

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PAOLA ANDREA CHAVEZ CONTRERAS
LAURA MARCELA NAVARRO AYALA
ELIANA MARCELA PRADA GRANDAS

INSTITUTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD (CES)
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA (UNAB)
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO XXI
BUCARAMANGA - SANTANDER
2007

ANÁLISIS DEL FUNCIONAMIENTO DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

PAOLA ANDREA CHAVEZ CONTRERAS
LAURA MARCELA NAVARRO AYALA
ELIANA MARCELA PRADA GRANDAS

Propuesta de Monografía para Optar al Título de
Especialista en Gerencia de la Seguridad Social

Dr. IVAN DARIO ARROYAVE
Asesor

INSTITUTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD (CES)
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA (UNAB)
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
GRUPO XXI
BUCARAMANGA - SANTANDER
2007

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	7
INTRODUCCION	8
OBJETIVOS	10
1 JUSTIFICACIÓN	11
2 MARCO DE REFERENCIA	13
2.1 Marco Conceptual	13
2.1.1 El Sistema de Salud	13
2.1.2 Actores e intermediarios del sistema	14
2.1.3 Las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado	14
2.1.4 Los Hospitales	14
3. MARCO LEGAL	15
3.1 Constitución Política de Colombia de 1991	15
3.2 La Ley 100 de 1993	16
3.3 La Ley 1122 de 2007	17
3.4 Resolución N° 5261 del 5 de agosto de 1994	17
3.5 Acuerdo N° 351 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	17
3.6 Acuerdo N° 245 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	17
3.7 Acuerdo N° 228 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	17
3.8 Acuerdo N° 336 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	17
3.9 Decreto No. 806 de 1998 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	17
3.10 Resolución No. 3797 de 2004 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	17
3.11 Acuerdo No.217 de 2001 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	18
3.12 Acuerdo No. 227 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	18
3.13 Acuerdo No. 008 de 1994 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud	18
4. RESEÑA HISTORICA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALU EN COLOMBIA	19
5. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	21
5.1 Fondo de Solidaridad y Garantía	21
5.1.1 Compensación	21

2.1.2 Solidaridad	22
5.1.3 Promoción de la Salud	22
5.1.4 Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT	22
6 ADMINISTRACIÓN DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	24
6.1 Afiliación al sistema	24
6.2 Monto y distribución de las cotizaciones	25
6.3 Copagos y cuotas moderadoras	25
6.4 La Unidad de pago por capitación	27
6.5 La desviación del perfil epidemiológico	29
7 MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	32
7.1 Medicamentos incluidos en el Plan Obligatorio de Salud	39
7.2 Los comités técnico científicos	40
7.3 Tutelas	42
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	48
BIBLIOGRAFÍA	50

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Valor de la unidad por capitación por estructura de grupo etáreo y de costo para el Régimen Contributivo	Pág. 28
Tabla 2. Estructura de costo por grupo etáreo de la UPC diferencial por zona geográfica	28

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1. Niveles de complejidad para la evaluación médico científica	Pág. 38
Cuadro 2. Niveles de complejidad para la atención médico quirúrgica	38

RESUMEN

El presente documento hace una revisión de las tendencias recientes del Sistema General de Seguridad Social en Colombia y del régimen contributivo en Colombia, planteando algunas de sus perspectivas en materia de coberturas para los próximos años.

La revisión examina algunas de las bondades y fallas de mercado que han sido documentadas en la literatura sobre el caso sistema de salud colombiano. Con base en las tendencias observadas en los primeros diez años de operación del régimen contributivo del Sistema de salud, bajo el esquema de competencia regulada, se evalúan los logros en materia de cobertura y se construyen algunos escenarios de posibles tendencias hacia el futuro.

Igualmente se establece un monitoreo comparativo entre el Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo de Colombia, presentando algunas actualizaciones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en materia de planes obligatorios de salud.

Se presenta una descripción sobre las tutelas interpuestas por los colombianos a quienes les han sido negados los servicios de salud básicos y vitales.

El presente texto incluye las novedades de la Ley 1122 de 2007 y qué reformo esta Ley con respecto a la Ley 100 de 1993.

El documento concluye que las características estructurales del sistema hacen difícil extender la cobertura de los servicios de salud a la totalidad de la población colombiana.

INTRODUCCIÓN

A partir de la Constitución de 1991 el legislador determina que la atención en la salud es un servicio público a cargo del estado y se debe garantizar el mismo a todas las persona que se catalogan como ciudadanos del estado, es por ello que el legislador, en desarrollo de los derechos fundamentales, da origen a la ley 100 de 1993 la cual pretende una seguridad social integral, es decir agrupar las instituciones, normas y procedimientos, de que dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida mediante, el cumplimiento progresivo de planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la integral de las contingencias, especialmente de las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

La ley 100 fue presentada para discusión y aprobación ante el Congreso Nacional de la República en 1992, en principio se centró en el tema pensional y posteriormente se completo en el tema de la salud.

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos en donde a ellos se les ofrecía un POS plan obligatorio en salud y de esta manera se cubrían algunas de las contingencias que para el gobierno en su época eran de gran importancia.

La Reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio.

El Régimen Contributivo, basado en el esquema del Instituto de los Seguros Sociales para trabajadores del sector privado, se modifica con cuatro medidas fundamentales:

1.- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12%, Actualmente 12.5% según lo dispuesto en la Ley 1122 de 2007, del ingreso base de cotización estimado mediante un sistema de presunción de ingresos pendiente de reglamentar, del ingreso base del cotizante para cubrir al cónyuge y su grupo familiar. Cuatro puntos serán pagados por el trabajador y 8,5% por el patrono.

2.- Acabar con el monopolio del Instituto de Seguros Sociales en la administración del seguro obligatorio de salud, abriendo la posibilidad de competir a empresas privadas con o sin ánimo de lucro, empresas cooperativas e incluso a otras empresas públicas o mixtas, las cuales fueron denominadas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Para finales de 1996 se encontraban en funcionamiento 30 de ellas.

3.- Determinación de un valor unico promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación /UPC), como una modalidad de ajuste de riesgo. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes.

4.- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo. Actualmente la Ley 1122 del 09 de enero de 2007, Crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES)¹ como unidad administrativa especial, financiada con recursos del FOSYGA y entre otras funciones consultará el equilibrio financiero del sistema del Régimen Contributivo de acuerdo a las proyecciones de sostenibilidad de mediano y largo plazo.

Todas las anteriores medidas se fundamentaban en el funcionamiento de un POS que brindara algunos servicios.

Para realizar el análisis del funcionamiento del Régimen Contributivo en Colombia, se consideraron aspectos relacionados con la normatividad, su administración, funcionamiento y las fuentes de financiación, naturaleza de los afiliados, monto y distribución de las cotizaciones, la Unidad de Pago por Capitación, el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, listado de medicamentos POS, copagos y cuotas moderadoras, tutelas y los comités técnico-científico.

¹Ley 1122 de enero de 2007, Artículo 3°. Comisión de Regulación en Salud

OBJETIVOS

Objetivo General.

Realizar un Análisis del funcionamiento del Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Objetivos Específicos

- Elaborar una reseña histórica del Sistema de Seguridad Social en Colombia.
- Elaborar un resumen de las fuentes de financiación y flujo de recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el Régimen Contributivo.
- Hacer un análisis de la administración del Régimen Contributivo, en cuanto a naturaleza de los afiliados, monto y distribución de las cotizaciones.
- Explicar el concepto, administración, definición y cálculo de Unidad de Pago por Capitación para el Régimen Contributivo.
- Realizar una breve descripción del Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y sus modificaciones.
- Analizar brevemente el listado de medicamentos esenciales y genéricos que hacen parte del Plan de Beneficios del POS para el Régimen Contributivo.
- Explicar el concepto y establecer los criterios que tiene en cuenta el CNSSS para establecer el monto de los copagos y cuotas moderadoras para el Régimen Contributivo.

1. JUSTIFICACIÓN

La salud es un derecho fundamental que le asiste a todo ser humano como en distintas sentencias lo ha reconocido la Corte Constitucional, sentencia 484 de 1994: “el derecho a la salud conforma en su naturaleza jurídica un conjunto de elementos que pueden agruparse en dos grandes bloques: el primero, que lo identifica como un predicado inmediato del derecho a la vida, de manera que atentar contra la salud de las personas equivale a atentar contra su propia vida. El segundo bloque de elementos sitúa el derecho a la salud con carácter asistencial ubicado en las referencias funcionales del denominado Estado Social de Derecho.”

Además, la salud es un derecho humano fundamental en el sentido de que es un derecho indispensable para el ejercicio de los demás derechos, por lo tanto la salud debe ser entendida de manera integral en relación con la calidad de vida y el bienestar, que inciden de una u otra manera sobre aspectos físicos, mentales y sociales de los individuos y colectividades, para posibilitar el desarrollo de las capacidades intelectuales y creativas de los seres humanos, elemento fundamental para el progreso social.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se creó con el objetivo central de universalizar, un seguro de salud que garantizara un paquete igual de servicios –POS– para toda la población; para el efecto se crearon dos regímenes: el subsidiado para la población más pobre y sin capacidad de pago, financiado por el estado y por los trabajadores cotizantes de más altos ingresos; y el contributivo, para la población trabajadora con capacidad de pago y su familia (...) El nuevo SGSSS, pretendía entonces resolver los problemas de baja cobertura e inequidad en el acceso y uso de los servicios de salud, y especialmente remover barreras económicas -por vía del aseguramiento universal– que, ciertamente, caracterizaron el anterior sistema Nacional de Salud, el cual rigió en el país desde 1976 hasta la formulación de la Ley 100 de 1993”.

Pero los derechos en salud establecidos en la constitución política de 1991 que quedaron reglamentados por la ley 100/93 son desconocidos muchas veces por las entidades prestadoras del servicio de salud y administradoras de los mismos, incluso por reglamentaciones del mismo gobierno nacional de esta manera se presenta un panorama de la salud descrito anteriormente y problemas relacionados con la cobertura y el aseguramiento.

Además de los problemas relacionados con la cobertura es necesario tener en cuenta que el aseguramiento se planteó como estrategia para superar algunas barreras, especialmente de tipo económico, que la población tenía en el anterior Sistema para acceder a los servicios.

