salud en el país ya que el mayor aumento de cobertura se presenta en los menores quintiles de ingreso, lo cual se evidencia en el extraordinario crecimiento de la cobertura del aseguramiento en el Régimen Subsidiado el cual llega actualmente a cerca de 50% de la población. De la misma manera, todas las encuestas también muestran que este aumento de cobertura se ha dado principalmente en los quintiles de ingreso más bajos, pasando de niveles superiores al 90% de población no asegurada en los deciles 1 y 2 de ingresos, a datos cercanos al 14% a finales de 2007.

La reforma también ha conseguido poner la salud como un tema central en la agenda pública y ha logrado que se destinen recursos crecientes al sector. Es así como el gasto total en salud pasó de 6,2% del PIB en 1993 a 7.8% en 2003, tocando un tope de 9,6% en 1997. Igualmente, el gasto público total en salud (público directo y del régimen subsidiado) pasó de 1,4% a 3,1% del PIB entre 1993 y 2003 (Barón, 2007).

Además del aumento de cobertura y de los crecientes recursos destinados al sector, también se ha documentado cómo se han conseguido en gran medida los objetivos de equidad, solidaridad y progresividad en la financiación. El sistema de salud colombiano ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como uno de los de mayor rendimiento a nivel mundial en cuanto a solidaridad y progresividad en la financiación. Esto se debe en gran parte a la introducción del aseguramiento y los elementos de diseño del SGSSS que se introdujeron para ello, gracias lo cual se ha conseguido, por

¹² Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS - GESAWORLD 2008. De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas. Evaluación externa del PARS. Bogotá. Ed. Impresol.



ejemplo, sustituir el gasto privado, principalmente el gasto de bolsillo, por gasto financiado con recursos del aseguramiento liderado por los recursos de cotizaciones de la seguridad social. Es así como se ha documentado una caída del gasto privado en salud que ha pasado de 3.3% del PIB a 1.2% entre 1993 y 2003, caída especialmente marcada en el gasto de bolsillo (subcategoría del gasto privado) la cual pasó de 2.7% del PIB en 1993 a tan solo 0.6% del PIB en 2003 (Barón, 2007).

Tabla 2. Evolución del gasto en salud 1993- 2003 de acuerdo con el Estudio Cuentas Nacionales de Salud.

Tabla 1. Gasto total en salud como proporción del PIB

	1993	1997	2000	2003
% Gasto total en salud / PIB	6.2	9.6	7.7	7.8
% Gasto público total en salud / PIB	1.4	3.4	3.2	3.1
% Gasto seguridad social en salud / PIB	1.6	2.8	3.0	3.5
% Gasto privado en salud / PIB	3.3	3.4	1.5	1.2
% Gasto de bolsillo / PIB	2.7	2.9	0.9	0.6

Fuente: Barón (2007)

Desde la aproximación del gasto en salud, los recursos destinados a los planes obligatorios de salud del SGSSS dan cuenta de más del 50% del total del gasto en salud del país para el año 2003. Dicho valor, que excluye los gastos que no se podrían considerar exclusivamente dirigidos al POS (aunque alguna proporción de muchos de ellos se dirige al POS) como por ejemplo los seguros privados, los regímenes especiales o los subsidios a la oferta, para el mismo año 2003 dieron cuenta de 3.83% del PIB. Si bien toda la serie desde 1993 no es comparable, la información disponible muestra que este valor viene creciendo puesto que en el año 2000 correspondía a 3.32% del PIB, en el 2001 a 3.64% del PIB y aunque cae ligeramente en 2002, pasando por 3.55% del PIB, como se mencionó, en el año 2003 el gasto en salud dirigido al POS da cuenta del 3.83% del PIB.

Igualmente, Acosta (2005) aplicando metodologías de análisis de incidencia del gasto, estudia en profundidad la equidad en el financiamiento del SGSSS y compara su evolución entre 1997 y 2003. De dicho análisis se desprende que el sistema genera importantes efectos distributivos, tanto en el total como entre regímenes, regiones y quintiles de ingresos, con importantes y claros rasgos de progresividad en el gasto del SGSSS. El estudio también muestra que el sistema sobresale por su capacidad para reducir la pobreza y la desigualdad.

Peñaloza (2005), analizando datos de las aseguradoras del sistema, con el objetivo de realizar una evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras en términos de su contribución al logro de



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993, el cual es la equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS concluye que se han conseguido logros importantes en equidad, analizada desde el punto de vista de la afiliación. En este trabajo se muestra cómo el régimen subsidiado ha jugado un papel fundamental para alcanzar este importante logro ya que la cobertura del sistema en este régimen ha aumentado rápidamente entre 1997 y 2003. Este dato, además de mostrar un importante aumento en el nivel de cobertura, muestra una gran mejora en la equidad del sistema si se tiene en cuenta que el régimen subsidiado está focalizado hacia los más pobres y es financiado con recursos del estado.

Un enfoque más orientado al análisis desde el estado de salud de la población puede verse en Flórez (2002). Allí se usan datos de las encuestas de demografía y salud (DHS) de 1990, 1995 y 2000, y se usan las metodologías de grupos extremos y curva de concentración para medir las inequidades en la salud de la población y analizar su evolución en el tiempo. El estudio encuentra una mejora tanto en el nivel como en la equidad en la afiliación al SGSSS para el periodo 1990 – 2000.

Son incuestionables los resultados conseguidos por la reforma en materia de cobertura del aseguramiento y la financiación del mismo, pero los resultados positivos de la reforma no paran allí. Varios estudios que evalúan el impacto¹³ del aseguramiento en salud en Colombia encuentran de manera consistente resultados positivos en acceso y utilización de servicios de salud al igual que reducciones en el gasto de bolsillo, así como niveles importantes de protección financiera para los hogares gracias al aseguramiento.

Panopoulou (2001) encuentra un aumento de 6 puntos porcentuales en la probabilidad de tener una consulta médica en las áreas urbanas, para aquellas personas que tienen la tarjeta Sisben (aunque no necesariamente la afiliación al Régimen Subsidiado). Además de estos impactos positivos en utilización, Panopoulou (2001) documenta una reducción importante en el gasto de bolsillo por consultas médicas y medicinas, también asociado a tener el carné del Sisben.

Trujillo & Portillo (2005) encuentran que la afiliación al Régimen Subsidiado aumenta la utilización de cuidados médicos principalmente entre las mujeres, los niños y los ancianos, aunque no tanto en los hombres adultos. En el mismo sentido Gaviria et al. (2006), encuentran que la afiliación al Régimen Subsidiado mejora sustancialmente la percepción de estado de salud y mejora el acceso y utilización de servicios de salud preventivos y consultas por médico general. Giedion et al. (2007) también encuentra impactos importantes y significativos de reducción de barreras de acceso y aumentos en la utilización de servicios de salud, atribuibles a la afiliación al Régimen Subsidiado. El mismo estudio intenta evaluar los efectos del RS en variables de estado de salud de la población pero los resultados allí son menos claros debido a las limitaciones de la información sobre estado de salud.

Giedion et al. (2007b) también lleva a cabo el ejercicio de evaluar el impacto del aseguramiento sobre variables de acceso y utilización de servicios de salud en el Régimen Contributivo. Una vez más, los resultados son consistentes y sugieren un efecto muy importante del aseguramiento en salud, sobre aumento en el acceso y utilización de los servicios de salud.

¹³ Casi todos ellos mediante el uso de metodologías cuasi experimentales de evaluación y utilizando encuestas como la Encuesta de Calidad de Vida, Encuesta Nacional de Salud o Encuesta Nacional de Demografía y Salud.



Bitrán et al. (2004), si bien no utilizan metodologías para aislar el impacto del RS, reportan que más de 40% de las personas no aseguradas que experimentan un evento adverso en salud que los lleva a hospitalización, sufren un choque negativo superior a un quinto de sus ingresos y que la probabilidad de caer por debajo de la línea de pobreza es 4% menor para los afiliados al RS que para los no afiliados, en el caso de personas que enfrentan la necesidad de utilizar servicios de salud ambulatorios. La misma diferencia para las personas que requieren hospitalización es cercana a 27%.

En el mismo sentido, y aplicando explícitamente metodologías para controlar el sesgo de selección en la comparación, Flórez et al. (2008) muestra que el aseguramiento en salud en Colombia, tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado, provee niveles importantes de protección financiera a los hogares, reduciendo considerablemente la probabilidad de sufrir un gasto catastrófico y mitigando de manera significativa el efecto financiero de un evento adverso en salud.

Finalmente, Escobar (2005) lleva a cabo un estudio cuyas conclusiones en gran parte coinciden con los estudios presentados anteriormente, y que sirve para ilustrar de manera resumida y sintética los principales logros del SGSSS. Allí se muestra que la reforma permitió mayor acceso, principalmente a los más pobres, a servicios de recuperación de la salud así como a servicios preventivos. Igualmente encuentra que la reforma también aumentó significativamente el nivel de protección financiera en especial para los más pobres y las poblaciones rurales. También se muestra que la evolución de la cobertura del aseguramiento ha presentado claros rasgos de equidad y progresividad en la medida en que el aumento de cobertura en los quintiles altos de ingreso luce moderado a la luz del extraordinario aumento de cobertura en los quintiles más bajos. La reforma también ha reducido significativamente el gasto de bolsillo y muestra que el gasto en salud como porcentaje de los ingresos del hogar es mucho mayor para aquellas personas que no están asegurados.

2.2. Desafíos por resolver

La sección anterior ha mostrado resultados y logros muy importantes de la reforma de salud de 1993, lo cual no quiere decir que ya todo esté funcionando de manera óptima. El SGSSS es un sistema complejo que si bien ha mostrado resultados importantes y positivos para el país y su población, tiene mucho que avanzar todavía para alcanzar plenamente las metas propuestas.

A diferencia de los logros resumidos en la sección anterior, los resultados en otros aspectos del sistema son menos claros, principalmente debido a la falta de información adecuada (y en no pocos casos a la imposibilidad de construirla) que permita llevar a cabo ejercicios como los descritos para el caso de la afiliación, el gasto, el acceso, utilización y protección financiera. En particular, los estudios y la información disponible en cuanto a los efectos de la reforma sobre la mejoría en la calidad de los servicios de salud y en el estado de salud de la población no son tan concluyentes como en el caso del financiamiento, acceso, utilización y protección financiera, debido a la ausencia de información que impide llegar a conclusiones con los mismos niveles de confianza que en las demás dimensiones.



A pesar de enormes esfuerzos por conseguir resultados positivos en esos dos aspectos (calidad y estado de salud), y que con seguridad están dirigidos hacia el camino correcto, la evaluación de estos logros no muestra resultados tan contundentes como en otras dimensiones del SGSSS. Entre esos esfuerzos se cuentan: la creación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), que permite apoyar a las instituciones a alcanzar niveles de excelencia en la prestación de servicios de salud y que permiten monitorear el comportamiento de la calidad en el sistema, y el desarrollo de rankings de EPS e IPS dirigidos a crear incentivos relacionados con la reputación de estas entidades con el fin de mejorar la calidad y a cerrar la brecha de información entre las EPS, los prestadores y los usuarios. Los mencionados esfuerzos así como muchos otros en el sistema, además de crear condiciones para que los resultados positivos tengan lugar, también permitirán contar en un futuro con la información adecuada para determinar con rigor académico los efectos y resultados del SGSSS en dimensiones como calidad de los servicios de salud.