La presente propuesta busca conceptuar, analizar e interpretar el Plan Obligatorio en salud del régimen contributivo sin alejarse de lo dispuesto en el régimen subsidiado, se materializar la normatividad vigente y de las metas establecidas en cuanto a cobertura en la prestación de servicios y de los principios constitucionales y de los de la ley 100 de 1993.

Se pretende además, interpretar y determinar si los porcentajes de los presupuestos o recursos para la salud incluidos de los planes de desarrollo, departamental y municipales, son factibles y viables, en donde la comunidad en ejercicio de sus derechos y deberes, participe activamente en la destinación de dicho presupuesto, de acuerdo a sus necesidades y prioridades en salud.

La propuesta no es en relación con modificaciones a leyes, ni de normas, pues se enmarca dentro de parámetros, leyes y metas establecidas, constitución, ley 100 y decretos reglamentarios, es una propuesta a favor de todas las personas e instituciones involucradas con el Sistema General de Seguridad Social en Colombia para actualizar y profundizar los conocimientos en materia de Planes Obligatorios de Salud, su dinámica, financiación y estructura, hecho que finalmente comprometa tanto las instancias gubernamentales como la los Institutos Departamentales de Salud y las Direcciones Locales de Salud, así como las diferentes EPS, IPS, EPS-S en el cumplimiento de sus deberes; y de la comunidad en general a través de la participación.

2. MARCO DE REFERENCIA

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1. El Sistema de Salud.

El Estado garantiza el acceso a los servicios de salud y regula el conjunto de beneficios a que tienen derecho los afiliados como servicio público esencial, con el propósito de mantener o recuperar su salud y evitar el menoscabo de su capacidad económica derivada de incapacidad temporal por enfermedad general y maternidad.

Al Estado le corresponde garantizar este conjunto de beneficios en forma directa o a través de terceros con el objeto de proteger de manera efectiva el derecho a la salud. Estos se agrupan en cinco tipos de planes diferentes a los cuales se accede dependiendo de la forma de participación en el Sistema, esto es como afiliado cotizante, como afiliado beneficiario, como afiliado subsidiado, o como población pobre no asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud.²

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, es obligatoria y se efectuará a través de los regímenes contributivo y subsidiado. Temporalmente, participará dentro del sistema la población sin capacidad de pago que se encuentre vinculada al sistema.

Los afiliados al régimen contributivo le pagan a una Entidad Prestadora de Salud (EPS), que actúa como intermediaria. Ésta ingresa el dinero en una cuenta del FOSYGA, adscrita al Ministerio de la Protección Social, tras descontar una parte para licencias de maternidad, accidentes y otras eventualidades. El FOSYGA les devuelve una suma de dinero por cada afiliado (Unidad de Pago por Capitación, cuya cuantía se fija anualmente). En el subsidiado, los intermediarios son las EPS-S, que reciben fondos de la mencionada cuenta del FOSYGA y de transferencias del nivel central y recursos de los entes territoriales.

Según el Decreto 1011 de 2006 se consideran Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) a los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.

² Seguridad Social en Salud: Reforma a la Reforma, JUAN CARLOS ESLAVA C. Pág, 17.

2.1.2. Actores e intermediarios del Sistema.

Las entidades promotoras de salud (EPS). Hay 27 EPS en Colombia, públicas y privadas, que administran el esquema de aseguramiento en el Régimen Contributivo. Una vez que el trabajador se afilia libremente a una EPS y paga la primera cotización, ésta le proporciona el carné, como documento de afiliación. Por delegación, recaudan las cotizaciones de sus afiliados al régimen contributivo y descuentan de esa suma los costos de incapacidades, las licencias de maternidad, las actividades de promoción y la UPC (Unidad de Pago por Capitación).

La diferencia queda como fondo en el Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), en una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social, que a su vez, está organizada en cuatro subcuentas: de compensación interna del régimen contributivo (se paga una UPC a cada EPS por cada afiliado); de solidaridad para la administración de los recursos del régimen subsidiado (1.5 puntos por cada afiliado); de promoción de salud (0.41 puntos por cada afiliado al contributivo) y de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

El Fosyga exige a las EPS tener información actualizada sobre los afiliados y beneficiarios para girar los fondos. Esta situación es provocada por casos de parejas separadas en las que ambos cónyuges afilian a los hijos, personas que cotizan a dos EPS o que dejan un trabajo y cotizan a otra empresa.

Pese a lo anterior, estas empresas acumulan recursos y mantienen independencia de acción: pueden contratar con los entes territoriales, operar a nivel nacional y poseen más medios en el campo de la salud.

2.1.3. Las empresas promotoras de salud del régimen subsidiado (EPS-S). Su financiación depende de un 1.5% de los ingresos solidarios del régimen contributivo; de los impuestos de armas y explosivos; el Fosyga; las Cajas de Compensación Familiar y de recursos del situado.

2.1.4. Los Hospitales. Cobran por servicios prestados, al usuario que pueda permitírsele y a las personas afiliadas al régimen subsidiado (un pago que efectúan las EPS-S siempre posteriormente, lo que lleva a una falta de fondos crónica y a la imposibilidad de planificación de actividades). Deben atender también a la población pobre no asegurada, cuya atención en salud depende, desde un punto de vista financiero, de los gobiernos locales.

3. MARCO LEGAL

3.1. La Constitución Política de Colombia.

Los estados modernos han consagrado en sus Constituciones y han dado prioridad a la Seguridad Social, por cuanto es uno de los medios para conseguir los fines propios del ente estatal, en nuestro caso, consagrados en el artículo 2º de la Constitución Política de Colombia³.

La importancia de la Seguridad Social radica en que abarca aspectos indispensables para la vida humana y por ende, tiene mucho que ver con el mantenimiento y garantía de los derechos fundamentales (constitucionales) como la vida, la integridad personal, la salud, etc.

En general, la Seguridad Social consiste en la protección del Estado frente a situaciones de enfermedad, invalidez y vejez. Lo que se quiere es que todas las personas, especialmente los menos favorecidos tengan acceso a los medios que les cubrirán sus necesidades mínimas para tener una vida digna, y el único que puede garantizar esto es el Aparato Estatal. Y de esta manera cumplir con las directrices que la Constituciones señala para que las libertades y derechos consagrados en la Carta Política se hagan efectivos.

Por lo tanto, todos los colombianos tienen derecho sin importar su raza, sexo, estrato social y económico, a que sus necesidades de seguridad social sean cubiertas y garantizadas para propender a una vida digna.

Pero sin duda, el artículo más importante sobre el tema y que sigue los lineamientos Constitucionales sobre el Estado Social de Derecho y de la protección de los derechos fundamentales, es el artículo 48 que consagra expresamente el derecho a la Seguridad Social en los siguientes términos:

Artículo 48 Constitución Política. “La Seguridad Social es un servicios público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la Ley”.⁴

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable de la Seguridad Social.

El estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la

³ Vías Especiales de Solución de Conflictos, ANDREA ALVAREZ BUSTOS, JUAN CARLOS CAIZA ROPERIO, Pág. 14.

⁴ Ibidem Pag. 17.

cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley.

No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de Seguridad Social para fines diferentes a ella.

A su vez, el artículo 49 de la Constitución Política le da un carácter de servicio público a la atención en salud y al saneamiento ambiental, y por lo tanto es responsabilidad del estado organizar, reglamentar y dirigir la prestación de estos servicios y la garantía de acceso a todas las personas.

“Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a todos sus habitantes y los de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la nación, entes territoriales y los particulares y determinar los aportes a su cargo en los términos condiciones señalados por la ley”.

Los servicios de salud se organización en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria.

En la misma constitución en el artículo 365, la que consagra a los servicios públicos como inherentes a la finalidad del estado y es su deber la prestación eficiente a todos sus habitantes. También dentro de los fines estatales están el bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y tiene como objetivo fundamental de su actividad la solución de necesidades insatisfechas de salud, de educación, de saneamiento ambiental y de agua potable según el artículo 366.⁵

En resumen, la Seguridad Social tiene una gran importancia desde el punto de vista constitucional, porque además de consagrar la salud como un derecho y un servicio público, tiene relación directa con otros derechos fundamentales, y por lo tanto, se impone la obligación del estado de intervenir (coordinación, dirección y control) para garantizar su prestación y su acceso a todos sus habitantes, dentro de los principios de eficacia, solidaridad y universalidad.

3.2. La Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y define la Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida.

⁵ Ibidem Pág. 20

3.3. La Ley 1122 de 2007. Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios.

3.4. Resolución No. 5261 del 5 de agosto de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y procedimientos el Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Establece una serie de definiciones que determina la calidad en la prestación de los servicios de salud, así:

Calidad de la atención es el conjunto de características técnico científicas, materiales y humanas que debe tener la atención en salud que se provea a los beneficiarios, para alcanzar los efectos posibles con los que se obtenga el mayor número de años de vida saludable y a un costo que sea socialmente viable para el sistema y sus afiliados, sus características son oportunidad , agilidad, accesibilidad, continuidad, suficiencia, integridad, racionalidad lógico-científica, costo-efectividad, eficiencia, humanización, información, transparencia, consentimiento y grado de satisfacción de l os usuarios.

Evaluación de la calidad es la medición del nivel de la calidad de una actividad, procedimiento, o guía de atención integral

3.5. Acuerdo N° 351 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por el cual se fija el valor de la Unidad de ago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2007.

3.6. Acuerdo N° 245 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS.

3.7. Acuerdo 228 de 2002. Por medio del cual se actualiza el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud.

3.8. Acuerdo No. 336 de 2006. Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006.

3.9. Decreto No. 806 1998. Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional.

3.10. Resolución No. 3797 de 2004. Por la cual se reglamentan los Comités técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela.

3.11 Acuerdo 217 de 2001. Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del régimen contributivo.

3.12. Acuerdo No. 227 de 2002. Por el cual se establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Subsidiado y se dictan otras disposiciones.

3.13. Acuerdo No. 008 de 1994. Por el cual se adopta el Plan Obligatorio de Salud para el Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4. RESEÑA HISTORIA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

La Ley 57 de 1915 se considera la pionera en materia de Seguridad Social para los trabajadores del sector privado. En ella se consagró la obligación por parte de ciertos empleadores y empresas de brindar asistencia médica y a indemnizar por accidente o muerte. Fue la primera Ley que habló de accidentes de trabajo. En 1921 se implanta el seguro obligatorio de vida mediante la Ley 37 de 1921.

Uno de los acontecimientos más importantes en la historia de nuestro país fue la reforma constitucional de 1936, que introdujo varios cambios de tipo social, que influyeron en la política laboral del país.