Además de los problemas de información que impiden llevar a cabo estudios que demuestren los efectos de la reforma y del SGSSS sobre la calidad de los servicios de salud y el estado de salud de la población, persisten en el sistema dificultades e imperfecciones en el diseño y operación del SGSSS que pueden estar obstaculizando los distintos esfuerzos que se han llevado a cabo para conseguir mejores resultados en esa materia. Los planes de beneficios, como elemento central del sistema, presentan debilidades que pueden estar relacionadas con la dificultad en conseguir resultados contundentes en relación con los objetivos de calidad y estado de salud.

2.2.1. Desafíos en los Planes Obligatorios de Salud

Tal como se mostró anteriormente, el gasto en POS (tanto RC como RS) da cuenta del 3.8% del PIB para el año 2003. Esto muestra que los POS-C y POS-S se han convertido en los principales orientadores del gasto en salud en Colombia. Es en función de ellos que se determinan los servicios de salud que recibe la población asegurada y es con ellos que se pretende dar una respuesta a las necesidades de salud de la población colombiana. El POS, que contiene el conjunto de tecnologías en salud aseguradas (actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos), podría ser el principal instrumento estratégico del modelo con el cual se enfrente la carga de enfermedad que padece el país.

No obstante lo anterior, no es claro si el POS ha evolucionado como se esperaba en la Ley 100 y se cree que podría responder de forma mas adecuada a las necesidades de la población. La Ley 100 estableció que los criterios para actualizar el POS serían el perfil demográfico y epidemiológico de la población, la costo efectividad de las tecnologías y la protección financiera, existe evidencia que muestra que estos no son precisamente los criterios que han guiado las reformas que ha tenido el POS desde su concepción inicial. Por ejemplo, un análisis de la evolución histórica de los planes de beneficios POS-C y POS-S¹⁴ parece sugerir problemas en las actualizaciones del POS y muestra oportunidades para armonizar de mejor manera las actualizaciones del POS con el cambio de las tecnologías biomédicas utilizando la mejor evidencia científica a nivel nacional e internacional para que sea utilizada sistemáticamente en la toma de decisiones.

¹⁴ Giedion U., Ariza J., Pulido A., Ramirez J., Valdez M. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Diseño, implementación y ajuste de los planes de beneficios. El caso Colombiano. Documento de consultoría. Diciembre de 2007



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

Bajo este escenario surge la pregunta si el rector del sistema¹⁵ tiene la capacidad técnica y operativa para:

- monitorear los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población,
- llevar a cabo estudios rigurosos de costo efectividad de las tecnologías contenidas en el POS así como de aquellas que no han sido incluidas en el mismo,
- producir o revisar exhaustivamente la mejor evidencia científica disponible sobre las tecnologías en salud incluidas y excluidas del plan de beneficios,
- combinar lo anterior con un análisis del nivel de protección financiera que una u otra tecnología le brinda a los afiliados
- y v) monitorear el dinámico mercado de tecnologías en salud para proponer y estudiar nuevas tecnologías a incluir en el POS o reevaluar la inclusión de otras a partir de nueva evidencia disponible. Lo anterior sin duda alguna es una empresa de gran envergadura para la cual el rector del sistema debe fortalecerse con el fin de llevarla a cabo de manera eficiente, dados los recursos de los que dispone y las restricciones operativas y legales a las cuales debe hacerle frente.

La estructura, lenguaje y contenidos del POS son causa y consecuencia de las dificultades para su actualización. Esto lleva a un círculo vicioso en donde la estructura del POS y su lenguaje dificultan su ajuste y a su vez debido a éstas dificultades, las actualizaciones pueden complejizar de manera creciente la estructura y contenidos del POS. Una de las consecuencias de este proceso se ve reflejada en las coberturas que provee el POS y en particular, sobre la integralidad de las mismas. De esta manera ha prevalecido en el POS una alta fragmentación de las coberturas frente a las necesidades de la atención en salud de la población, impidiendo la atención integral de enfermedades o problemas de salud, dificultando las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y generando pocos beneficios y altos costos tanto a los profesionales de salud como a los pacientes.

Adicionalmente, y también como consecuencia de las dificultades en el proceso de actualización del POS y de la complejidad en la forma como están definidos el POS-C y el POS-S, se crean confusiones en los distintos actores del sistema en cuanto a los contenidos del POS, por lo que en ocasiones coexisten entre los distintos actores del sistema multiplicidad de interpretaciones acerca de los contenidos y la extensión de las coberturas del POS. Por las mismas razones, los usuarios en muchas ocasiones no tienen claridad sobre sus derechos frente al plan, y por lo tanto, se generan limitaciones en el acceso a los servicios de salud, problemas en la atención integral y múltiples conflictos entre aseguradores y prestadores.

Finalmente, en la Ley 100 de 1993 se estableció el año 2001 como fecha límite para que los dos planes de beneficios convergieran, esto quiere decir que ofrezcan los mismos contenidos para los usuarios de ambos regímenes, pero esta convergencia no se ha cumplido a pesar de los diferentes esfuerzos que ha realizado el Ministerio de la Protección Social para la actualización de los planes. Diferentes factores políticos y económicos, como por ejemplo, menores tasas de crecimiento económico pudieron haber impactado negativamente el logro de este objetivo hacia el cual es fundamental avanzar, primero para cumplir con objetivos del SGSSS en materia de cobertura y equidad y además porque la diferencia en los planes de beneficios multiplican los problemas de integralidad y exacerban problemas como los incentivos a la selección adversa o a la selección de riesgos que se tratarán más adelante en este documento.

¹⁵ En cabeza del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Ministerio de la Protección Social

3. Los Planes de Beneficios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

3.1. Evolución Histórica y Características de los Planes de Beneficios¹⁶

Figura 1. Contenidos planes obligatorios de Salud POS-C y POS-S

	POS-C	POS-S
Promoción de la salud	Resolución 5261 de 1994: acciones intra y extra murales de promoción	Programas de Promoción de la Salud: Acuerdo 72/97.
Prevención de la enfermedad	Inducción de la demanda, Protección específica, Detección temprana Atención de enfermedades de interés en salud pública Vigilancia en salud pública Incluye acciones primer y segundo nivel, a excepción de la mamografía y biopsia de mama en el POS-S: Acuerdo 117/1998. Resolución 412 y Resolución 3384/2000. Ley 715(2001 y Acuerdo 229 de 2002	
Diagnóstico	Atención para todas las patologías en todos los niveles de atención, de acuerdo a las prestaciones incluidas en el MAPIPOS, Manual de Medicamentos y sus actualizaciones	Nivel I y IV de atención (Alto costo a excepción de tratamiento para enfermedades de origen genético o congénito con respecto al POS-C). Beneficios puntuales en II y III nivel: histerectomía, apendicetomía, colecistectomía, herniorrafía. Atención integral al menor de un año y gestante. Oftalmología, optometría: menor de 20 años y mayor de 60, Stent, Estrabismo en menor de un año. cataratas, Pomeroy, vasectomía, Rehabilitación funcional.
Tratamiento		
Rehabilitación		

Las características generales de los planes de beneficios quedaron consignadas en la Ley 100 de 1993 teniendo en cuenta los estudios adelantados sobre paquetes básicos de beneficios con base en Carga de Enfermedad siguiendo orientaciones del Banco Mundial, pero para el POS-C la principal herencia son las prestaciones del Instituto de Seguros Sociales lo cual hace que el POS-C sea amplio y que tenga una estructura determinada por procedimientos e intervenciones. El POS-S sigue más la orientación del

¹⁶ Tomado del Documento: "Hitos Centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS". Ariza J. Giedion U. Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Documento de consultoría. Diciembre de 2007



paquete básico de beneficios, incorpora los programas verticales del Sistema Nacional de Salud y en la Ley se establece la intención de equipararlo progresivamente al POS-C.

a. Antecedentes, diseño e implementación POS-C:

La implementación del POS-C mediante la Resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS) definió un conjunto de procedimientos e intervenciones para el plan y definió las exclusiones, las limitaciones¹⁷, los contenidos, los métodos y los tipos de prestaciones. Para la sostenibilidad del Plan de Beneficios, definió el esquema de financiamiento del POS a través de las cotizaciones de los afiliados al Régimen Contributivo, copagos y cuotas moderadoras o aportes al momento de utilizar los servicios. Estos componentes, al igual que los periodos mínimos de cotización y periodos de carencia, se convierten en estrategias de regulación y moderación del servicio.

La consolidación del MAPIPOS con la herencia del manual del ISS generó dificultades posteriores, que se explican en la falta de claridad que presenta la organización de los beneficios, la ausencia de coordinación entre los nomencladores utilizados para clasificar las prestaciones y la dificultad para garantizar la continuidad en la atención. El manual usa una codificación y nomenclatura de procedimientos no estandarizada, la cual difiere de la clasificación de procedimientos e intervenciones CUPS establecida por el Ministerio de Salud y de los manuales tarifarios posteriormente adelantados por el Seguro Social y el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de la Protección Social).

Otra dificultad importante en el lenguaje del POS-C es la falta de un listado específico de dispositivos médicos e insumos que aclaren su presencia o exclusión en el plan.

Teniendo en cuenta lo anterior, los problemas de lenguaje y estructura del MAPIPOS (el cual define actividades, intervenciones y procedimientos), así como las diferencias en nomenclatura y codificación han favorecido la falta de integralidad en el POS-C, con las correspondientes implicaciones sobre la prestación de los servicios de salud.

b. Antecedentes, diseño e implementación POS-S

El antecedente más importante del POS-S fueron los servicios prestados por el programa de las Empresas Solidarias de Salud (ESS) que se empezó a implementar en el año 1992.¹⁸ En este programa, los afiliados se beneficiaban de un paquete básico de servicios que incluía servicios de promoción, de prevención y protección específica, servicios de atención médica y hospitalaria básica y servicios de apoyo como medicamentos esenciales, laboratorio clínico y rayos X por un costo anual de 20 mil pesos per cápita.¹⁹ El detalle de la cobertura se definía en conjunto con la comunidad beneficiaria. Son estos paquetes los que se utilizaron como principal insumo para la definición de actividades de primer nivel, tanto en el Régimen Contributivo como en el Subsidiado.

¹⁷ Las exclusiones son definidas en el MAPIPOS como aquellos servicios que no contribuyan al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad o que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios.

¹⁸ Véase Documento CONPES 001 del 23 de febrero de 1993, Empresas Solidarias de Salud.

¹⁹ Pesos del año 1993. Fuente: Documento CONPES 001/1993.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

De igual forma, los servicios prestados como parte de los programas de atención del Sistema Nacional de Salud (SNS) tales como los programas de atención materno-infantil y atención específica a enfermedades prevalentes en la infancia (IRA, EDA y otras) constituyeron un insumo específico para la formulación de la cobertura del POS-C y el POS-S en este ámbito.