A partir de 1936 se da una evolución legislativa que comenzó con la expedición de varias leyes, como la Ley 53 de 1938 que reconoce la protección a la maternidad, la Ley 96 de 1938 por la cual se crea el Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social y la Ley 6 de 1945 por la cual se creó la Caja Nacional de Previsión Social.

Un año importante fue 1946 porque con la Ley 90 se instauró un sistema de seguro social en Colombia, se estableció el seguro obligatorio y se crea el Instituto de los Seguros Sociales.

En 1964 con el decreto 3170 se reglamentan los seguros de accidentes de trabajo y enfermedad profesional. Y en 1966 se reglamenta el seguro de invalidez, vejez y muerte⁶.

El Decreto Ley 433 de 1971 modificó la ley 90 de 1946, por otro lado, el Decreto Ley 148 de 1976 y el Decreto Ley 1650 de 1977 son algunos de los decretos de seguridad social que se basaron en la ley 90 de 1946.

Con la Constitución Política de Colombia de 1991, se consagró la Seguridad Social como un derecho, un servicio público y una obligación del Estado.

La Ley 100 de 1993 crea el régimen actual del Sistema General de Seguridad Social en Salud y define la seguridad social como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional.

⁶ CORREA RAMIREZ Op. Cit.p. 56

La Ley 1122 de 2007 hace algunas modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

5. FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

El Estado delegó al Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga-, el recaudo y administración de los recursos provenientes de los aportes de los usuarios (empleadores y trabajadores independientes) los cuales deben consignar el valor de la cotización en la red bancaria.

El Fondo se maneja por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, y es el encargado de que tanto el régimen contributivo y como el subsidiado coexistan en forma articulada.

El Régimen Contributivo se financia de los aportes de los empleadores, pensionados y de los aportes de los trabajadores independientes, los copagos y cuotas moderadoras (estas últimas hacen parte de los ingresos de las EPS-C). Del monto de la cotización de cada trabajador, las EPS-C descuentan el valor de la UPC, que es el valor reconocido por el Sistema a las EPS-C encargadas de recaudar las cotizaciones fijadas para el Plan Obligatorio de Salud -POS-. El resto de la cotización debe ser transferido por las EPS-C al Fosyga a través del mecanismo de compensación.

En aquellos casos en los cuales el valor de la cotización es inferior a la UPC, el FOSYGA gira la diferencia a la EPS correspondiente. Vale aclarar que el valor de la UPC difiere según el riesgo que representa el usuario de acuerdo con su edad y sexo, grupo étnico, la región y la composición del núcleo familiar; verbigracia, las mujeres, los lactantes y los ancianos son considerados como grupos de alto riesgo, por tanto, el valor de la UPC en tales casos es mayor.

5.1 Fondo de Solidaridad y Garantía

5.1.1. Compensación. Se entiende por compensación el procedimiento mediante el cual se descuenta de las cotizaciones recaudadas, los recursos que el sistema reconoce a las Entidades Promotoras de Salud y demás entidades obligadas a compensar, para garantizar la prestación de los servicios de salud a sus afiliados y demás beneficios del sistema. Al recaudo total por cotizaciones se le adicionan los valores que por incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad descontaron los empleadores en sus autoliquidaciones. Esta suma corresponde al valor total de las cotizaciones.⁷

⁷ Ley 100 de 1993, Artículo No. 157. Financiación de la Subcuenta de Compensación

A la suma resultante se le deduce un punto de la cotización que deberá girarse directamente a la subcuenta de solidaridad, la cotización obligatoria que define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que es para Promoción y Prevención, y el monto que las EPS asuman por incapacidades.

A la cantidad que resulte, se le deducirá el valor total de licencias de maternidad que las EPS hayan pagado y una doceava parte del valor de la UPC vigente.

5.1.2. Solidaridad. Recauda los ingresos establecidos en la Ley y cofinancia la afiliación de la población más pobre y vulnerable a través de subsidios

5.1.3. Promoción de la salud. Recauda los ingresos establecidos por la Ley 100 y financia actividades de educación, información y fomento de la salud y prevención de la enfermedad

5.1.4. Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito ECAT. Recauda los recursos de las pólizas de seguro obligatorio de accidentes de tránsito y paga la atención integral de víctimas de accidentes de tránsito y eventos catastróficos y terroristas

Las Entidades Promotoras de Salud recaudarán las cotizaciones obligatorias de los afiliados, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. De este monto descontarán el valor de las Unidades de Pago por Capitalización - UPC - fijadas para el Plan de Salud Obligatorio y trasladará la diferencia al Fondo de Solidaridad y Garantía a más tardar el primer día hábil siguiente a la fecha límite establecida para el pago de las cotizaciones. En caso de ser la suma de las Unidades de Pago por Capitalización mayor que los ingresos por cotización, el Fondo de Solidaridad y Garantía deberá cancelar la diferencia el mismo día a las Entidades Promotoras de Salud que así lo reporten.

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 48 de la Constitución Política, el Gobierno Nacional deberá presupuestar la totalidad de los recaudos de las subcuentas de solidaridad y ECAT. Por ningún motivo el valor presupuestado puede ser inferior al valor recaudado por estas sub.-cuentas en la vigencia anterior, más la inflación. Los recursos de la UPC no podrán destinarse al pago de pensiones a cargo de las Empresas Promotoras de Salud (EPS-S).

El decreto 2280 de 2004 establece los procesos de compensación mediante el cual se descuentan de las cotizaciones recaudadas íntegramente e identificadas plenamente por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC, para cada período mensual, los recursos destinados a financiar las actividades de promoción y prevención, los de solidaridad del régimen de subsidios en salud y los recursos que el sistema reconoce a las EPS y demás EOC por concepto de unidades de pago por capitalización, UPC, así como los reconocidos para financiar el per cápita de las actividades de promoción y prevención, incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad.

Como resultado de lo anterior, los recursos provenientes del superávit de las cotizaciones recaudadas se giran o trasladan por las EPS y EOC a las respectivas Subcuentas del Fosyga y este, a su vez, gira o traslada a las cuentas de las EPS y EOC las sumas que resulten a su favor.

Los recursos que financian la subcuenta de compensación interna del régimen contributivo son los siguientes:

1. Los recursos provenientes del recaudo de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con y sin situación de fondos.
2. El aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud para las madres comunitarias, equivalente al cuatro por ciento (4%) de la suma que reciben por concepto de bonificación del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de acuerdo a la Ley 1023 de 2006.
3. Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación.
4. Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás entidades obligadas a compensar, EOC.
5. Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
6. Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la Subcuenta de Compensación interna del régimen contributivo.
7. Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan los Decretos 1703 y 2400 de 2002.
8. Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002.
9. Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación, según el procedimiento definido en el presente decreto.
10. Los excedentes financieros de la subcuenta que se generen en cada vigencia.
11. Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al régimen contributivo.

6. ADMINISTRACIÓN DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

6.1. Afiliación al Sistema

Es obligatoria la afiliación como cotizantes de:

- Todas las personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, (incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el país).
- Todos los servidores públicos, es decir, aquellos que trabajen en entidades del Estado, ya sea nacionales, departamentales, distritales o municipales.
- Los cónyuges o compañeros(as) permanentes de las personas no incluidas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional, los miembros no remunerados de las Corporaciones Públicas, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, los trabajadores de las empresas en concordato en 1993 y los trabajadores de Ecopetrol), que reúnan alguna de las características anteriores.
- Todos los pensionados, o quienes gocen de la pensión de sustitución.
- Todos los trabajadores independientes con capacidad de pago
- Todos los rentistas de capital.

La Ley 100 de 1993 establece el Régimen de Excepciones de afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social, el cual no se aplica a los miembros de las Fuerzas Militares y de la Policía Nacional.⁸

Así mismo, se exceptúa a los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio, creado por la Ley 91 de 1989.

Se exceptúan también, los trabajadores de las empresas que estén en concordato preventivo y obligatorio en el cual se hayan pactado sistemas o procedimientos especiales de protección de las pensiones, y mientras dure el respectivo concordato.

⁸ Ibidem, Artículo No. 216. Excepciones.

Igualmente, el presente régimen de Seguridad Social, no se aplica a los servidores públicos de la Empresa Colombiana de Petróleos, ni a los pensionados de la misma.

La Ley 647 de 2001, establece el Régimen Especial, el cual determina el carácter especial del régimen de las universidades estatales u oficiales, el personal docente y administrativo, el sistema de las universidades estatales u oficiales, el régimen financiero, el régimen de contratación y control fiscal y su propia seguridad social en salud, de acuerdo con la presente ley.

6.2. Monto y distribución de las cotizaciones.

A partir del primero (01) de febrero de 2007 el monto y distribución de las cotizaciones es del 12,5% del ingreso o salario base de cotización, el cual no podrá ser inferior al salario mínimo.

La cotización a cargo del empleador será del 8.5% y a cargo del empleado del 4%. Uno punto cinco (1,5) de la cotización serán trasladados a la subcuenta de Solidaridad del FOSYGA para contribuir a la financiación de los beneficiarios del régimen subsidiado. Las cotizaciones que hoy tienen para salud los regímenes especiales y de excepción se incrementarán en cero punto cinco por ciento (0,5%), a cargo del empleador, que será destinado a la sub-cuenta de solidaridad para completar el uno punto cinco a los que hace referencia el presente artículo. El cero punto cinco por ciento (0,5%) adicional reemplaza en parte el incremento del punto en pensiones aprobado en la ley 797 de 2003, el cual sólo será incrementado por el Gobierno Nacional en cero punto cinco por ciento (0,5%).

6.3. Copagos y Cuotas moderadoras.

El Acuerdo 260 de 2.004 define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las cuotas moderadoras tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso, promoviendo en los afiliados la inscripción en los programas de atención integral desarrollados por las EPS.

Los copagos son los aportes en dinero que corresponden a una parte del valor del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema.

Las cuotas moderadoras serán aplicables a los afiliados cotizantes y a sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplicarán única y exclusivamente a los afiliados beneficiarios.

El ingreso base para la aplicación de las cuotas moderadoras y copagos Las cuotas moderadoras y los copagos se aplicarán teniendo en cuenta el ingreso base de cotización del afiliado cotizante. Si existe más de un cotizante por núcleo familiar se

considerará como base para el cálculo de las cuotas moderadoras y copagos, el menor ingreso declarado.