En comparación al POS-C, no se incluyen los beneficios del segundo y tercer nivel de atención, esto es básicamente atención especializada a nivel ambulatorio y hospitalario, a no ser que sean gestantes y niños menores de un año. Por ejemplo, mientras que en el POS-C se incluye la consulta y atención por parte de médicos especialistas a nivel ambulatorio y hospitalario, estos mismos servicios no se incluyen en el POS-S, a excepción de la mujer gestante y niños menores de 1 año.

Para este plan, la dinámica fue diferente al POS-C, entre otras razones por la limitación de recursos y porque se incorporaron inicialmente otros antecedentes, como la experiencia de las Empresas Solidarias de Salud (ESS), en relación a planes básicos de salud comunitaria que incluían acciones de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, y los programas de atención para enfermedades prevalentes en la infancia y salud materno-infantil principalmente del Sistema Nacional de Salud.

El conjunto de prestaciones para el POS-S se definió progresivamente mediante acuerdos del CNSSS entre 1994 y 1996. Los beneficios están distribuidos en prestaciones de primer nivel, que incluyen programas específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Acuerdo 23, 49 de 1996 y resolución No. 03997 del 30 de octubre de 1996), atención hospitalaria de bajo nivel de complejidad y atención de mayor complejidad solamente para mujeres embarazadas, niños menores de un año.

Entre 1996 y 1998 se incorporaron progresivamente al POS-S diferentes prestaciones puntuales para el segundo y tercer nivel entre las que se encuentran: Atención por Oftalmología, optometría, suministro de lentes y monturas <19 >60 años (Nivel I), cataratas, estrabismo en <5 años, Apendicetomía, Colectomía (por causas diferentes al cáncer), histerectomía, Ligadura de trompas de Falopio o Pomeroy, Herniorrafias y servicios de rehabilitación funcional. Siguiendo el criterio de protección financiera para los afiliados al RS, se incluyeron prestaciones para eventos o patologías de alto costo como tratamientos de Ortopedia y Traumatología, Cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado.

c. Actualización o ajuste de los dos planes de beneficios

Entre 1998 y 2000 no se realizó ninguna inclusión a los planes quizás porque los esfuerzos del CNSSS se concentraron en el aumento de afiliaciones al aseguramiento en salud.

En 2004 se definió un plan de beneficios adicional dentro del régimen subsidiado denominado subsidio parcial que coexiste con el POS-S pero que esta orientado al grupo de población que esta justo en el limite de elegibilidad del mecanismo de focalización. Este plan incluye una cobertura limitada a menores de un año, embarazadas, atención de fracturas y enfermedades de alto costo, teniendo menos prestaciones que el POS-S. Por lo tanto el valor de la UPC para el subsidio parcial es inferior a la UPC-S. El plan de beneficios de los subsidios parciales en comparación con el POS-S, no contempla las actividades de



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

promoción y prevención y las prestaciones correspondientes al primer, segundo y tercer nivel de complejidad, las cuales están incluidas solo en los casos explícitos de embarazo, parto y puerperio, traumatología, ortopedia, patologías de alto costo y menor de un año.

El plan de subsidios parciales expresa la prioridad que le asigna el sistema al aumento de cobertura horizontal en la prestación de servicios que protejan las finanzas de las familias (Alto costo), la cobertura de poblaciones prioritarias (gestantes y menores de un año) y de una especialidad específica (Ortopedia y traumatología) dirigida a la atención de problemas derivados del trauma y la violencia, principal problema de salud pública en Colombia. Sin embargo, ha tenido muchos problemas para su implementación, especialmente para la diferenciación de prestaciones en una población beneficiaria semejante, pero con una asignación de subsidios distinta.

Entre 2000 y 2006 se han realizado una serie de inclusiones de tecnologías puntuales de forma equivalente para los dos planes con excepción del trasplante hepático (solo está incluido en el POS-C) las cuales se describen en detalle en el Anexo 1 (Inclusiones y aclaraciones al POS-S y POS-C. 1994-2008).

Desde 2006 hasta la actualidad las inclusiones del POS han seguido la orientación de la evidencia científica mediante guías de práctica clínica para los casos de VIH/SIDA, Enfermedad Renal Crónica, la planificación familiar y las prestaciones de segundo y tercer nivel de atención para Diabetes tipo 2 e Hipertensión Arterial en el POS-S.

En este periodo, algunas inclusiones al POS siguieron mandatos judiciales como en los casos de la interrupción voluntaria del embarazo y el medicamento Acido Zolendrónico. Esto demuestra que aun existen espacios de construcción de consensos que permitan que las actualizaciones del POS sigan los criterios establecidos por la Ley 100.

Antes del 2002 las propuestas de ajuste las preparaba y presentaba el Ministerio de Salud al CNSSS. Desde 2002 se consolida una estructura institucional que promueve la participación de todos los actores en la inclusión de nuevas tecnologías en los planes de beneficios denominada Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología (CMET), como un organismo asesor del CNSSS, con el objetivo de apoyar el ajuste y actualización del Plan Obligatorio de Salud (POS). Este comité ha presentado dificultades en su operación dado que los miembros no reciben remuneración para su trabajo o traslados, el CNSSS definió una serie de inhabilidades que hacen muy difícil ubicar personas idóneas y con tiempo suficiente para integrar el comité y finalmente, no cuenta con recursos para la elaboración de los estudios necesarios para evaluar las tecnologías sujetas de análisis para su inclusión al POS. Por lo tanto, el Ministerio de la Protección Social debe suplir estas deficiencias mediante la realización directa o la contratación de algunos estudios para la actualización del POS.



3.2. Principales Problemas identificados en los Planes de Beneficios ²⁰

1. La actualización de los planes POS-C y POS-S en general aun es susceptible de ser mejorada para darle una orientación más específica y un enfoque estratégico definido. La Ley 100 de 1993 y sus reglamentaciones determinan como criterios el perfil demográfico y epidemiológico, la costo efectividad y la protección financiera de los afiliados a eventos en salud de alto costo, y en este sentido, existe espacio para que la actualización del POS siga un plan claramente estructurado y orientado por la evidencia científica y las guías de práctica clínica.
2. Los planes POS-C y POS-S no han contado con una actualización que enfrente el rápido cambio de las tecnologías biomédicas. Esto quiere decir que persisten en el POS tecnologías en salud que se han considerado obsoletas y que no se han sustituido por tecnologías más seguras o más efectivas.
3. Aunque en los últimos años la actualización del POS sigue las recomendaciones de guías clínicas basadas en la evidencia, en los primeros años las inclusiones de medicamentos o procedimientos en salud a los planes POS-C y POS-S no fueron suficientemente soportadas por la evidencia científica, porque el CNSSS no contaba con un comité asesor como el actual Comité de Medicamentos y Evaluación de Tecnología, ni tenía la capacidad técnica y operativa para realizar los estudios necesarios. Esta capacidad técnica y operativa requiere fortalecerse y ampliar la participación de la evidencia científica.
4. Los puntos 1, 2 y 3 de este listado surgen de la estructura y lenguaje del POS, y no de falta de voluntad política para llevar a cabo las actualizaciones en las condiciones deseadas.
5. A pesar de los impactos positivos que ha demostrado tener el esquema de aseguramiento en el país, debido a que desde los inicios de la reforma no se implementaron indicadores de seguimiento o de impacto sobre el estado de salud de la población, actualmente se desconoce si los planes de beneficio han tenido un impacto positivo en la situación de salud de la población colombiana y si el POS ha respondido a las necesidades en salud. Está pendiente el análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2007 y de otros insumos epidemiológicos para estimar de alguna forma el impacto de los planes de beneficios en la salud de los colombianos.
6. La definición actual de los planes de beneficios por procedimientos e intervenciones y por un listado de medicamentos específico, hace que el proceso de atención esté fragmentado y no permita el tratamiento integral de enfermedades o problemas de salud. Esto genera inconvenientes tanto para los profesionales de la salud como para los pacientes.
7. La unidad de aseguramiento que define el plan de beneficios actual, constituida por un conjunto de medicamentos, actividades, intervenciones y procedimientos, en muchos casos no permite hacer explícitas las relaciones entre los distintos eventos en salud que pueden tener lugar en la población

²⁰ Este listado de problemas surge de la revisión de diferentes documentos sobre el POS y la UPC realizados por el Programa apoyo a la reforma de Salud – PARS, del Ministerio de la Protección Social y de la discusión del tema al interior del Ministerio.



asegurada. Dado que el plan de beneficios no hace explícitas las probabilidades interdependientes entre algunas actividades y servicios de salud (o la ausencia de ellos) con la necesidad presente o futura de prestación de servicios, se aminoran los incentivos para gestionar el riesgo en salud.

8. La unidad de aseguramiento actual no guarda relación directa con el perfil epidemiológico de la población, dificultando que el plan de beneficios responda a ese que es uno de los principales objetivos del sistema de salud. Mientras que en la población se presentan enfermedades o la necesidad de llevar a cabo acciones para prevenir enfermedades, en los planes de beneficios se encuentra es el conjunto de servicios de salud para atender esas necesidades en salud.
9. El plan de beneficios que supone límites a los servicios de salud para los afiliados, se ve afectado por procesos judiciales que borran estos límites y ponen en peligro la sostenibilidad financiera del SGSSS.

Con la adopción del POS, Colombia ha traducido la indeterminación del contenido del derecho a la salud consignada en la Constitución de 1991 y suscrita en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en beneficios ciertos y determinados. En ese orden de ideas, la Honorable Corte Constitucional ha señalado que,

“respecto del contenido mínimo fijado por los Estados luego de la realización de profundos y rigurosos estudios en relación con las enfermedades que más afectan a su población, los ciudadanos son titulares del derecho a perseguir su cumplimiento, bien sea por vía administrativa o por vía judicial. Para el caso colombiano, ese plan mínimo de beneficios en salud define el ámbito de justiciabilidad del derecho y, por ello mismo, se constituye en el contenido mínimo fundamental directamente exigible. El P.O.S. (plan obligatorio de salud) y el P.O.S.S. (plan obligatorio de salud subsidiado) –adoptados por la Ley 100 de 1993 y sus normas complementarias- dan cuenta, entonces, de la traducción de una mera titularidad asistencial en un derecho subjetivo fundamental autónomo, cuya protección puede solicitarse, directamente, a través de la acción de tutela.”²¹

De igual forma, existe la posibilidad de realizar acciones de tutela, para demandar atenciones que se consideran por fuera de los planes de beneficios. Si el juez falla a favor del ciudadano, la EPS debe prestar la atención con cargo a los recursos del fondo fiscal del SGSSS denominado FOSYGA. Esta situación ha generado una creciente demanda de atenciones en salud que está poniendo en peligro la sostenibilidad financiera del SGSSS.

10. Dado el punto anterior y las dificultades que representa para la sostenibilidad financiera del sistema surge del desarrollo jurisprudencial que ha venido haciendo la Honorable Corte Constitucional del derecho a la salud, y esto no depende directamente del SGSSS, la solución al tema de la extensión constitucional del plan de beneficios no se encontrará de manera definitiva mediante modificaciones puntuales al SGSSS. Sin embargo, en el entendido que la Corte ha buscado amparar derechos que considera están siendo vulnerados, parte de la solución podría estar en mejorar los problemas que presenta actualmente el plan de beneficios y sus implicaciones sobre la prestación de los servicios de

²¹ Véase por ejemplo sentencia T-221/04 de la Corte Constitucional.



salud, de manera que el SGSSS garantice los derechos constitucionales a la gran mayoría de la población colombiana.

11. La revisión de experiencias internacionales ha mostrado que en todos los sistemas de salud del mundo siempre se toman decisiones de racionamiento, ya sean explícitas o implícitas. La sociedad colombiana a través del Congreso de la República tomó una decisión de racionamiento explícito en salud al establecer el POS, pero la extensión constitucional del plan de beneficios reversa la decisión de racionamiento explícito tomada en la Ley 100 y orienta el sistema hacia decisiones de racionamiento implícitas que terminan siendo desfavorables para los ciudadanos²².
12. Las decisiones de ajuste de la UPC desde sus inicios, ha seguido el comportamiento de variables macroeconómicas como el índice de precios al consumidor, los indicadores asociados al empleo (salario mínimo, densidad salarial) y a la estructura demográfica y distribución geográfica de la población asegurada para estimar si este valor permite la sostenibilidad financiera de los recursos del SGSSS. La correspondencia de la UPC con el POS ha sido evaluada desde 2003 mediante el estudio de suficiencia de la UPC y ésta metodología se ha fortalecido progresivamente²³. Sin embargo, aunque todos los actores del sistema reconocen que se han dado avances importantes en esta materia, aún persiste cierto nivel de conflicto en cuanto a la definición y cálculo de la UPC se refiere y su correspondencia con el plan de beneficios.
13. El plan de beneficios no es ampliamente asequible por parte de todos los sectores de la población. Esto pone límites importantes para que los afiliados ejerzan el principio de la libre elección en la medida en que si no conocen sus derechos en términos de coberturas, tendrán también poca capacidad para exigirlos y en dado caso, discernir entre un asegurador que le esté negando servicios incluidos en el plan de beneficios de otro que no.
14. No es claro si el plan de beneficios actual responde a un proceso social de priorización en salud, que sea legítimo para toda la sociedad y que logre hacer que los límites sean aceptados cuando se presenta el evento individual de salud no cubierto. Si bien las decisiones de composición y ajuste del POS han sido tomadas por el CNSSS, que es un órgano colegiado en el que confluyen representantes de los distintos actores²⁴, y en esa medida se podría considerar que el plan de beneficios ha sido una decisión socialmente concertada, persisten en el sistema síntomas de inconformismo y no adhesión a los límites establecidos en el POS.

²² Daniels N, Sabin JE. 2002. Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? Oxford University Press, Oxford, NY, pp 26–28

²³ Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, Dirección General de Gestión de la Demanda ESTUDIO DE SUFICIENCIA PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.

²⁴ Rectores del sistema, Aseguradores, Prestadores de servicios de salud, usuarios, sociedades científicas.



3.3. Revisión de Experiencias Internacionales en Planes de Beneficios

Mediante el estudio de diferentes experiencias internacionales en planes de beneficios y priorización en salud²⁵, incluyendo una reciente visita al Ministerio de Salud de Chile, se identificaron las siguientes conclusiones aplicables al ámbito colombiano:

1. Aún en países con mejor situación económica que Colombia no es posible ofrecer un plan de beneficios en salud que cubra todos los servicios o todas las patologías. La necesidad de priorizar y poner restricciones a lo que es financieramente posible no sólo concierne a Colombia sino a otros países con mayores disponibilidades de recursos.
2. Todos los países toman decisiones de priorización ya sean explícitas o implícitas y se prefieren las decisiones explícitas pero cuando se toman de una forma que se considera “justa”.
3. No basta con enumerar los servicios de un plan de beneficios, sino que es necesario expresar los *problemas de salud o las patologías* a las que el sistema de salud responde de forma prioritaria y asociarlos a garantías efectivas de atención para estas coberturas. Por lo tanto en Colombia la actualización del POS puede realizarse mediante la *priorización de patologías* y asociarlas a herramientas de gestión para garantizar la atención integral como herramienta para lograr una cobertura más efectiva del POS.
4. En diferentes países del mundo, incluido Chile, se ha llegado a acuerdos en que el sistema de salud debe establecer límites para lo cual se establecieron prioridades, se asignaron recursos a donde más se consideró necesario e incentivar a los pacientes a demandar sus derechos y deberes. El plan AUGE enfatiza en que el actual sistema de salud no es capaz de asegurar TODO a TODOS.
5. Chile logró construir un algoritmo de priorización que combina diferentes criterios como perfil epidemiológico, efectividad clínica, costo efectividad, protección financiera y consenso social. Colombia ha utilizado en forma aislada estos criterios para definir los contenidos del POS pero podría integrarlos para una actualización de los planes más acorde con las necesidades en salud de la población colombiana, que responda a las limitaciones de recursos y que tenga participación social.
6. En países como Holanda, Alemania y Chile la definición de los planes de beneficios se completa mediante guías clínicas basadas en la evidencia. De igual forma, en países con sistemas nacionales de salud como Inglaterra, Canadá y Nueva Zelanda, también están adelantando guías clínicas para identificar las intervenciones que deben cubrirse con recursos públicos y asociarlos a un contexto clínico y de evidencia científica. Colombia ha tenido una importante experiencia en el desarrollo de guías pero de acuerdo con la experiencia Chilena, debe ligarse el desarrollo de éstas a las posibilidades reales del sistema de financiar las prestaciones descritas en las guías para lo cual se deben asociar a evaluaciones económicas y del impacto financiero. De esta forma las

²⁵ Giedion U, Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Experiencias internacionales de Priorización en salud y planes de beneficios. Documento de Consultoría. Abril 2008.



guías clínicas son no solo un instrumento de mejoramiento de calidad sino también de racionalización eficiente del gasto en salud.

7. Los procesos de priorización en salud generan ganadores y perdedores. Si el proceso es público, los “perdedores” harán oposición y será necesario entrar en la negociación política. Pero para que la Negociación Política sea viable y legítima debe seguir un proceso transparente, con criterios explícitos y que se considere “justo”²²
8. La atención primaria de salud es la base para el funcionamiento de las garantías AUGE de Chile y del plan universal de Holanda, asociadas al fortalecimiento de las redes de prestación de servicios de salud. Para la actualización del POS en Colombia mediante una priorización por patologías eventualmente será necesario el fortalecimiento de estas dos áreas: la atención primaria y el funcionamiento de redes de prestadores.
9. Los Grupos Relacionados por el Diagnóstico son importantes herramientas de gestión y garantía de calidad en salud que algunos hospitales colombianos ya están adelantando con éxito y están aplicando a protocolos de manejo por patologías²⁶. Esta experiencia, mas la experiencia holandesa de la aplicación de los DBC - Diagnose Behandeling Combinaties²⁷ permite concluir que los GRD facilitan la contratación, la selección de proveedores en salud, la rendición de cuentas y la referenciación competitiva (benchmarking). Bajo un solo código de caso asociado a diagnóstico (DBC) se agrupan las distintas etapas de la atención en salud: Referencia de medico general a especialista, identificación del problema de salud, métodos diagnósticos, confirmación diagnóstica, instauración del tratamiento, seguimiento y finalización del tratamiento o alta. En Holanda, con los DBC se ha definido claramente un catálogo de procedimientos médicos, ha facilitado la negociación entre aseguradores y prestadores y han permitido especificar con transparencia un paquete de beneficios universal para Holanda.
10. Algunas evaluaciones del plan AUGE de Chile indican que el éxito de la implementación del plan depende en parte de la participación de los ciudadanos en la priorización y en la información del usuario frente a las coberturas y condiciones de AUGE. Los derechos exigibles se convierten en tales sólo en el momento en el que el usuario los conozca. Así mismo, el respeto social a la priorización es fundamental para la consolidación de un plan de beneficios. Esto invita a Colombia en pensar en cómo divulgar en mayor medida los beneficios del POS y los mecanismos disponibles para poder exigirlos independientemente de los mecanismos jurídicos.

3.4. Razones por la cuales orientar la Reforma del POS a la Atención Integral de Patologías o Problemas de Salud Prioritarios

²⁶ Arcila L. 2003. Costos hospitalarios y Grupos Relacionados de Diagnósticos. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellín, Colombia.

²⁷ Stolk E. Rutten F. 2005, The Health Benefit Basket in the Netherlands. Eur J Health Econom Suppl 1.6:53-57



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

- 1) Necesidad de garantizar la atención integral para los pacientes o usuarios siguiendo los principios de universalidad, calidad y eficiencia del SGSSS, lo cual implica atenciones continuadas y seguras para responder a las necesidades en salud de la población colombiana. Como los recursos en salud resultan insuficientes para cubrir todas las patologías, se iniciará con la priorización de patologías o problemas de salud.
- 2) Necesidad y mandato legal de actualizar el POS con los criterios determinados por la Ley 100 de 1993:
“Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el CNSSS, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.”
- 3) Necesidad y mandato legal de unificar los planes POS Subsidiado con el POS contributivo:
De acuerdo con la Ley 100, “...a partir del año 2000, todo colombiano deberá estar vinculado al Sistema a través de los regímenes contributivo o subsidiado, en donde progresivamente se unificarán los planes de salud para que todos los habitantes del territorio nacional reciban el Plan Obligatorio de Salud de que habla el artículo 162.”
El POS subsidiado está definido por patologías y por grupos de edad, pero hay problemas en la integralidad de la atención. La actualización por patologías sería conveniente en el RS.
- 4) A pesar de que existe la necesidad y el mandato legal de actualizar y unificar los planes de beneficios POS-C y POS-S, el SGSSS no cuenta con un Sistema o institución que le permitan realizar Evaluación de Tecnologías en Salud completas para afrontar los problemas de:
 - Necesidad de priorizar intervenciones frente a limitaciones de recursos en salud
 - Responder a los cambios epidemiológicos y demográficos de la población colombiana como el envejecimiento de la población, las modificaciones en los hábitos y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas.
 - Emergencia de nuevas tecnologías en salud que deben ser evaluadas para comprobar su seguridad, efectividad, aceptabilidad cultural y sus efectos económicos y financieros.
 - Aumento de los costos de la atención en salud lo cual genera la necesidad de generar estrategias para el uso racional de los recursos en salud pero que garanticen la calidad.

Ante todo lo anterior, la propuesta de actualizar el POS iniciando por un conjunto de patologías priorizadas mediante estudios que incluyen guías clínicas, estudios económicos y del impacto financiero es una solución pragmática ante la ausencia del sistema o institución que realice ETS.
- 5) Evaluar y actualizar uno a uno los medicamentos, procedimientos e intervenciones es un proceso largo, complejo y costoso. Las guías clínicas basadas en la evidencia permiten la definición más clara de las intervenciones (entendidas éstas como un conjunto de procedimientos) asociadas con la atención de patologías o problemas específicos y prioritarios en salud, lo cual facilita la actualización del pool de intervenciones, con efectividad comprobada, más orientada a la atención de patologías prioritarias.