Los servicios sujetos al cobro de cuotas moderadoras son los siguientes:

1. Consulta externa médica, odontológica, paramédica y de medicina alternativa aceptada.
2. Consulta externa por médico especialista
3. Fórmula de medicamentos para tratamientos ambulatorios. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítem incluidos. El formato para dicha fórmula deberá incluir como mínimo tres casillas.
4. Exámenes de diagnóstico por laboratorio clínico, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítem incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo cuatro casillas.
5. Exámenes de diagnóstico por imagenología, ordenados en forma ambulatoria y que no requieran autorización adicional a la del médico tratante. La cuota moderadora se cobrará por la totalidad de la orden expedida en una misma consulta, independientemente del número de ítem incluidos en ella. El formato para dicha orden deberá incluir como mínimo tres casillas.
6. Atención en el servicio de urgencias única y exclusivamente cuando la utilización de éstos servicios no obedezca, a juicio de un profesional de la salud autorizado, a problemas que comprometan la vida o funcionalidad de la persona o que requieran la protección inmediata con servicios de salud.

Podrán aplicarse copagos a todos los servicios contenidos en el plan obligatorio de salud, con excepción de:

1. Servicios de promoción y prevención.
2. Programas de control en atención materno infantil.
3. Programas de control en atención de las enfermedades transmisibles.
4. Enfermedades catastróficas o de alto costo.
5. La atención inicial de urgencias.
6. Los servicios enunciados en el artículo precedente.

Las cuotas moderadoras se aplicarán por cada actividad de acuerdo al nivel socioeconómico de los afiliados cotizantes y sus beneficiarios y con base en el ingreso del afiliado cotizante, expresado en salarios mínimos, así:

1. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea menor a dos (2) salarios mínimos: hasta un 10% de un salario mínimo diario legal vigente.
2. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización esté entre dos (2) y cinco (5) salarios mínimos: hasta un 40% de un salario mínimo diario legal vigente.
3. Para afiliados cuyo ingreso base de cotización sea mayor de cinco (5) salarios mínimos: hasta el 105% de un (1) salario mínimo diario legal vigente.

Como regla adicional para la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la Ley 1122 del 09 de enero de 2007, establece que No habrá copagos ni cuotas moderadoras para los afiliados del Régimen Subsidiado en Salud clasificados en el nivel I del SISBEN o el instrumento que lo remplace.

6.4. La Unidad de Pago por Capitación.

La competencia por los afiliados se encuentra regulada por el establecimiento de un único precio: la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es el valor que el sistema reconoce por persona afiliada o beneficiaria. Este valor debe cubrir el costo promedio del POS y el costo de administración. La UPC se calcula tomando en cuenta los riesgos que afectan la salud de las personas en cada sector de la población y los costos de atención médica, y varía en función de la edad, el sexo del afiliado y la ubicación geográfica.

Los afiliados del Régimen Subsidiado tienen una UPC que equivale al 55% de la UPC del Régimen Contributivo (en consecuencia el POS del Régimen Subsidiado incluye menos beneficios que el Régimen Contributivo, excepto para las enfermedades de alto costo).

La diferencia entre la UPC subsidiada y la UPC contributiva se debe a la escasez de recursos del sistema. Pero éste prevé que se aumenten los recursos del Régimen Subsidiado, hasta lograr igualar los valores y los planes de beneficios de ambos regímenes, con el incremento progresivo de la cobertura en el régimen contributivo, el aumento en la eficiencia de la firma del sector y los efectos por las acciones de promoción y prevención.

El valor que reconoce el sistema de salud, a través del Fosyga a las EPS por cada afiliado del régimen contributivo para el año 2007, será de 404.215 pesos.

El afiliado cotizante respecto de los cotizantes dependientes será responsable del pago del valor de la UPC mensual definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud para la financiación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y de un valor destinado a la Subcuenta de Solidaridad.

La entidad promotora de salud, EPS, apropiará el valor de una UPC correspondiente al grupo etéreo del afiliado adicional y la UPC correspondiente a las actividades de promoción y prevención y girará a la Subcuenta de Solidaridad del Fosyga el aporte de solidaridad y cuando se reciban sumas superiores a la UPC del afiliado cotizante, el valor restante se girará a la Subcuenta de Compensación del Fosyga a través del proceso de compensación.

Tabla 1. Valor de la Unidad de Pago por Capitación por estructura de grupo etáreo y de costo para el Régimen Contributivo

Grupo Etáreo	Estructura de Costo	Valor (\$) año 2007
Menores de 1 año	2.4936	1,007,967.60
De 1 a 4 años	1.2800	517,395.60
De 5 a 14 años	0.6800	274,867.20
De 15 a 44 años (Hombres)	0.6000	242,528.40
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.2400	501,228.00
De 45 a 59 años	0.8605	347,846.40
Mayores de 60 años	2.4223	979,124.40

Fuente: Acuerdo 260 de 2.004

A la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo se le reconoce una prima adicional del 20% en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá dando como resultado un valor promedio de UPC anual de \$485.056.80, corresponde a un valor diario de \$1.347.38. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la UPC del resto del país.

Tabla 2. Estructura de costo por grupo etáreo de la UPC diferencial por zona geográfica

Grupo Etáreo	Estructura de Costo	Valor (\$) año 2007
Menores de 1 año	2.4936	1,209,560.40
De 1 a 4 años	1.2800	620,874.00
De 5 a 14 años	0.6800	329,839.20
De 15 a 44 años (Hombres)	0.6000	291,034.80
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.2400	601,473.60
De 45 a 59 años	0.8605	417,416.40
Mayores de 60 años	2.4223	1,174,946.40

Fuente: Acuerdo 260 de 2.004

Para racionalizar el uso del servicio y complementar el financiamiento del sistema, se establecen las cuotas moderadoras que son recaudadas directamente por las firmas aseguradoras. Dichas aportaciones son pagos que deben realizar todos los afiliados al sistema para tener acceso al servicio, también se tienen pagos compartidos (copagos) que están únicamente a cargo de los beneficiarios.

Dependiendo del ingreso de los afiliados, la cuota moderadora puede ser equivalente 10%, 40% y hasta 105% de un día de salario mínimo. Las firmas de aseguramiento tienen la libertad para establecer la cuota moderadora de sus afiliados, siempre que

estos valores se encuentre dentro de estos parámetros.

Para el caso del régimen subsidiado, si el afiliado pertenece al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (Sisben), no está obligado a pagar más del 5% o 10% del valor del servicio, no pagar por encima de la mitad de un salario mínimo mensual.

6.5. La Desviación del Perfil Epidemiológico.

El Acuerdo número 217 de 2001 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, establece un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico en el Régimen Contributivo.

Definición de la operación del mecanismo de redistribución. Del valor de la UPC-S que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconoce a las Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S) por cada uno de los afiliados, se tendrá en cuenta un monto que represente la desviación del perfil epidemiológico de la población afiliada a las diferentes EPS-S.

Eventos incluidos para el estudio y reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico en la composición de la UPC-S. Para definir la participación a asignar en cada una de las EPS-S, se seleccionan en principio las siguientes actividades, procedimientos, intervenciones y/o medicamentos.

1. Los medicamentos anti-retrovirales utilizados para el tratamiento del VIH-SIDA.
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis renal por insuficiencia renal crónica.
3. Tratamientos con radioterapia del cáncer y/o medicamentos incluidos para tratamiento de quimioterapia.
4. Acto quirúrgico en tratamiento por enfermedad cardíaca: Angioplastia coronaria (incluye colocación de marcapaso y coronariografía postangioplastia inmediata); puente coronario (bypass) Aortocoronario (con vena safena) uno o más vasos; recambio valvular. Cambios valvulares con aplicación de prótesis; corrección de cardiopatías congénitas

Exclusiones. No se considerarán actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos aquellos que no estén expresamente incluidos en los Acuerdos 72, 74, 83, 106 y 110, según las definiciones y contenidos de la Resolución 5261 de 1994 y las demás normas que los adicionen, modifiquen o complementen.

Mediante Acuerdo 227 de 2002, se estableció mecanismo similar para el reconocimiento de la desviación del perfil epidemiológico de la atención en salud del Régimen Subsidiado.

Los acuerdos 242 de 2002 y 252 de 2003, dan viabilidad a la metodología propuesta por el Ministerio de Salud en desarrollo del Acuerdo 217 del CNSSS, para la fijación del porcentaje de la UPC objeto de distribución por ajuste epidemiológico.

A partir del 1° de enero de 2003, las EPS y demás Entidades Obligadas a Compensar aportarán de las Declaraciones de Giro y Compensación de cada período el porcentaje definido en la liquidación oficial de los recursos objeto de redistribución. Esta liquidación se hará sobre el total recibido por concepto de UPC en cada período del 2003.

El Ministerio de la Protección Social podrá modificar la solicitud de información requerida en un tiempo no menor a seis meses, notificando a las EPS-S por lo menos 2 meses antes y definirá los formatos en los que dicha información será presentada.

A la entidad que no remita esta información en forma oportuna e íntegra, conforme a lo establecido en el presente acuerdo, se le calculará su frecuencia con valor cero en todos los eventos para el periodo respectivo.

Metodología para la medición del monto financiero objeto de distribución por ajuste epidemiológico. El monto que se destinará para la distribución por ajuste epidemiológico, se definirá según la propuesta que el Ministerio de la Protección Social presente al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la cual deberá ser sustentada con los estudios correspondientes que tendrán en cuenta como mínimo.

1. El indicador que se construya a partir del número y tipo de eventos por EPS-S definidos en el artículo 2° del presente acuerdo y demás información requerida previamente analizada, criticada y validada.
2. Cálculo de medidas estadísticas que se consideren pertinentes y que reflejen un límite por encima del cual se entenderá que existe desviación del perfil epidemiológico por cada u no de los eventos, con base en la población efectivamente afiliada y carnetizada de las EPS-S.
3. Cálculo de las desviaciones por EPS-S sobre las cuales se determinará el porcentaje a ajustar por perfil epidemiológico.

Reconocimiento. Una vez definido el monto objeto de distribución por ajuste epidemiológico, los recursos correspondientes a dicho monto se distribuirán entre las EPS-S conforme la siguiente metodología:

1. Con la información reportada por las EPS-S se determinará la frecuencia los eventos del cuatrimestre anterior por cada una de ellas.