- 6) Existen diversos problemas en la prestación de los servicios de salud (problemas de calidad, limitaciones de acceso, limitaciones de recursos, etc) y de las relaciones entre aseguradores y prestadores que se podrían solucionar con una mayor claridad de los contenidos del POS y con lineamientos para el uso racional de los recursos (financieros, humanos, tecnológicos) en la atención integral de patologías prioritarias definidas por guías clínicas. Adicionalmente esto puede estar conexas a formas de pago favorables para aseguradores, prestadores y pacientes como los pagos por paquetes de enfermedades como Grupos Relacionados por el Diagnóstico o DRG (Diagnosis Related Groups).
- 7) Se podría mejorar la comprensión del POS y el conocimiento de los derechos de los afiliados. A través de las guías basadas en la evidencia, las cuales contemplarían una guía dirigida a los usuarios que pueda ser entendida por todos los sectores de la población, se daría un paso en reducir la asimetría de información entre los afiliados y los aseguradores y prestadores.
- 8) El darle al plan de beneficios un enfoque de patologías, que responda a las necesidades en salud de la población tanto por actividades de promoción de la salud, o servicios de prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, permite avanzar en el SGSSS hacia formas de reconocimiento y pago de servicios de salud que tras 15 años de la reforma no se han desarrollado de manera extendida en el sistema, ni se han explorado sus propiedades en profundidad. En particular, el nuevo enfoque permitiría enviar señales de pago por grupos relacionados por el diagnóstico (DRG) tal como lo ha venido haciendo Holanda con los DBC.
- 9) Actualizar el POS por patologías podría facilitar una definición más clara de los riesgos financieros conexos con la atención en salud. Lleva a que la unidad de aseguramiento sea el siniestro que realmente ocurre en la población (la enfermedad), y no las acciones necesarias para hacer frente a este siniestro. Esto ayudaría a avanzar en la definición prospectiva de la UPC (en oposición a la definición retrospectiva que tenemos hoy en día), calculándola con base en las probabilidades reales de ocurrencia de los siniestros en la población (morbilidad sentida) y no en las frecuencias de uso de servicios que no dependen únicamente de la ocurrencia de siniestros sino de las decisiones mismas del asegurador. Llevar el énfasis a la patología también lleva a que la actividad del asegurador (dispersión del riesgo financiero y gestión del riesgo) se concentre en el siniestro, y no solamente en la forma de enfrentarlo (servicios de salud). También así será más claro el camino para hacer gestión del riesgo pues se concentraría en evitar la ocurrencia del siniestro (patología) y se quitaría el énfasis en hacer una mejor elección de los servicios para tratar el siniestro.
- 10) A pesar de que la Ley 100 contempla para la operación del SGSSS el principio de participación, no se ha tenido en cuenta las opiniones o preferencias de los usuarios desde los inicios del POS. Existen metodologías para estudiar las preferencias en salud de los usuarios y la forma como éstos priorizan según aspectos culturales, educativos religiosos o éticos. Se pretende que para la priorización actual de patologías para la actualización del POS éste sea un criterio primordial el cual puede dar mayor legitimidad social a los contenidos del POS.



4. Lineamientos para una reforma a los planes de beneficios

Las consideraciones expuestas a lo largo de este documento muestran que persisten problemas en el SGSSS que es necesario entrar a discutir y solucionar, sin embargo, el esquema de aseguramiento y en general el diseño general del SGSSS no está en discusión. Prueba de lo anterior es el desarrollo de la reforma a la Ley 100 que pasó por el Congreso de la República y que terminó en la sanción Presidencial de la Ley 1122 de 2007. En los debates para dicha reforma nunca estuvo en discusión el esquema de aseguramiento ni el diseño general del SGSSS.

En consecuencia, y con el fin de dar solución a los problemas que se han descrito hasta el momento, se hace necesario profundizar la reforma de 1993, implementando de manera operativa medidas adicionales y elementos nuevos de diseño en el sistema que permitan conminar las fallas que aún persisten en el mismo. Teniendo en cuenta que estos cambios son profundamente complejos y con fuertes implicaciones distributivas entre los distintos actores del sistema, es de esperar que no puedan darse de la noche a la mañana, por lo cual se hace necesario dejar planteado desde ya el camino y establecer como una política de Estado las reformas al POS, que permitan dar solución a los principales problemas del SGSSS.

4.1. *Objetivos de la reforma del POS*

Los objetivos de reformar el POS son:

1. Garantizar un conjunto de coberturas encaminadas a mantener y mejorar la salud, brindar protección financiera y mejorar la equidad en salud para la población colombiana y consecuente con los criterios de priorización que surjan de la aplicación sistemática de un proceso de participación social.
2. Diseñar un único plan de beneficios que cobije tanto al Régimen Contributivo como al Régimen Subsidiado de salud.
3. Asegurar que los contenidos del POS representen y tengan legitimidad frente a los distintos actores del sistema, y que respondan a las necesidades de la población de manera adecuada.
4. Propender por que las coberturas del POS sea integral, tomando en cuenta la tecnología disponible y su respectiva evidencia científica sobre beneficios en salud y la disponibilidad de recursos humanos, de infraestructura y financieros.



5. Asegurar que la composición del POS así como su actualización incorpore la mejor evidencia científica disponible sobre las tecnologías en salud para prevenir y atender las enfermedades de la población colombiana.
6. Facilitar la actualización del POS para que pueda responder de manera adecuada a los cambios que se presenten en el perfil demográfico y epidemiológico de la población y en las tecnologías en salud disponibles.
7. Incorporar indicadores que permitan el monitoreo del acceso a los servicios y la calidad de los mismos.
8. Permitir e incentivar una participación más activa de la sociedad civil, la empresa privada, las agremiaciones o las asociaciones de usuarios en el proceso de definición y actualización del POS.
9. Garantizar que el lenguaje de los contenidos del POS sea claro y asequible a toda la población, con el fin de que independientemente de su situación económica y social, todos los afiliados conozcan sus derechos frente al POS y los puedan ejercer.
10. Reducir o eliminar los conflictos entre los actores del sistema por confusiones en la expresión de contenidos y coberturas del POS.

4.2. Estrategia general

Por todo lo anterior, este Ministerio ha determinado como estrategia de política darle un cambio al POS y para conminar sus principales debilidades y alinear los incentivos de todos los actores del sistema hacia los objetivos del SGSSS. La estrategia general consiste en modificar la estructura y lenguaje para que sea más simple y precisa, y para que tenga una conexión directa con las necesidades en salud de la población. Se plantea adelantar una priorización de los problemas en salud más relevantes para la sociedad colombiana y revisar y actualizar los contenidos del POS a la luz de la evidencia científica y guías de práctica clínica basadas en evidencia disponibles. También incluye el desarrollo de evaluaciones económicas del manejo de las patologías priorizadas que permitan conocer el impacto financiero en la UPC de la implementación de las guías de práctica clínica.

Se desarrollarán guías metodológicas que orienten de forma estandarizada el desarrollo de las guías de práctica clínica y los estudios económicos y financieros requeridos para las actualizaciones del POS. De esta manera el POS definido en función de las necesidades en salud de la población y las guías de práctica clínica basadas en la evidencia, son el instrumento para darle claridad conceptual y de lenguaje al aseguramiento en salud en Colombia, y la UPC por su parte es el vehículo para dirigir los incentivos y darle coherencia financiera a la financiación del SGSSS con sus objetivos y con el concepto de aseguramiento en salud delineado a través del POS.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

La estrategia se llevará a cabo dentro de un marco de participación de todos los actores, con particular énfasis en la comunidad médica y los usuarios del sistema. Se propone incorporar procesos de priorización en la definición y actualización del POS, creando espacios donde confluyan los distintos actores del sistema, tanto para la definición del POS como para el ajuste periódico de la UPC.

Esta estrategia se alimenta de las experiencias exitosas de diseño y priorización de planes de beneficios en otros países como Chile, Holanda y Alemania²⁸. También retoma las lecciones de la Tercera Jornada de intercambio internacional en experiencias en sistemas de salud, en la que se tuvo una aproximación más detallada al marco teórico *Accountability for Reasonableness* por parte del Profesor Norman Daniels de la Escuela de salud Pública de la Universidad de Harvard. La jornada fue organizada por el Centro de Gestión Hospitalaria, la CEPAL y el Ministerio de la Protección Social y en las conferencias y conversatorios realizados en enero 26, 27 y 28 de 2009, se conoció de primera mano la aplicación de los criterios en ámbitos internacionales para el establecimiento justo de límites en los planes de beneficios.

Adicionalmente, se cuenta con la experiencia del Ministerio de la Protección Social en los últimos dos años, en la cual se actualizó el POS con base en dos guías nacionales basadas en la evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA y la Enfermedad Renal Crónica las cuales se adoptaron mediante la resolución 3442 de 2006 y se aprobaron las actualizaciones al POS-C y al POS-S mediante el acuerdo 336 de 2006.

Por otro lado, como parte del memorando de entendimiento firmado el 17 de enero de 2009 con el National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) del Reino Unido, se han establecido dos áreas específicas de cooperación que pueden complementar y enriquecer la priorización en la actualización y unificación de los planes de beneficios:

- a. Intercambio de experiencias significativas y exitosas en los procesos de creación de competencias sociales (contestability) para el debate social y la participación ciudadana en la toma de decisiones para la asignación de recursos y para establecer juicios de valor social en salud.

Una de estas experiencias es el Consejo de Ciudadanos que funciona en el Reino Unido para entender los valores sociales alrededor de la priorización. Dado que el establecimiento de este tipo de mecanismos de participación toma varios años, por el momento el intercambio se centrará en la aproximación a su funcionamiento, principios y orientación para el contexto colombiano. El tiempo previsto para este intercambio es de 7 meses de enero a julio de 2009.

- b. Fortalecimiento de los procesos de priorización de temas para guías clínicas, que enriquecerá la deliberación de la mesa central de expertos de la primera fase. El tiempo previsto para esta aproximación es de 7 meses de enero a julio de 2009.

²⁸ Giedión U, Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Experiencias internacionales de Priorización en salud y planes de beneficios. Documento de Consultoría. Abril 2008.



4.3. Priorización de Necesidades en Salud para la Actualización y la Unificación del POS

Como se mencionó, dentro de la problemática del POS, se encuentra que los planes de beneficios actuales no obedecen a un proceso social de priorización en salud, que sea legítimo para toda la sociedad y que logre hacer que los límites sean aceptados cuando se presenta el evento individual de salud no cubierto. Si bien las decisiones de composición y ajuste del POS han sido tomadas por el CNSSS, que es un órgano colegiado en el que confluyen representantes de los distintos actores²⁹, y en esa medida se podría considerar que el plan de beneficios ha sido una decisión socialmente concertada, persisten en el sistema síntomas de inconformismo y no adhesión a los límites establecidos en el POS.

Una de las estrategias para la precisión y actualización del POS y lograr una cobertura más efectiva consiste en la *priorización de problemas de salud (patologías o conjuntos de patologías)* para así identificar los requerimientos para su manejo integral. La aplicación de esta estrategia requiere como insumo la participación de los usuarios. También se establece que a pesar de que la Ley 100 contempla para la operación del SGSSS el principio de participación, no se ha tenido en cuenta las opiniones o preferencias de los usuarios desde los inicios del POS.

Existen metodologías para estudiar las preferencias en salud de los usuarios y la forma como éstos priorizan según aspectos culturales, educativos, religiosos o éticos. Se pretende que para la priorización actual de patologías para la actualización del POS éste sea un criterio primordial el cual puede dar mayor legitimidad social a los contenidos del POS. Por otro lado, la priorización aplicada a la Reforma del POS permite que el Plan de Beneficios sea explícito y con límites claros, de tal forma que las discusiones sobre coberturas entre los actores del sistema se disminuyan y así mismo el usuario conozca sin confusiones a qué tiene derecho.

En este documento se describen algunos enfoques para el proceso de priorización, se describen los componentes de dicho proceso, y se presenta una propuesta de trabajo para incorporarlo en la definición del nuevo POS colombiano.

4.3.1. Enfoques Para La Priorización

Los enfoques más aplicados internacionalmente para la priorización en salud y guiar la toma de decisiones para la prestación de servicios son aquellos relacionados con los enfoques económicos y aquellos con un soporte ético más importante y en los que se tienen en cuenta aspectos no cuantificables que son poco valorados y que permiten que el usuario y el ciudadano tenga representación en las decisiones.

²⁹ Rectores del sistema, Aseguradores, Prestadores de servicios de salud, usuarios, sociedades científicas.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

Desde el enfoque económico el Programme Budgeting and Marginal Analysis (PBMA) y el Análisis de Costo-Efectividad (ACE), buscan obtener un equilibrio en las decisiones de tal forma que se maximice la salud y los beneficios no relacionados de la salud haciendo uso de los recursos disponibles. Estos abordajes orientan la toma de decisiones en términos de costo de oportunidad para aquellas intervenciones que han sido consideradas clínicamente efectivas.

Desde el enfoque ético se encuentra la aproximación desde los derechos humanos y *Accountability for Reasonableness* (A4R) de Daniels y Sabin. Los principios de estos planteamientos buscan que al menos el proceso para llegar a la decisión de un racionamiento de recursos sea transparente e imparcial y en el cual los tomadores de decisiones se ven obligados a rendir cuentas ante la sociedad y en particular ante los afectados por esas decisiones.³⁰

En el enfoque basado en los derechos humanos, los principios orientadores son: i) Equidad en la utilización de recursos, ii) Revisión de los factores que pueden impedir las intervenciones planeadas (legales, políticas, económica, etc.), iii) Participación y negociación de todos los actores e identificar las intervenciones con el mayor impacto en la salud y iv) Responsabilidad del gobierno en la implementación de los planes y decisiones.

Respecto al enfoque A4R, Norman Daniels y James Sabin han desarrollado desde hace más de una década este concepto como una herramienta que permite mejorar la legitimidad de los resultados de la priorización y propone cuatro condiciones a las cuales se debe “ajustar” el proceso que se elija como camino según las circunstancias de cada territorio o ámbito de decisión:

- i) Condición de Publicidad: las decisiones sobre priorización y su justificación deben ser accesibles al público.
- ii) Condición de Relevancia: los argumentos para justificar las decisiones de priorización deben ser razonables y aceptados por personas imparciales que buscan acuerdos mutuamente justificables de cooperación.
- iii) Condición de Apelación: hace referencia a la implementación de mecanismos para objetar las decisiones y para revisarlas cuando aparezca nueva evidencia. Lo primero se refiere al caso individual que se ve afectado por una decisión de priorización y lo segundo se refiere a la decisión en general³¹.
- iiii) Condición de Regulación: se trata mecanismos que garantizar que se cumplan las tres condiciones iniciales.

³⁰ Castaño RA. Procesos imparciales, legitimidad y consensos frente a los límites al derecho a la salud: plan de trabajo. Bogotá. Enero 13 de 2009.

³¹ Castaño RA. Procesos imparciales, legitimidad y consensos frente a los límites al derecho a la salud: plan de trabajo. Bogotá. Enero 13 de 2009.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

Diferentes experiencias en el mundo señalan que el proceso de toma de decisiones de política pública no es exclusivamente científico. En una democracia votan todos los ciudadanos, y no sólo los científicos. La percepción de la opinión pública es más importante que la evidencia en sí.³² Los actores políticos miran la popularidad de las decisiones, antes que la evidencia científica de las decisiones. Sin embargo, la evidencia científica si es determinante porque contribuye a generar algunos consensos, apoya la formación de percepciones de los actores y ayuda a esclarecer el interés general³³. De ahí que la propuesta de unificación y actualización del POS incluya una combinación de los elementos técnicos y científicos con acuerdos sociales y políticos³⁴.

En la metodología que se siga en la priorización de las necesidades en salud a cubrir haciendo uso de los recursos disponibles, se debe buscar el complemento entre análisis cuantitativo (metodología de Análisis de Situación de Salud, análisis de la morbilidad atendida y aplicación de criterios epidemiológicos para la definición de prioridades, etc.) y el análisis cualitativo (aplicación de grupos focales, metodologías deliberativas y de legitimidad democrática, geografía médica, epidemiología social, etc.).

Para identificar las necesidades de la población y complementar el componente técnico de la priorización con el componente ético que permita obtener una reforma abierta y justa y por lo tanto legítima, se aplican metodologías cualitativas y algunas participativas, como pueden ser las Evaluaciones Rápidas (*"Rapid Assessment Procedures"*); sin embargo, estos métodos requieren tiempo y recursos considerables, llevando a aplicar otras estrategias como la triangulación de información. Para tener conocimiento de las experiencias de priorización con aplicación de criterios y procesos abiertos y justos, y tener una aproximación al papel de la participación social en la definición de prioridades en salud en otros países, se hizo una búsqueda bibliográfica no sistemática, no exhaustiva de publicaciones de cualquier tipo que abordaran el tema.

De acuerdo con los resultados de la búsqueda de literatura para obtener referencias acerca de la propuesta de iniciar una priorización que permita una legitimidad de la reforma del plan de beneficios y del plan en si mismo, se debe generar un esquema general de los criterios a tener en cuenta en la priorización para la Reforma del POS.

De esto se desprende que se debe tener claridad en los siguientes aspectos:

1. ¿Que se quiere obtener como resultado de la metodología deliberativa?

³² Ramiro Guerrero, Harvard Initiative for Global Health. La evidencia científica y la formulación de políticas públicas. Presentación en la Primera Jornada de Intercambio técnico internacional sobre sistemas de Salud. Ministerio de la Protección Social- Colombia, Octubre de 2008.

³³ Ibid.

³⁴ Bonilla Torres LJ. Características básicas e iniciales de la estrategia de comunicación y movilización social para la priorización social del contenido del nuevo POS colombiano, unificado y por etapas. Bogotá. Diciembre 31 de 2008.



Se espera construir acuerdos legítimos a través de un proceso justo, alrededor de los criterios que deben tenerse en cuenta para definir el límite del Plan de Beneficios del país y en el cual se tengan en cuenta aspectos éticos y sociales que se relacionan con las necesidades en salud de la población.

Adicionalmente, sería ideal iniciar un proceso de desarrollo de habilidades para la toma de decisiones en la ciudadanía a través de una consulta ciudadana en la que se puedan tener indicios de los valores sociales relacionados con la salud, es decir que tipo de riesgos considera la gente que debe cubrir el plan de salud (enfermedades crónicas vs. enfermedades agudas, cobertura para lo agudo y catastrófico y no para las condiciones poco complejas).

. A partir de esta primera pregunta se desprenden las siguientes.

- ¿Cuáles criterios se deben tener en cuenta para la priorización y para dirigir la consulta ciudadana en caso de que se decida realizarla?
- ¿Cómo preguntar sobre las preferencias sociales en salud?
- ¿Cómo lograr que la comunidad tome decisiones para la comunidad o lo que refiere Mooney en su artículo “*community qua community*” y no “*individual qua individual*”³⁵?
- ¿Cómo generar en la sociedad, con la metodología que se construya, responsabilidad en la toma de decisiones?

Respecto a los participantes es necesario saber:

2. ¿Debe participar toda la sociedad o es aceptable llegar solo a públicos seleccionados?
3. ¿Es justo enfocar la participación hacia grupos específicos conformados por la aplicación de criterios pre-establecidos (expertos, líderes sociales, etc.) y que ellos tomen las decisiones para el país? ¿Es justo “neutralizar” la participación de grupos de presión o grupos de usuarios con intereses específicos? ¿La participación dirigida puede considerarse legítima?

En este tema de poner en consideración lo que es justo y lo que no lo es, no solo respecto a la participación de grupos específicos de personas, se ha abordado en diferentes contextos y al respecto, un marco de referencia importante es el modelo “*Accountability for Reasonableness - A4R*” propuesto por Norman Daniels y James Sabin³⁶, cuyos criterios se mencionaron previamente. Con su aplicación se considera que lo importante es que al menos se logren acuerdos respecto a las vías justas para tomar decisiones inevitables (racionalización de recursos) y estos acuerdos deben ser tan claros y su construcción tan transparente como para garantizar que aquellos que no se vean favorecidos por las decisiones, acepten los resultados como razonables y legítimos.

³⁵ Mooney G. Communitarism claims and community capabilities: furthering priority setting?. *Social Science & Medicine*. 2005; 60:247-255.

³⁶ Daniels N, Sabin JE. 2002. *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford University Press, Oxford, NY.



Explicaciones más profundas sobre este marco se encuentran en el documento *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?*³⁷ de los autores y en otros artículos de referencia sobre la aplicación de los criterios en la construcción de políticas públicas.

La pregunta clave aquí, cualesquiera que sean los criterios que orienten la definición de prioridades en salud (por ejemplo aquellos del A4R), es:

4. ¿Cuál es el proceso que mejor se “ajusta” a estos criterios?.

De todo lo anterior se concluye que es necesario contar con asesorías externas transdisciplinarias de expertos en investigación cualitativa, en bioética y en investigación de prioridades en salud y con la academia, para el diseño de unos criterios de priorización que se ajusten a las necesidades de nuestro contexto y de una metodología flexible que de respuesta a las preguntas anteriores y otras que puedan plantearse.

4.3.2. Componentes De La Priorización

Partiendo de la literatura revisada, un esquema general de los componentes que se consideran como importantes para tener en cuenta en la priorización de necesidades, dentro de los procesos de reforma del POS que se vienen adelantando en la Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud del Ministerio de la Protección Social se presenta en la siguiente Figura . El proceso de priorización consiste en combinar el análisis de la evidencia científica con sus respectivas consideraciones éticas y sociales. El peso que se da a cada uno de los componentes está dado por las preferencias sociales.