2. A cada uno de los eventos definidos en el presente acuerdo se le asignará una Unidad de Valor que reconozca las diferencias en valores de cada uno de los eventos, la cual será establecida por el Ministerio de la Protección Social.
3. Una vez determinada esta información se multiplicará el número de eventos de cada EPS-S por la Unidad de Valor correspondiente y se efectuará la sumatoria por EPS-S, sobre las cuales se determinará el porcentaje de la UPC-S a redistribuir.
4. Posteriormente el resultado de cada EPS-S se dividirá entre la sumatoria de los resultados de todas las EPS-S y dicho valor será el porcentaje que la EPS-S recibirá de los recursos previstos para el ajuste epidemiológico.

7. MANUAL DE ACTIVIDADES, INTERVENCIONES Y PROCEDIMIENTOS DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.

Planes de beneficios. El SGSSS define como derechos de las personas afiliadas un conjunto básico de beneficios denominado Plan obligatorio de salud –POS–. El POS presenta diferencias en cuanto a la cobertura de contingencias en salud para el usuario, dependiendo de su condición de afiliación, bien sea el pago de cotizaciones (régimen contributivo), bien sea el pago de un subsidio (régimen subsidiado).

En el régimen contributivo, este plan tiene beneficios intrínsecos como la cobertura familiar y la no aplicación de preexistencias a los afiliados (no atención de determinados eventos en salud previos a la afiliación), aunque restringe la atención de eventos de alto costo al cumplimiento de períodos mínimos de cotización, en ningún caso mayores a 100 semanas. Por su parte, en el régimen subsidiado, la asignación del subsidio confiere beneficios individuales a cada persona subsidiada, aunque se tiene la orientación de incorporar primordialmente a núcleos familiares completos.

Así, el conjunto de beneficios del SGSSS incluye los siguientes planes:

Plan obligatorio de salud –POS–. Este plan permite la protección integral de las familias con relación a la maternidad y a la enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según intensidades de uso, niveles de atención y complejidad y calidad intrínseca que se definan.⁹

Para los afiliados cotizantes, según las normas del régimen contributivo, el contenido del POS contributivo –POS-C– que define el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud –CNSSS– contempla un conjunto de beneficios superior al de los afiliados al régimen subsidiado (POS subsidiado –POS-S–), especialmente en actividades de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del segundo nivel de complejidad (tratamientos quirúrgicos y hospitalarios generales, principalmente). Esta diferencia es definida por la ley como transitoria, en la medida en que gradualmente se amplíen las coberturas.

Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

De esta manera, los servicios de salud incluidos en el POS-S son actualizados por el CNSSS de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el

⁹ Decreto No. 806 de 1998 del Ministerio de la Protección Social, Artículo N.º 7. Plan Obligatorio de Salud -POS

perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

A falta de cónyuge o compañero permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar podrá extenderse a los padres del afiliado no pensionados que dependan económicamente de éste. Los beneficiarios del cotizante gozan de los beneficios del POS-C, pero en su financiación éstos deben concurrir con pagos moderadores y copagos.

El POS-C no está sujeto a la aplicación de preexistencias para su prestación. El acceso a la prestación de algunos servicios de alto costo para personas que se afilien al SGSSS podrá estar sujeto a períodos mínimos de cotización que en ningún caso excedan las 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales, al menos 26 semanas, deben haber sido pagadas en el último año. Para períodos menores de cotización, el acceso a dichos servicios requiere un pago por parte del usuario que se establece de acuerdo con su capacidad socioeconómica.

Centros de Atención. El Plan de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud se prestará en todos los municipios de la república de Colombia, por todas las instituciones y personas de carácter público, privado o de economía mixta, catalogados y autorizados para desempeñarse como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud IPS. El plan obligatorio de salud responsabilidad de las Entidades Promotoras de Salud se prestará en aquellas IPS con las que cada EPS establezca convenios de prestación de servicios de salud; o sin convenio en cualquier IPS en los casos especiales que considera el presente reglamento.

Disponibilidad del servicio y acceso a los niveles de complejidad. En todo caso los servicios de salud que se presten en cada municipio estarán sujetos al nivel de complejidad y al desarrollo de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud autorizadas para ello. Cuando las condiciones de salud del usuario ameriten una atención de mayor complejidad, esta se hará a través de la red de servicios asistenciales que establezca cada EPS.

Utilización de servicios por municipio y zona de residencia. Todo paciente deberá utilizar los servicios con los que se cuente en su municipio o zona de residencia, salvo en los casos de urgencia comprobada o de remisión debidamente autorizada por la EPS. Toda persona y su familia al momento de la afiliación a la EPS deberá adscribirse para la atención ambulatoria en alguna de las IPS más cercanas a su sitio de residencia dentro de las opciones que ofrezca la EPS, para que de esta manera se pueda beneficiar de todas las actividades de promoción y fomento de la salud y prevención de la enfermedad. El usuario podrá solicitar cambio de adscripción a la IPS como máximo una vez por año.

Identificación e inscripción de los afiliados. Toda persona que se afilia al Sistema General de Seguridad Social en Salud lo hace al inscribirse con sus beneficiarios en alguna Entidad Promotora de Salud. Al utilizar el servicio deberá identificarse con su cédula de ciudadanía, sin perjuicio de las formas de identificación que adopten las

Entidades Promotoras de Salud. En el caso de los menores, estos lo harán con la de sus padres, o con algún otro medio que se utilice para ello por parte de las Entidades Promotoras de Salud. La historia clínica deberá tener como código básico de identificación el número de la cédula de ciudadanía del afiliado.

Consulta médica general. Es aquella realizada por un médico general o por personal paramédico y se considera como la puerta de entrada obligatoria del afiliado a los diferentes niveles de complejidad definidos para el Sistema de Seguridad Social en Salud. Se establece que de acuerdo a las frecuencias nacionales, un usuario consulta normalmente al médico general en promedio dos (2) veces por año; a partir de la tercera consulta se establecerá el cobro de cuotas moderadoras de acuerdo con el reglamento respectivo, salvo cuando se trate de casos de urgencia o para inscritos en programas con guías de atención integral. Las Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.

Inscripción obligatoria en las guías de atención integral. El Ministerio de la Protección Social orientará la adopción de Guías de Atención Integral para las principales enfermedades en razón del perfil de morbimortalidad y del costo efectividad de sus tratamientos, las cuales deberán contener sin excepción actividades de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad específica. Todo paciente que padezca alguna enfermedad cuyo manejo este definido en una de las Guías de Atención Integral, deberá inscribirse en ella y seguir las recomendaciones tendientes a mantener su salud, recuperarse de la enfermedad y a evitar consecuencias críticas.

Consulta médica especializada. Es aquella realizada por un médico especialista en alguna de las ramas de la medicina autorizadas para su ejercicio en Colombia, quien recibe al paciente por remisión de un médico general, o interconsulta especializada, o directamente en casos de urgencia por que la patología que presenta el paciente requiere evaluación especializada, internación o cirugía que el médico general no este en condiciones de realizar. Una vez el paciente haya sido evaluado o tratado por el médico especialista continuará siendo manejado por el médico general remitente.

Atención domiciliaria. Es aquella que se brinda en la residencia del paciente con el apoyo de personal médico y/o paramédico y la participación de su familia, la que se hará de acuerdo a las Guías de Atención Integral establecidas para tal fin.

Urgencia. Es la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras.

Atención de urgencias. La atención de urgencias comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediatos a personas que presentan una urgencia. Todas las entidades o establecimientos públicos o privados, que presten servicios de consulta de urgencias, atenderán obligatoriamente estos casos en su fase inicial aún

sin convenio o autorización de la EPS respectiva o aún en el caso de personas no afiliados al sistema.

Las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, como tampoco el pago de cuotas moderadoras. La IPS que presta el servicio recibirá de la EPS el pago correspondiente con base en las tarifas pactadas o con las establecidas para el S.O.A.T.

En todo caso es el médico quien define esta condición y cuando el paciente utilice estos servicios sin ser una urgencia deberá pagar el valor total de la atención.

Internación. Es el ingreso a una institución para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico con una duración superior a veinticuatro (24) horas. Cuando la duración sea inferior a este lapso se considerará atención ambulatoria. Salvo en los casos de urgencia, para la utilización de este servicio deberá existir la respectiva remisión del profesional médico.

Utilización de prótesis, ortesis, aparatos y aditamentos ortopédicos o para alguna función biológica. Se definen como elementos de este tipo, aquellos cuya finalidad sea la de mejorar o complementar la capacidad fisiológica o física del paciente. Cuando el paciente requiera de su utilización y se encuentren expresamente autorizados en el plan de beneficios, se darán en calidad de préstamo con el compromiso de devolverlos en buen estado salvo el deterioro normal; en caso contrario deberá restituirlos en dinero por su valor comercial.

Formulación y despacho de medicamentos. La receta deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el manual de medicamentos y terapéutica, sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario. La receta deberá incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica, la presentación y concentración del principio activo, la vía de administración y la dosis tiempo respuesta máxima permitida, la que no podrá sobrepasarse salvo que la Entidad Promotora de Salud lo autorice. No se reconocerán recetas que contengan artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares o para las manchas en la piel, drogas para la memoria o la impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

Reconocimiento de reembolsos. Las Entidades Promotoras de Salud, a las que esté afiliado el usuario deberán reconocerle los gastos que haya hecho por su cuenta por concepto de: atención de urgencias en caso de ser atendido en una IPS que no tenga contrato con la respectiva EPS, cuando haya sido autorizado expresamente por la EPS para una atención específica y en caso de incapacidad, imposibilidad, negativa injustificada o negligencia demostrada de la Entidad Promotora de Salud para cubrir las obligaciones para con sus usuarios. La solicitud de reembolso deberá hacerse en los quince (15) días siguientes al alta del paciente y será pagada por la Entidad

Promotora de Salud en los treinta (30) días siguientes a su presentación, para lo cual el reclamante deberá adjuntar original de las facturas, certificación por un médico de la ocurrencia del hecho y de sus características y copia de la historia clínica del paciente. Los reconocimientos económicos se harán a las tarifas que tenga establecidas el Ministerio de la Protección Social para el sector público. En ningún caso la Entidad Promotora de Salud hará reconocimientos económicos ni asumirá ninguna responsabilidad por atenciones no autorizadas o por profesionales, personal o instituciones no contratadas o adscritas, salvo lo aquí dispuesto.

Afiliación a una empresa promotora de salud. Toda persona que ingresa a una Empresa Promotora de Salud debe diligenciar bajo la gravedad del juramento un formulario que contenga sus datos personales y familiares, su condición de salud actual y pasada y la de los familiares que vaya a inscribir, los antecedentes familiares y personales clínicos, epidemiológicos y toxicológicos.

Enfermedades ruinosas o catastróficas. Para efectos del presente decreto se definen como enfermedades ruinosas o catastróficas, aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento.

Tratamiento para enfermedades ruinosas o catastróficas. Para efectos del presente Manual se definen como aquellos tratamientos utilizados en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo-efectividad en la modificación del pronóstico y representan un alto costo. Se incluyen los siguientes:

- a. Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
- b. Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de medula ósea y de cornea.
- c. Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d. Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- e. Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénitas.
- f. Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.
- g. Terapia en unidad de cuidados intensivos.
- h. Reemplazos articulares.

Exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud. En concordancia con lo expuesto en artículos anteriores y para poder dar cumplimiento a los principios de universalidad, equidad y eficiencia enunciados en la ley 100 de 1993, el plan obligatorio de salud tendrá exclusiones y limitaciones que en general serán todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención integral que no tengan por objeto contribuir al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; aquellos que sean considerados como cosméticos, estéticos o suntuarios, y aquellos que expresamente se definan por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, incluyendo los que se describen a continuación:

- a. Cirugía estética con fines de embellecimiento.
- b. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.

- c. Tratamientos para la infertilidad.
- d. Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- e. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- f. Medias elásticas de soporte, corsés, fajas, plantillas, zapatos ortopédicos, sillas de ruedas, lentes de contacto. Los lentes se suministrarán una vez cada cinco años en los adultos y en los niños una vez cada año, siempre por prescripción médica y para defectos que disminuyan la agudeza visual.
- g. Medicamentos o sustancias que no se encuentren expresamente autorizadas en el Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- h. Tratamiento con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
- i. Trasplante de órganos. No se excluyen aquellos como el trasplante renal, de medula ósea, de córnea y el de corazón, con estricta sujeción a las condiciones de elegibilidad y demás requisitos establecidos en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- j. Tratamiento con psicoterapia individual, psicoanálisis o psicoterapia prolongada. No se excluye la psicoterapia individual de apoyo en la fase crítica de la enfermedad, y solo durante la fase inicial; tampoco se excluyen las terapias grupales. Se entiende por fase crítica o inicial aquella que se puede prolongar máximo hasta los treinta días de evolución.
- k. Tratamiento para varices con fines estéticos.
- l. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación. Podrá brindarse soporte psicológico, terapia paliativa para el dolor, la incomodidad y la disfuncionalidad o terapia de mantenimiento. Todas las actividades, intervenciones y procedimientos deben estar contemplados en las respectivas Guías Integrales de Atención.
- m. Actividades, procedimientos e intervenciones de carácter educativo, instruccional o de capacitación que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintos a aquellos necesarios estrictamente para el manejo médico de la enfermedad y sus secuelas.
- n. Prótesis, ortodoncia y tratamiento periodontal en la atención odontológica.
- o. Actividades, intervenciones y procedimientos no expresamente consideradas en el presente Manual.

Evaluación médico científica. Cuando un paciente vaya a ser sometido a alguna actividad, intervención o procedimiento de cualquier tipo podrá ser sometido por la EPS a una evaluación médico científica por personal diferente al tratante. Para efectos de definir la responsabilidad del personal de salud en los diferentes niveles de complejidad se establece:

Cuadro 1. Niveles de complejidad para la evaluación médico científica

NIVEL I	Médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados.
NIVEL II	Médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión y/o asesoría de personal o recursos especializados.
NIVEL III y IV	Médico especialista con la participación del medico general y/o profesional paramédico

Clasificación por niveles de complejidad para la atención médico quirúrgica. Para efectos de clasificación de los procedimientos quirúrgicos, se establece la siguiente discriminación como parte del presente Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos, así:

Cuadro 2. Niveles de complejidad para la atención médico quirúrgica

NIVEL I :	GRUPOS 01, 02, 03.
NIVEL II:	GRUPOS 04, 05, 06, 07, 08.
NIVEL III:	GRUPOS 09 Y SIGUIENTES.
NIVEL IV:	Se establece de acuerdo al procedimiento practicado en las patologías CATASTRÓFICAS descritas anteriormente.

Algunas de las exclusiones y limitaciones del Plan Obligatorio de Salud que no contribuyen al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad porque son considerados como cosméticos, estéticos, suntuarios, y aquellas que expresamente defina el Consejo en el futuro se describen a continuación:

- a) Cirugía estética o con fines de embellecimiento.
- b) Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
- c) Tratamiento para la infertilidad.
- d) Tratamientos no reconocidos por las asociaciones médico científicas a nivel mundial o aquellos de carácter experimental.
- e) Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
- f) Medidas elásticas de soporte, fajas, sillas de ruedas, plantillas, zapatos ortopédicos, lentes y lentes de contacto.
- g) Medicamentos y sustancias que no se encuentren expresamente autorizados en Manual de Medicamentos y Terapéutica.
- h) Tratamientos con drogas o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.

- i) Tratamientos de periodoncia, ortodoncia y prótesis en la atención odontológica.
- j) Tratamiento de vórices con fines estéticos

A continuación se definen algunos términos incluidos en el presente Decreto:

7.1. Medicamentos incluidos en el POS

La Comisión de Regulación en Salud establecida en la Ley 1122 de 2007, es quien definirá y revisará, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.

En materia de aseguramiento en aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el Plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos.

Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el FOSYGA.

En algunas áreas de Salud Pública, al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA, le corresponde como autoridad sanitaria nacional, la garantía mediante una tecnología de señalización de medicamentos, su identificación en cualquier parte de la cadena de distribución, desde la producción hasta el consumidor final con el objetivo de evitar la falsificación, adulteración, vencimiento y contrabando¹⁰. Las entidades territoriales exigirán tanto a distribuidores como a productores que todos los medicamentos que se comercialicen en su jurisdicción cumplan con estos requisitos.

Los establecimientos farmacéuticos minoristas se ajustarán a las siguientes definiciones: Farmacia-Droguería: Es el establecimiento farmacéutico dedicado a la elaboración de preparaciones magistrales y a la venta al detal de medicamentos alopáticos, homeopáticos, fitoterapéuticos, dispositivos médicos, suplementos dietarios, cosméticos, productos de tocador, higiénicos y productos que no produzcan contaminación o pongan en riesgo la salud de los usuarios. Estos productos deben estar ubicados en estantería independiente y separada. En cuanto a la recepción y almacenamiento, dispensación, transporte y comercialización de medicamentos y dispositivos médicos, se someterán a la normatividad vigente, en la materia.

El Acuerdo número 228 de 2002 Manual de Medicamentos y terapéutica, señala los medicamentos como un conjunto básico dentro del Plan Obligatorio de Salud y deben ser suministrados por las entidades obligadas a compensar y las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado, con cargo a la UPC y UPC-S, bajo los criterios de calidad y oportunidad que se establezca por el Ministerio de Salud.

¹⁰ Ley 1122 de enero de 2007, Artículo 34. Supervisión en algunas áreas de Salud Pública.

La Organización Mundial para la Salud define para cada medicamento la Denominación Común Internacional para las Sustancias Farmacéuticas (DCI) así:

Forma Farmacéutica. Sinónimo de forma de dosificación. Forma física que caracteriza al producto farmacéutico terminado, a saber, tabletas, cápsulas, jarabes, supositorios, soluciones inyectables, sistema transdérmico, etc.

Medicamento Esencial. Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

Medicamento Esencial Alternativo. Se entiende por medicamento esencial alternativo aquel cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública el Ministerio de Salud así lo defina.

Medicamento Genérico. Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

Principio Activo. Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

La utilización de las Denominaciones Comunes Internacionales (nombres genéricos) en la prescripción de medicamentos será de carácter obligatorio. Los medicamentos a dispensar deben corresponder al principio activo, forma farmacéutica y concentración prescritos, independientemente de su forma de comercialización (genérico o de marca), siempre y cuando se conserven los criterios de calidad, seguridad, eficacia y comodidad para el paciente.

7.2. Los Comités Técnicos Científicos.

Los comités técnico-científicos CTC están reglamentados por las Resoluciones 5061 de 1997, 2312 de 1998, 2948 de 2003, 3797 de 2004 y 2933 de 2006, estos están integrados por las Entidades Promotoras de Salud, EPS del Régimen Contributivo y/o Subsidiado, las Cajas de Compensación Familiar que administren directamente los recursos del artículo 217 de la 100 de 1993, y demás entidades obligadas a compensar, EOC.¹¹

Los comités técnico-científicos CTC están conformados por un (1) representante de la EPS del Régimen Contributivo, Subsidiado o EOC, según corresponda, un (1) representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y un representante de los usuarios.

¹¹ Resolución 5061 de 1997, Artículo 1ro. INTEGRACIÓN.

Son funciones de los comités técnico-científicos CTC, las siguientes:

- Atender las reclamaciones que presenten los afiliados de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del Régimen Contributivo y/o Subsidiado y demás entidades obligadas a compensar (EOC), en relación con la ocurrencia de hechos de naturaleza asistencial que presuntamente afecte al usuario respecto a la adecuada prestación de los servicios de salud.
- Analizar para su autorización las solicitudes presentadas por los médicos tratantes para el suministro a los afiliados de los medicamentos por fuera del listado de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud contemplado en el acuerdo 228 del CNSSS.
- Justificar técnicamente mediante el análisis crítico correspondiente, las decisiones adoptadas, para lo cual se elaborarán y suscribirán las respectivas actas.
- Realizar evaluaciones trimestrales de los casos autorizados y el seguimiento sobre el resultado de la salud de los pacientes a quienes se les autorizaron dichos tratamientos.
- Presentar al Ministerio de la Protección Social y a las autoridades competentes cuando estas los soliciten, los informes relacionados con su objeto y sus funciones.