El análisis de la evidencia acerca de las condiciones en salud en las cuales deberían concentrar los recursos disponibles. se considera el criterio base para la priorización y que en este caso representa el criterio de maximización de la salud en el proceso: selección de patologías en las que se concentra la mayor carga de enfermedad o que cuentan con la mayor prevalencia o incidencia de discapacidad y mortalidad. Este análisis además se relaciona con la administración de un Plan de Beneficios en Salud desde la perspectiva de la Gestión del Riesgo. Esto permite entre otras cosas, medir las necesidades de atención según la exposición de la población a diferentes factores condicionantes o determinantes del estado de salud, minimizar la probabilidad de ocurrencia de la enfermedad o sus complicaciones a través de la intervención de estos factores y determinar prioridades, incluso por grupos diferenciales, que permiten la optimización de los recursos disponibles.

Algunos aspectos que pueden aplicarse a las condiciones de salud identificadas en el análisis de la situación de salud y que se han reportado en la literatura para la definición de prioridades se encuentran los siguientes:

³⁷ Ibid.



2. Magnitud del daño a la salud.
3. Severidad del daño.
4. Vulnerabilidad del daño ante las acciones de prevención y tratamiento.
5. Asociación con factores de riesgo modificables.
6. Fácil identificación de los subgrupos de alto riesgo.
7. Impacto potencial de la intervención sobre los factores de riesgo.
8. Costo y factibilidad de la intervención vs. eficacia.
9. Intersección de intervenciones en diversos programas de control.

El análisis de aspectos éticos y sociales.

incluye consideraciones como : i) preferencias sociales en salud, ii) criterios éticos (igualdad, equidad, vulnerabilidad, etc), iii) protección financiera del SGSSS y de las familias. El último criterio (protección financiera) bien podría hacer parte de la zona de evidencia, pues su conocimiento podría obtenerse del comportamiento documentado sobre el gasto en salud y el gasto de bolsillo; sin embargo, también hace parte de la zona de necesidades en salud porque debe ser un criterio de discusión por expertos y puesto en consideración a través de consenso.

En la figura también se incluye tres núcleos que si bien son externos a los criterios fundamentales a relacionar en la priorización propiamente dicha, si influyen en el proceso. Estos núcleos son: i) Contenidos actuales del POS y su relación con actividades de PyP, pues orienta la organización eficiente del nuevo POS y define cuáles actividades no son indispensables para la respuesta a las patologías priorizadas sin dejar de lado la pregunta ¿se deben quitar derechos adquiridos en los planes de beneficios?, ii) políticas nacionales e internacionales que han definido un marco de acción para la intervención de problemas en salud y iii) la respuesta a expectativa, haciendo referencia a la infraestructura o conformación de redes para brindar los servicios de salud que sean necesarios para atender a las necesidades priorizadas.

Se destaca que el esquema planteado solo pretende dar un orden al concepto de cómo debe ser la priorización de necesidades en salud para la reforma del POS en Colombia y pretende ser flexible, es decir que está sujeto a cambios por la construcción conjunta con todos los actores involucrados en el proceso. (Anexo 2)



4.3.3. Lineamientos Para Un Proceso De Priorización Transparente, Justo Y Legítimo

4.3.3.1. Objetivos

El propósito final es que a través de un proceso de priorización se espera obtener unas condiciones priorizadas de salud a ser cubiertas por el POS, teniendo en cuenta los recursos disponibles, que sean definidas a través del seguimiento de unos criterios y un proceso de transparente, legítimo y justo.

Antes de lograr la meta es necesario abordar los aspectos:

1. Construcción de acuerdos acerca de los criterios orientadores de la priorización para el contexto colombiano, que tengan en cuenta aspectos cuantitativos y cualitativos.
2. Diseñar estrategias prácticas que permitan el consenso y la legitimidad de las decisiones a corto, mediano y largo plazo en la definición de los límites del POS.
3. Generar mecanismos de apelación y de revisión públicos que permitan la resolución de conflictos en las situaciones en las que aquellos que no se vean favorecidos por las decisiones, no acepten los resultados como razonables y legítimos.
4. Generar las condiciones para que a largo plazo se creen otros mecanismos de participación más amplios que permitan construir alrededor de la corresponsabilidad de los usuarios y de los ciudadanos.

4.3.3.2. Estrategia

Se propone una estrategia deliberativa dividida en fases, con participación representativa y cualificada escalonada, que se acompañe de una estrategia de información y comunicaciones que informe sobre:

- El proceso deliberativo en los grupos organizados y la difusión de los “documentos-acuerdos” que contengan los resultados finales de la definición de los criterios y del proceso.
- A largo plazo debe informar sobre los acuerdos alrededor de la delimitación clara de los contenidos del POS.

El proceso unido a una estrategia de información y comunicaciones permitirá:

- Que todas las decisiones que se tomen en el corto, mediano y largo plazo sean transparentes y legítimas.
- Permite un proceso incluyente que legitima la reforma en temas que son de interés colectivo.
- Da espacio a la participación de varios actores, diferentes a los habituales del sector.



- Al hacer público el proceso, se fortalecen las habilidades de toma de decisiones en temas colectivos.

4.4. Componentes del plan general para la reforma al POS

Fases:

I. Desarrollo de estudios y herramientas

A. Priorización de patologías

1. Criterios
2. Metodología de priorización técnica y con participación de los usuarios.
3. Resultados
4. Difusión de resultados y aplicación para el desarrollo gradual de guías, estudios económicos y del impacto financiero.

B. Estudios de factibilidad de la reforma del POS

1. Modelación financiera de la nota técnica del POS actual
2. Interacción con estudios de suficiencia UPC y equilibrio financiero del sistema
3. Identificación de huecos (gaps) de integralidad.
4. Modelación financiera de la propuesta de reforma del POS
5. Propuestas de estructura y lenguaje para el POS y del mecanismo para definir límites

C. Desarrollo de guías clínicas, evaluaciones económicas y estudios del impacto financiero:

1. Guía metodológica y piloto de diabetes
2. Desarrollo de primer grupo de guías
3. Desarrollo de segundo grupo de guías
4. Desarrollo de tercer grupo de guías
5. Evaluación, adopción de guías previas, actualización de guías

D. Fortalecimiento de herramientas de gestión y avances en ajustes normativos

1. Modelos de gestión: Disease o case management
2. Atención primaria de salud
3. Fortalecimiento de redes de prestación de servicios de salud para la atención de las patologías priorizadas.
4. Sistema de información y seguimiento a la implementación de las guías
5. Grupos relacionados por el diagnóstico
6. Análisis de formas de contratación y pago
7. Posibles ajustes normativos: reglamentación Ley 1122, resoluciones, decretos.

E. Elementos complementarios al POS

1. Propuestas de metodologías de cálculo de la UPC y de sus ajustes
2. Propuestas de mecanismos de ajuste de la UPC



3. Evaluación de incentivos financieros Fortalecimiento del registro de prestaciones en salud y otras fuentes de información en salud.
4. Actualización de los códigos de procedimientos en salud
5. Evaluación de tecnologías en salud.
6. Articulación con Plan Nacional de Salud Publica

7. Articulación con Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad
8. Integración con responsabilidades de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) sobre el POS: inspección, vigilancia y control, sanciones.
9. Fortalecimiento de los sistemas de información epidemiológica e investigación en salud

II. Discusión y aprobación de la propuesta de reforma del POS

III. Puesta en marcha gradual de la reforma del POS

1. Difusión, información y capacitación en las guías y herramientas de gestión para patologías priorizadas.
2. Implementación nacional de las primeras guías y herramientas de gestión
3. Implementación nacional de las segundas guías herramientas de gestión
4. Implementación nacional de las terceras guías y herramientas de gestión
5. Fortalecimiento de los instrumentos de gestión relacionados con el POS: Atención Primaria de Salud – APS, redes para la atención de las patologías priorizadas, sistemas de información, formas de contratación y pago, instrumentos de seguimiento y evaluación.
6. Fortalecimiento de los aspectos complementarios al POS y la UPC: códigos de procedimientos en salud, grupos relacionados con el diagnóstico, evaluación de tecnologías en salud.



5. Referencias

- Acosta, OL. (2005). Equidad en el Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social Salud. Fundación Corona. Serie Documentos de Trabajo No. 15
- Akerlof, G. (1970). The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism. *The Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.
- Arcila L. 2003. Costos hospitalarios y Grupos Relacionados de Diagnósticos. Hospital Universitario San Vicente de Paul. Medellín, Colombia.
- Barnum, H., Kutzin, J., & Saxenian, H. (1994). Incentives and Provider Payment Methods. World Bank Technical Paper, Washington D.C.
- Barón, G. (2006). Cuentas de Salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento. Bogota, Ministry of Social Protection.
- Bitran, R., U. Giedion, et al. (2004). Risk Pooling, Ahorro y Prevención: Estudio Regional de Políticas para la Protección de los Más Pobres de los Efectos de los Shocks de Salud. El caso de Colombia. Santiago de Chile, Bitran y Asociados/Banco Mundial.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud – CNSSS. Republica de Colombia. Manual de Medicamentos y Terapéutica. Acuerdos 8, 53, 83, 106, 228, 236, 263, 282 y 336
- Daniels N, Sabin JE. 2002. Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources? Oxford University Press, Oxford, NY, pp 26–28
- Enthoven, A. (1978). Consumer Choice Health Plan. *The New England Journal of Medicine*, 320.
- Enthoven, A. (1986). Managed Competition in Health Care and the Unfinished Agenda. *Health Care Financing Review*.
- Enthoven, A. (1988). Managed Competition of alternative delivery systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 13.
- Enthoven, A. (1991). A Consumer Choice Health Plan for the 1990s. *The New England Journal of Medicine*, 320.
- Enthoven, A. (Ed.). (1977). *Consumer Choice Health Plan: An Approach to National Health Insurance based on Regulated Competition in the Private Sector*.
- Enthoven, A. C. (1993). The History and Principles of Managed Competition. *Health Affairs*, 12(Supplement 1), 24-48.
- Escobar, M. L. (2005). "Health Sector Reform in Colombia." *Development Outreach*.
- Flórez, Carmen Elisa (2002). La equidad en el sector salud: Una mirada de diez años. Fundación Corona, Fundación Ford.
- Flórez, CE., Giedion, U., Pardo, R., Alfonso, E. (2008). El Impacto sobre el Hogar de un Evento Adverso en Salud: El efecto Amortiguador del Aseguramiento. (Pendiente publicación)
- Gaviria, A., Medina, C., & Mejía, C. (2006). Evaluating the Impact of Health Care Reform in Colombia: From Theory to Practice. Documento Cede, 2006-06.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