Se entiende por hechos de naturaleza asistencial, los relacionados con la atención en salud en las etapas de prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan, en especial las condiciones y el procedimiento para la prescripción de medicamentos esenciales con criterios de costo efectividad que no se encuentren en el listado de medicamentos aprobado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Los criterios para la autorización de los medicamentos no incluidos en el listado de medicamentos esenciales, son los siguientes:

- a) La prescripción de medicamentos no incluidos en el listado de Medicamentos Esenciales, sólo podrá realizarse por el personal autorizado.
- b) Debe existir un riesgo inminente para la vida y salud del paciente, el cual debe ser demostrable y constar en la historia clínica respectiva.
- c) La prescripción de estos medicamentos será consecuencia de haber utilizado y agotado las posibilidades terapéuticas que éste consagra. Sin obtener respuesta clínica y/o paraclínica satisfactoria en el término previsto de sus indicaciones, o del observar reacciones adversas intoleradas por el paciente, o porque existan contraindicaciones expresas sin alternativa en el listado de lo anterior deberá dejar constancia en la historia clínica.
- d) Sólo podrán prescribirse medicamentos que se encuentren debidamente autorizados para su comercialización y expendio en el país

e) Cuando se trate de la prescripción de medicamentos para atender enfermedades de alto costo en tratamientos hospitalarios o ambulatorios. Estos deben ser asumidos por la entidad de aseguramiento con cargo al reaseguro de las mismas.

Las reclamaciones presentadas por los usuarios en forma verbal o escrita, se tramitarán conforme al siguiente procedimiento:

- a) La solicitud será presentada al Comité por el Médico tratante.
- b) El Comité establecerá dentro de los dos (2) días siguientes su pertinencia y decidirá en forma inmediata sobre la petición formulada.
- c) Si se requiere allegar información o documentación adicional la solicitará al médico tratante, quien deberá alejarla debidamente sustentada el día siguiente para la decisión inmediata del Comité
- d) Copia del acta del Comité se adjuntará a la historia clínica del paciente.

Como excepción, en las situaciones de urgencia evidente no se aplicará ni los criterios, ni el Procedimiento previsto en esta resolución y el médico tratante tomará la decisión e informará al Comité Técnico Científico de la institución.

El 03 de octubre de 2003 la Resolución número 2948 subroga la Resolución 5061 de 1997 la cual dicta otras disposiciones para la autorización y el recobro ante el FOSYGA de medicamentos no incluidos en el acuerdo 228 del CNSSS.

7.3. Tutelas.

A partir de la Constitución de 1991 se consagran en Colombia mecanismos de protección de derechos fundamentales de carácter más expedito, como es el caso de la acción de tutela, creada para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública». De igual manera, la Carta Constitucional consagra en los artículos 48 y 49 el derecho a la seguridad social y a la salud respectivamente, asignándoles para su desarrollo y efectividad tres principios de alcance constitucional: eficiencia, universalidad y solidaridad, siendo necesario aclarar que el desarrollo normativo de carácter primordial de estos dos derechos se dio en 1993 con la expedición de la Ley 100 que crea el sistema de seguridad social integral y que reglamenta el sistema pensional, el de salud y el de riesgos profesionales.

El gran volumen de Acciones de Tutelas en salud, sugiere que el Derecho a la atención en salud, tiende a convertirse en privilegio en tanto que no todo el mundo tiene la capacidad de acceder al limitado plan de beneficios que en la actualidad se ofrece el régimen contributivo y el subsidiado.

Ante el drama padecido por 87.300 personas a quienes les negaron servicios, la Defensoría del Pueblo estudia solicitar la declaratoria de emergencia humanitaria en

salud. Propone creación del Defensor del Paciente.

La Corte Constitucional ha resuelto más de medio millón de tutelas interpuestas por colombianos que consideraron vulnerados derechos fundamentales como la educación, la seguridad alimentaria o la protección a la vida. Pero una de cada cuatro de esas tutelas, fue interpuesta por ciudadanos a quienes les negaron servicios de salud básicos o vitales. Al menos, eso sucedió con 145.360 personas (25,7 por ciento del total de las tutelas) que recurrieron a ese mecanismo judicial porque Empresas Promotoras de Salud (EPS)- como el Instituto del Seguro Social, Caprecom y Cajanal-, entidades territoriales, y Administradoras del Régimen Subsidiado (EPS-S), se negaron a practicarles exámenes, cirugías, tratamientos y a proporcionarles medicamentos a que estaban obligadas¹².

Lo más grave, según los fallos de la Corte, es que en el 70 por ciento del total de los casos demandados en salud, las aseguradoras sí estaban obligadas a atender las peticiones de los usuarios por cuanto eran servicios contemplados en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

"Si no hubiera sido por la tutela, quién sabe cuál habría sido la suerte de 87.300 personas en el país a quienes las aseguradoras les negaron arbitrariamente servicios asistenciales a los que legítimamente tenían derecho", concluyó un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo que revisó las 145.360 tutelas relacionadas con salud, presentadas a la Corte a partir de 1999.

Del total de esas demandas, el organismo tomó una muestra de 2.710 para establecer aspectos como causas de las tutelas, exigencias en cotizaciones mínimas y si los fallos correspondían a servicios contemplados por el POS, informó el defensor del Pueblo, Volmar Pérez.

Una de las mayores sorpresas con las que se encontró la Defensoría fue advertir que de esas 87.300 demandas vitales desatendidas, no solo estaban cubiertas por el POS, sino que en un 95 por ciento de los casos los afiliados cumplían con las semanas mínimas de cotización para que les practicaran, por ejemplo, cirugías del corazón y tratamientos para el cáncer.

“Eso demuestra una gravedad de hechos y es que no hay control y las aseguradoras están quedando por fuera de la vigilancia de las autoridades”, dijo, a su turno, el defensor delegado para la Salud y Seguridad Social, Darío Mejía. De acuerdo con los fallos de la Corte, la negación de los exámenes por parte de las aseguradoras es la principal causa de tutela (20 por ciento): no autorizan desde citologías, mamografías, resonancias magnéticas, endoscopias, biopsias, hasta exámenes de laboratorio clínico.

Inclusive, la vacunación infantil, que es parte del programa para la promoción y prevención, resulta en ocasiones de difícil aprobación. "No se puede negar, por

¹² Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA, Más De 145 Mil Tutelas Llegaron A La Corte Constitucional En Cuatro Años, Casa Editorial EL TIEMPO

ejemplo, una vacuna contra la polio, como sucedió con una niña de 7 años en Antioquia.

La segunda causa más frecuente de tutelas es la renuencia de las aseguradoras a aprobar cirugías (17 por ciento) como las cardiovasculares, de oftalmología (inclusive las de cataratas), ortopedia y traumatología (especialmente trasplantes de rodillas e implantes de cadera).

La tercera causa de tutelas es la reclamación por tratamientos especialmente para enfermedades de alto costo como las cardiovasculares, SIDA y cáncer¹³ que, al mismo tiempo, están motivando en los últimos dos años una cascada de acciones judiciales por el no suministro oportuno de medicamentos, según la Defensoría. Al analizar las regiones y empresas más entuteladas, la Defensoría identificó que el 36,4 por ciento de las demandas fueron presentadas en Antioquia, seguidas del Valle (12 por ciento) y Bogotá (5 por ciento). Y las EPS más afectadas por las tutelas fueron las públicas: Caprecom, Cajanal y Seguro Social, y entre las privadas Salud Vida y Solsalud.

Ante la alta cifra de demandas provocadas por la negación de servicios asistenciales, la Defensoría está considerando solicitar la declaración de la emergencia humanitaria en salud. Así mismo, pedirá al Ministerio de Protección Social y a la Superintendencia Nacional de Salud establecer nuevos mecanismos de vigilancia para que las EPS y EPS-S cumplan con la debida atención a los afiliados.

En concepto de este organismo, es hora de que se cree la figura del Defensor del Paciente en cada una de las entidades aseguradoras, para que los usuarios no se sientan tan "desprotegidos en sus derechos de acceder a la salud" y las EPS dejen la terquedad a un lado.

El 90 por ciento de las tutelas por no cumplir con el POS es contra las entidades públicas, las que se han interpuesto contra EPS privadas tienen que ver con aspectos contemplados en el POS que no reúnen el requisito de semanas mínimas de cotización para tener derecho al servicio.

Cuando no cumple con la exigencia legal de un mínimo período de aportes para determinados eventos que aparecen en el POS, el afiliado no está cubierto y hay negación del servicio.

Aunque el porcentaje de tutelas al sector de las Empresas Solidarias de Salud (ESS) por no cumplir con el POS es bajo, frente al reportado para el régimen contributivo, la meta tiene que ser llevarlo a cero.

¹³ El artículo 164 de la ley 100 de 1993, determina que el acceso a los servicios de alto costo puede estar sujeto a periodos mínimos de cotización, que no pueden exceder las 100 semanas de afiliación al sistema, de las cuales al menos 26 semanas deben haber sido pagadas en el último año. Para periodos inferiores de cotización, el acceso requiere de un pago de acuerdo con las condiciones socioeconómicas del afiliado.

No deberían presentarse tutelas para cumplir con lo que manda el POS. En este evento, aunque esto puede tener algún efecto financiero en las entidades implicadas, el aseguramiento cubre el gasto que se derive del fallo del juez. No obstante, es necesario conocer en detalle cada caso de tutela para saber con precisión si el fallo corresponde a lo contemplado en el POS o si ordena cubrir eventos que están por fuera de este.

Como se analiza en presente artículo, se observa una tendencia al incremento en el número de tutelas instauradas; podría afirmarse que, con la entrada en vigor de los comités técnicos científicos, la decisión de cuándo se debe entregar un medicamento no contemplado en el POS o en el POS-S debería haber logrado que muchas solicitudes no fueran tramitadas ante los juzgados, pero en la práctica esto no se dio.

De igual manera la situación en relación con la posibilidad de la población de recibir procedimientos e intervenciones no contempladas en el POS y POS-S, es mucho más preocupante, porque no se tiene previsto para estos eventos el mecanismo instaurado para el suministro de medicamentos a través del cual el usuario tiene una instancia anterior a la acción de tutela, trámite que, si bien es importante para el usuario como mecanismo de protección, significa en primera instancia un desgaste ante un derecho que debería ser garantizado por lo menos en los términos concebidos constitucionalmente. Cabe preguntarse ¿Es la tutela un mecanismo alternativo de acceso a servicios de salud en Colombia? La respuesta es afirmativa en las circunstancias actuales de prestación de los servicios de salud. Es claro que las coberturas de aseguramiento al sistema general en salud no han alcanzado las metas esperadas, es decir, en la cobertura de salud del ciento por ciento para todos los ciudadanos, siguen existiendo diferencias en los paquetes básicos de beneficios ofrecidos en el régimen contributivo en relación con los contemplados para el régimen subsidiado y no es clara la prioridad del gobierno en igualarlos.

CONCLUSIONES

Aún después de aprobada la ley 100, el sistema no cumple con los estándares de calidad propuestos en un comienzo, ya que se puede comprobar que la atención no es oportuna como lo revelan las estadísticas del ECV realizada por el DANE, la cual arroja un porcentaje de 50.5% de los cotizantes y el 50.4% de los beneficiarios fueron atendidos después de ocho días de haber hecho la solicitud de consulta para médico especialista, para medicina general disminuyó el porcentaje de espera siendo este de 17.3% para cotizantes y de 25.7% para beneficiarios, sin embargo este contraste de porcentajes revelan que a medida que el usuario requiere de una atención para casos mas complejos la capacidad en la atención disminuye, como es el caso de los niveles II encargados de los exámenes de diagnósticos, de contraste y el nivel III que permite el acceso a las UCI (unidades de cuidados intensivos), y a los tratamientos de enfermedades de alto costo.

No se puede desconocer que los recursos para el acceso a servicios de salud han aumentado en los últimos años y se encuentran en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; este aumento se ve reflejado en el aumento de la cobertura de la población colombiana y en la creación de muchas EPS, sin embargo esta cobertura no es de manera homogénea sino concentrada en las principales ciudades lo que atenta contra el principio de universalidad, los recursos no están siendo aprovechados adecuadamente para estimular la demanda del servicio de salud sino que estos recursos no llegan al 50% de población debido a que hace que se concentren en las entidades intermediarias de servicios o EPS y que no se destinen en su mayor parte a las entidades prestadoras de servicios o IPS. Ello tiene como consecuencia la quiebra y posterior privatización de la red pública de hospitales.

El acceso a servicios de salud mediante el mecanismo de aseguramiento no se encuentra garantizado para más del 40% de la población colombiana, discrimina a la población pobre por razones socioeconómicas, geográficas, y sexo.

Muchos colombianos no puedan acceder a los servicios de salud ofrecidos por las EPS a causa del desempleo que no permite la vinculación de nuevos afiliados. Es así como la mitad de los no afiliados argumentan su condición por falta de dinero.

El énfasis del actual sistema de salud se encuentra en la parte curativa contrario a la tendencia mundial dominante que ha demostrado la necesidad de concentrar las acciones en la parte de promoción y prevención.

Para mejorar las condiciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud el Estado debe intervenir el mercado en servicios sociales, como ente director y orientador, para evitar el desvío del gasto público en salud.

En muchos casos existen poblaciones de bajo nivel socioeconómico donde los usuarios tienden a ser menos exigentes de la calidad, mientras que otras instalaciones con poblaciones más exigentes definen estándares mucho más bajos de su potencial.

En cuanto al estado de salud de una persona y la incertidumbre en el "mercado de la salud" se utiliza el prorrateo del riesgo en diferentes ámbitos (personal, familiar o comunitario) y asegurar a futuro la protección financiera de la economía del individuo que cayó enfermo, a través de un auto aseguro o de un plan de seguros en salud es instrumento idóneo para llevar a cabo el principio de solidaridad y el manejo eficiente de la política social.

Se puede decir que el SGSSS es la solución al problema de salud, pero tampoco podemos decir que no ha mejorado el nivel de calidad y de atención. Es necesario que el SGSSS sea modificado para evitar que los recursos asignados por el Estado no se queden en los intermediarios de la prestación del servicio y llegue de una forma más efectiva al usuario.

RECOMENDACIONES

El Estado Colombiano se debe decidir por esa dicotomía de la definición de la salud, derecho de los pobres y el negocio y mercancía de los entes económicos. El estado no debe ser el regulador del mercado, le debe garantizar la salud a todos los colombianos y todo extranjero que pise tierra colombiana. Evitar la tramitología en la gobernación, sino asumir la responsabilidad civil por fallas en el sistema.

Se deben de mejorar los siguientes indicadores:

1. Equidad en Salud. (Un principio a tener en cuenta)
2. Salud y calidad de vida. (Un enunciado. ¿Qué se exige? Mejor la salud como condición necesaria para la conservación y defensa de la vida)
3. Más oportunidades para los discapacitados. (En salud ¿cuáles oportunidades? Hay que exigir el acceso y la atención preferente y especializada)
4. Reducir las enfermedades crónicas.
5. Disminuir las enfermedades transmisibles. Enfatizar en las de transmisión sexual y muy en particular, los afectados por el VIH / SIDA. Definir claramente el tratamiento y los accesos a los medicamentos, y el asunto de los genéricos y las patentes.)
6. Adulto mayor saludable. Población para atención y protección en salud y seguridad social. Sector vulnerable)
7. Salud infantil y juvenil garantizadas. Otros altamente prioritarios.)
8. Priorizar la Salud de las mujeres. Planificación familiar, prenatal, parto, Menopausia, Detección temprana de cáncer de cervix y senos. (Dentro de ellas preferentemente las pobres cabeza de familia)
9. Reducir las enfermedades cardiovasculares. (Priorizar las más prevalentes y socialmente más perjudiciales)
10. Control y tratamiento del cáncer. (Que se incluyan en el POS sin limitación, ni exclusión por tipos de enfermedad.)
11. Disminuir los accidentes prevenibles. (Salud ocupacional, campañas de seguridad)
12. Disminuir la mortalidad por suicidios; prevención de la salud mental. (La salud no previene lo que se previene son las condiciones que la hacen deteriorar. Para el suicidio es necesario cambiar las condiciones económico- sociales y las psicológicas, además de las culturales. La presencia de sectas satánicas y otras ideologías extrañas, parecen estar asociadas al fenómeno, lo mismo por efecto de la transformaciones de la familia tradicional y la violencia intra familiar)
13. Utilizar políticas saludables concertadas con la comunidad. (Participación ciudadana en las políticas, planes, y programas así como en el seguimiento y control de los mismos.)
14. Fomentar estilos de vida saludables. (Los estilos de vida son relativos a las distintas culturas y hábitos de las poblaciones y están marcados por las diferencias

- sociales y económicas. Van también con el libre desarrollo de la personalidad.)
15. Prevención y disminución de la fármaco dependencia. (Ligada a la legalización de las drogas y al control de su tráfico por mafias privadas. Estimular terapias no represivas.)
 16. Políticas de protección a la educación, salud, trabajo, medio ambiente, calidad de agua, y aire. (En síntesis el respeto al ambiente sano, y sostenible)

BIBLIOGRAFÍA

Arango JI. La Seguridad Social en Salud, 1996-1997. Una mirada financiera. OPS.

ASCOFAME. Recurso Humano en Medicina. Bogotá;2000.

Chávez B., Montoya, A., Estrada, A, (1999) Impacto de la Reforma de la Seguridad Social sobre la Organización Institucional y la Prestación de los Servicios de Salud en Colombia. Facultad de Salud Pública, Universidad de Antioquia Medellín: L. Vieco e Hijas, Ltda.;1999.

Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993. Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá, diciembre 23 de 1993.

DANE. Encuesta 94 – 95, actualizada a 1998;2000.

DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida-1997. En: Cardona A, Nieto E, Arbeláez M, Agudelo H,

Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996. Por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema de Seguridad Social en Salud. Ministerio de la Protección Social, República de Colombia.

Esguerra, R. Reforma en Salud una respuesta a la equidad? X. Jornadas de Epidemiología, Cali, Colombia;11-13 Octubre, 2000.

Fundación Social. Las formas de contratación entre prestadoras y administradoras de salud. Sus perspectivas en el nuevo marco de la seguridad social. Bogotá, 1995.

Infante A, Isaza P. La reforma sanitaria en Colombia: lecciones de una experiencia. Revista de Administración Sanitaria Volumen 1 Págs.: 47-49.

Instituto de Seguros Sociales, documento "Valuación Actuarial de los regímenes de seguridad social contenidos en la ley 100 de 1993", marzo 1998.

Jaramillo Pérez I. El futuro de la salud en Colombia. Bogotá, FESCOL, 1994.

Luengas S. La acreditación en el ámbito internacional y en Colombia. Documento de trabajo de la Dirección General de Calidad del Instituto de los Seguros Sociales,

Bogotá, 1997; 5-15.

Málaga H. Perspectivas de la Epidemiología en la Reforma de la Seguridad Social. Revista de Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia; 1999. 1 (2): 128–136.

Mejía S, Vélez A, Buriticá O, Arango M, Del Río J. Evaluación de la política en términos de Accesibilidad y Uso Racional en Colombia, Manizales; 1999.

Ministerio de la Protección Social. Análisis de la Ejecución de las Actividades de Promoción y Prevención en las Entidades Promotoras de Salud, vigencia 1997.

Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción y Prevención; 1998, 1999.

Ministerio de la Protección Social. Informe de actividades 1999–2000 al Honorable Congreso de la República. MINSALUD; 2000.

Ministerio de la Protección Social. Medicamentos a los que Usted tiene derecho en el Sistema General de Seguridad Social; 1998.

OPS Colombia, 1988. Encuesta de Calidad de vida. Módulo F Salud, (1997). En Giraldo JC. 2000, Primera Encuesta Nacional de Calidad en Salud percibida por los usuarios. Defensoría del Pueblo. Bogotá; 1997.

Patiño JF. Prólogo. En: Roselli D, Otero A, Heller D, Calderón M, Moreno I, Pérez A, La Medicina Especializada en Colombia, una aproximación diagnóstica. Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 2000.

Promoción de la Salud: Como Construir Vida Saludable. Bogotá: Ed. Médica Panamericana; 2000

Superintendencia Nacional de Salud. (2000) Registro de Afiliados al Régimen Contributivo de Salud.

Superintendencia Nacional de Salud, Oficina Sanitaria Panamericana. Indicadores de Cobertura 1999,

Superintendencia de Subsidio Familiar. Circular a directores administrativos de cajas de compensación. Diciembre de 1994.

Superintendencia Nacional de Salud. Circular 037 de 1994 a representantes legales, juntas directivas e instituciones interesadas en obtener la autorización y certificado de funcionamiento como entidades promotoras de salud.

Vivas J, Tarazona E, Caballero C, Marrero N. (1988) El Sistema Nacional de Salud. FEDESARROLLO

Vargas JE, Sarmiento A. Descentralización de los Servicios de Educación y Salud en Colombia, 1997.