- GES. (2001). Oferta del seguro público de salud en Colombia (No. 2). Medellín.
- Giedion, U. and A. López (2005). Opciones para la Transformación de Subsidios de Oferta a Demanda., BID-MPS.
- Giedion, U., Alfonso, E., Díaz, Y. (2007b). Measuring the impact of mandatory health insurance on access and utilization: The case of the Colombian Contributory Regime. (unpublished)
- Giedion, U., Díaz, Y., Alfonso, E. (2007). The Impact of Subsidized Health Insurance on Access, Utilization and Health Status: The Case of Colombia. Washington World Bank. (Publicación en preparación)
- Giedion U, Pulido A (2007). Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Experiencias internacionales de Priorización en salud y planes de beneficios. Documento de Consultoría.
- Goldmann, F. (1952). Methods of Payment for Physicians Services in Medical Care Programs. Am J Public Health Nations Health, 42(2), 134-141.
- Giedion U, Ariza J, Pulido A, Ramirez J, Valdez M. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. Diseño, implementación y ajuste de los planes de beneficios. El caso Colombiano. Documento de consultoría. Diciembre de 2007.
- Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma de Salud PARS - GESAWORLD 2008. De la generación de conocimiento a la formulación de políticas públicas. Evaluación externa del PARS. Bogotá. Ed. Impresol.
- Ministerio de la Protección Social, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, Dirección General de Gestión de la Demanda ESTUDIO DE SUFICIENCIA PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2003, 2004, 2005, 2006, 2007.
- Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 5261 de 1994
- OMS (2000). Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud.
- Panopoulou, G. (2001). Affiliation and the Demand for Health Care by the Poor in Colombia. Department of Economics, Sussex, University of Sussex.
- Peñaloza, María Cristina (2005). Evaluación del desempeño de las instituciones aseguradoras (EPS y ARS) en términos de su contribución al logro de uno de los fundamentos de la Ley 100 de 1993: La equidad en la prestación de servicios de salud del SGSSS. Archivos de Economía, Documento 284, Dirección de Estudios Económicos, Departamento Nacional de Planeación.
- República de Colombia. Ley 100 de 1993. Artículo 182.
- Restrepo, J. H., Arango, M. A., & Casas, L. P. (2002, Enero - Junio de 2002). Estructura y Conducta de la Oferta del Seguro de Salud en Colombia. Lecturas de Economía, 56, 31-71.
- Restrepo, M. (2000). La Reforma de la Seguridad Social en Salud en Colombia y la Teoría de la Competencia Regulada. In CEPAL (Ed.), Ensayos Sobre el Financiamiento de la Seguridad Social en Salud. Los Casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia (Vol. 2, pp. 659-726). Chile: Fondo de Cultura Económica.



Ministerio de la Protección Social

República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

- Stolk E. Rutten F. 2005, The Health Benefit Basket in the Netherlands. Eur J Health Econom Suppl 1.6:53-57
- Trujillo, A. J. and J. E. Portillo (2005). "The Impact of Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity Score Matching." International Journal of Health Care Finance and Economics 5, 211-239.
- Universidad de Harvard (1997). Plan Maestro de Implementación de la Reforma de Salud en Colombia. Bogota, Ministerio de Salud-U.de Harvard-BID.

DOCUMENTO BORRADOR



6. Anexos

Anexo 1. Inclusiones y aclaraciones al POS-S y POS-C. 1994-2008.

Año	POS-S		POS-C	
	Inclusión	Fecha del Acuerdo		Fecha del Acuerdo
1994	<i>Definición inicial de contenidos del POS-S:</i> acciones de promoción y prevención, programas de atención materno-infantil, atención en primer nivel y de enfermedades prevalentes en la infancia y atención a factores de riesgo al ambiente y enfermedades de interés en salud pública. ³⁸ Fija la UPC-S como el 50% de la UPC-C, esto fue equivalente a \$59.000.	Acuerdo 9 de julio 21 de 1994.		
			Se adopta el POS-C, del Sistema General de Seguridad Social en salud.	Acuerdo 8 del Julio 6 de 1994.
			Definición del contenido inicial de medicamentos, actividades y procedimientos de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.	Resolución 5261.Agosto/1994.
1995	Hace recomendaciones para el aumento de la UPC-S y el POS-S.	Acuerdo 15 de febrero/995.		
	Aumenta la UPC-S a \$100.000.	Acuerdo 20. Mayo 17/1995.		
	<i>Consolida y especifica el contenido inicial del POS-S:</i> Acciones de promoción, prevención y atención del primer nivel de atención. Atención de las enfermedades de alto costo en algunos casos: neonato complicaciones de EDA, neumonía grave, enfermedades infecciosas), patologías cardíacas (algunas), patologías del sistema nervioso central (algunos), reemplazo articular (algunos), insuficiencia renal, gran quemado, Sida-VIH positivo, cáncer, hospitalización de alta complejidad, cuidados intensivos (artículos 29 y 30 de la Resolución 5261 de agosto 5 de 1994). Atención integral para la gestante y menor de un año. Atención por Oftalmología, optometría, suministro de lentes y monturas <19 >60 años (Nivel I).	Acuerdo 23 Octubre de 1995	A excepción de las acciones de promoción, las otras prestaciones ya estaban incluidas en el POS-C a través del MAPIPOS.	

³⁸ Información analizada a partir de revisión del Acta 23 del CNSSS. El documento anexo al acuerdo no está en los archivos del CNSSS y la dirección de gestión de la demanda.



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

	POS-S		POS-C	
Año	Inclusión	Fecha del Acuerdo		Fecha del Acuerdo
1996	Áreas de orientación de las acciones de promoción de la salud. Para todas las edades: Apendicetomía, Colectistomía (por causas diferentes al cáncer), histerectomía. Ligadura de trompas de Falopio o Pomeroy.	Acuerdo 49 de 1996	A excepción de las acciones de promoción, las otras prestaciones ya estaban incluidas en el POS-C a través del MAPIPOS.	
1997	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.	Acuerdo 53 de <i>Febrero de 1997.</i>	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.	Acuerdo 53 de <i>Febrero de 1997.</i>
	Aumenta cobertura en alto costo: nuevos tratamientos de Ortopedia y Traumatología, Cirugías de aorta, cava, vasos pulmonares, insuficiencia renal, gran quemado (Alto Costo). Tratamiento estrabismo niños <5 años, cataratas cualquier edad. POS concertado para Comunidades indígenas.	Acuerdo 72 del CNSSS Agosto de 1997		
	Herniorrafias y servicios de rehabilitación funcional.	Acuerdo 74 Octubre de 1997		
	<i>Por el cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i> En realidad este acuerdo realiza una segunda actualización del Manual de Medicamentos.	Acuerdo 83, Diciembre 23/97.	<i>Por el cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.</i> En realidad este acuerdo realiza una segunda actualización del Manual de Medicamentos.	Acuerdo 83, Diciembre 23/97.
1998	Realiza la tercera actualización de manual de medicamentos, en términos específicamente de corregir los nombres de tres medicamentos y aclarar que los medicamentos del PAB y el PAI son gratuitos.	Acuerdo 106 de Agosto de 1998.	Realiza la tercera actualización de manual de medicamentos, en términos específicamente de corregir los nombres de tres medicamentos y aclarar que los medicamentos del PAB y el PAI son gratuitos.	Acuerdo 106 de Agosto de 1998.
	Incluye la posibilidad en la prestación de servicios no incluidos en el manual a partir de conceptos de los comités técnico-científicos (CTC).	Acuerdo 110 del 28 de octubre/98.	Incluye la posibilidad en la prestación de servicios no incluidos en el manual a partir de conceptos de los comités técnico-científicos (CTC).	Acuerdo 110 del 28 de octubre/98.
	Se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública.	Acuerdo 117 Diciembre de 1998	Se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública para ARS y EPS.	Acuerdo 117 del CNSSS, Diciembre de 1998
1999				



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

Año	POS-S		POS-C	
	Inclusión	Fecha del Acuerdo		Fecha del Acuerdo
2000				
2001				
2002	Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones para el tratamiento del cáncer).	Acuerdo 226 Marzo de 2002	Acelerador Lineal para Teleterapia con fotones	Acuerdo 226. Marzo de 2002
	Aclaración de traslado de responsabilidades en la prestación: Traslado del 4,01% de la UPC-S a las entidades territoriales para la prestación de algunas actividades de promoción y prevención.	Acuerdo 229 de Mayo de 2002		
2003	Actualización del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud	Acuerdo 228 y 236 de 2002	Actualización del Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud	Acuerdo 228 y 236 de 2002
			Stent Coronario Convencional no recubierto y Carga Viral	Acuerdo 254 de diciembre de 2003
2004	Acido Zolendrónico (por orden del Concejo de Estado)	Acuerdo 263 de Abril de 2004.	Acido Zolendrónico (por orden del Concejo de Estado)	Acuerdo 263/2002.
	Beneficios para Subsidios Parciales: 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.	Acuerdo 267 Junio/2004		
2005	Stent coronario no recubierto y su inserción, Carga Viral VIH, colposcopia y biopsia de cuello uterino y 16 medicamentos para el tratamiento de enfermedades del alto costo.	Acuerdo 282 Enero/2005	Transplante hepático. 16 medicamentos para el tratamiento de enfermedades de Alto Costo.	Acuerdo 282 del Enero/2005
	Aclaración de cobertura: Cirugías plásticas con fines reconstructivos funcionales en los casos de cirugías Reparadoras de Seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado.	Acuerdo 289 del CNSSS Enero/2005	Aclaración de cobertura: Cirugías plásticas con fines reconstructivos funcionales en los casos de cirugías Reparadoras de Seno, tratamiento para paladar hendido y labio figurado, tratamiento para gran quemado.	Acuerdo 289 del CNSSS Enero/2005
	Mallas para herniorrafia	Acuerdo 302 Oct/2005	Mallas para herniorrafia	Acuerdo 302 Oct/2005
	Compilación de servicios del POS-S	Acuerdo 306 Nov/2005		



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia
Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud
13400

Año	POS-S		POS-C	
	Inclusión	Fecha del Acuerdo		Fecha del Acuerdo
	Colecistectomía laparoscópica	Acuerdo 313 Dic/2005	Colecistectomía laparoscópica	Acuerdo 313 Dic/2005
2006	Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de atención integral. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 de Agosto de 2006	Genotipificación VIH (2007, formula Láctea hijos madres con VIH- 6 meses, Microalbuminuria, 12 medicamentos para VIH/Sida y ERC según Guías de atención integral. Tres bifosfonatos para el tratamiento del cáncer. Siete (7) medicamentos destinados a soporte nutricional.	Acuerdo 336 2006
	Atención para la interrupción voluntaria del embarazo.	Acuerdo 350/ Diciembre 2006.	Atención para la interrupción voluntaria del embarazo.	Acuerdo 350 de Diciembre de 2006.
2007	Esterilización masculina o vasectomía.	Acuerdo 356 mayo de 2007	Ya estaba incluido desde el MAPIPOS.	
	Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonvavir: 200+50 mg	Acuerdo 368 Septiembre de 2007	Nueva presentación del medicamento Lopinavir-Ritonvavir: 200+50 mg	Acuerdo 368 Septiembre de 2007
2008	Cinco Medicamentos anticonceptivos hormonales y condón masculino.	Acuerdo 380 de febrero de 2008	Cinco medicamentos anticonceptivos hormonales y condón masculino.	Acuerdo 380 de febrero de 2008
	Servicios ambulatorios especializados para la atención de pacientes con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus tipo 2 (segundo y tercer nivel de atención).	Acuerdo de 2008		

Fuente: Ariza J. Giedion U. Pulido A. Ministerio de la Protección Social. Programa Apoyo a la Reforma de Salud – PARS. “Hitos Centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS”. Documento de consultoría. Diciembre de 2007

Nota: Áreas marcadas en verde indican inclusiones o aclaraciones que se aplicaron de igual manera en el POS-C y el POS-C y las áreas marcadas de amarillo indican periodos de inactividad.