

Documentos de trabajo PROESA

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA

Luis Alberto Tafur Calderon, MD ESP.
Sergio I. Prada, MPA, PhD.

Documentos PROESA #19

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA

Luis Alberto Tafur Calderón, MD ESP.

Sergio I. Prada, MPA, PhD

Documentos PROESA #19

Esta versión: 27 de febrero de 2019

DOCUMENTOS PROESA

ISSN: 2256-4128

Febrero de 2019

Comité Editorial:

Ramiro Guerrero, Ms

Sergio I. Prada, PhD

Victoria E. Soto, PhD

Yuri Takeuchi, MD

PROESA – Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud
CI 18 # 122-135 Universidad Icesi Casa Rocha segundo piso
Tel: +57(2)3212092 Cali Colombia
www.icesi.edu.co/proesa/es/

THE COLOMBIAN HEALTH SYSTEM

Luis Alberto Tafur Calderón, MD ESP¹

Sergio I. Prada² MPA, PhD

Febrero 27, 2019

Abstract

This paper gives a general overview of the Colombian Health System. It describes the main institutions at the national level and what they do, enrollment rules, characteristics of its insurance model, benefit packages, providers, and its regulation. Also, it discusses the national Policy on Coordinated Healthcare, human resources and information systems. It concludes discussing current problems.

Key words: Colombia, Health Systems, Governance, Health Insurance

JEL Classification: I10, I13, I18

¹ Consultant, at PROESA.

² Deputy Director at PROESA & Professor Universidad Icesi, Facultad Ciencias Administrativas y Económicas, Departamento de Economía, Calle

EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD DE COLOMBIA

Luis Alberto Tafur Calderón, MD ESP³
Sergio I. Prada⁴ MPA, PhD

Febrero 27, 2019

Resumen

Este documento presenta un panorama general del sistema de salud colombiano. El documento describe las principales instituciones del nivel nacional y sus funciones, las reglas de afiliación, las características del modelo de aseguramiento, los planes de beneficios, las instituciones prestadoras de servicios, la regulación en materia de inspección, vigilancia y control. También discute la Política de Atención Integral de Salud (PAIS), la formación de talento humano y los sistemas de información. Concluye con una discusión acerca de los problemas del sistema.

Palabras clave: Colombia, Sistema de Salud, Gobernanza, Aseguramiento

Clasificación JEL: I10, I13, I18

³ Consultor, Universidad Icesi, Centro PROESA, Calle 18 No. 122 -135, Cali, Colombia

⁴ Director (E) y Profesor Universidad Icesi, Centro PROESA, Calle 18 No. 122 -135, Cali, Colombia

CONTENIDO

1.	ANTECEDENTES.....	6
2.	EL MODELO ACTUAL.....	6
2.1	INSTITUCIONES NACIONALES	7
2.2	AFILIACIÓN.....	8
2.3	EL ASEGURAMIENTO.....	9
2.3.1	Régimen Contributivo	9
2.3.2	Régimen Subsidiado.....	12
2.3.3	No Afiliados.....	15
2.3.4	Cuenta De Alto Costo.....	15
2.4	PLANES DE BENEFICIOS	16
2.4.1	Promoción y Prevención.....	17
2.5	INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS	18
2.5.1	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	19
2.6	INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL.....	21
3.	POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)	22
4.	TALENTO HUMANO EN SALUD.....	25
5.	SISTEMA DE INFORMACIÓN	28
6.	LOS PROBLEMAS DEL SISTEMA	29
7.	BIBLIOGRAFIA	32

1. ANTECEDENTES

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia, definido por la Ley 100 de 1993 y reformado por las Leyes 1122 de 2007, 1438 de 2011, la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, Ley 1751 de 2015 (Estatutaria de Salud), 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018) y 1797 de 2016, está basado en un modelo de aseguramiento de la población contra los riesgos financieros de atención de la enfermedad, reflejado en los regímenes Contributivo y Subsidiado, con la existencia simultánea de regímenes de excepción para las fuerzas militares y de policía y especiales para el Magisterio, trabajadores de Ecopetrol y ocho Universidades Públicas.

Antes de la expedición de la Ley 100 en Colombia de 1993 existían tres sistemas, creados siguiendo el modelo alemán de Bismarck de aseguramiento de los trabajadores de bajos ingresos, financiado con base en los salarios, el modelo inglés de Beveridge, financiado con impuestos, dirigido a la población no asegurada, orientado a cubrir las contingencias de la vida diaria y el sistema privado basado en seguros voluntarios. Los sistemas existentes eran:

- El de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos. Simultáneamente, el de subsidio familiar creado por la Asociación Nacional de Industriales, organizado por las Cajas de Compensación Familiar, el cual brindaba servicios de salud a las familias de los trabajadores del sector privado hasta 1990, ampliado al sector público posteriormente, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud (el usuario cancelaba una proporción del costo de acuerdo con sus ingresos, siendo subsidiados los de menos de 4 salarios mínimos equivalentes).
- El Sistema Nacional de Salud, organizado por Servicios seccionales de salud que respondían a los entes territoriales departamentales o su equivalente y por Unidades Regionales de Salud que tomaban en cuenta vecindad territorial municipal pero ignorando la organización administrativa de los municipios, Sistema que brindaba los servicios de salud para el resto de colombianos no afiliados a la seguridad social, con accesibilidad restringida y con financiación de subsidio a la oferta (la asignación de recursos de subsidio a los hospitales para atención de la población), y;
- El sistema privado, conformado por clínicas y seguros privados el cual atendía a la población con capacidad de pago, y a quienes adquirían las pólizas de medicina prepagada, seguros de salud o la consulta privada.

2. EL MODELO ACTUAL

La Ley 100 de 1993 fue el resultado de la mezcla de dos visiones de la seguridad social (de Bismarck y neoliberalismo) y de la influencia del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial (1). Adoptó el modelo de pluralismo estructurado propuesto por Frenk y Londoño (2). La Ley creó un seguro de salud universal obligatorio para mejorar la equidad y el rendimiento del gasto público destinado a salud. Este plan social nacional de carácter integral, financiado por una combinación de

contribuciones parafiscales y recaudación fiscal, incluye un régimen contributivo para quienes tienen capacidad de pago y un régimen totalmente subsidiado para los pobres.

2.1 INSTITUCIONES NACIONALES

La Modulación del Sistema, está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), que tiene como objetivos, dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrolla a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirige, orienta, coordina y evalúa el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formula, establece y define los lineamientos relacionados con los sistemas de información de la Protección Social. Sus funciones incluyen formular y evaluar las políticas, planes, programas y proyectos en materia de protección de los usuarios, de promoción y prevención, de aseguramiento en salud y riesgos profesionales, de prestación de servicios y atención primaria, de financiamiento y de sistemas de información, así como los demás componentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud así como formular, adoptar y evaluar la política farmacéutica, de medicamentos, de dispositivos, de insumos y tecnología biomédica, y establecer y desarrollar mecanismos y estrategias dirigidas a optimizar la utilización de los mismos.

Además del MSPS existen cuatro instituciones a nivel nacional que cumplen roles centrales en el ordenamiento y funcionamiento del sistema de salud: el Instituto Nacional de Salud, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

El Instituto Nacional de Salud, INS, (3), el cual tiene como objeto: (i) el desarrollo y la gestión del conocimiento científico en salud y biomedicina para contribuir a mejorar las condiciones de salud de las personas; (ii) realizar investigación científica básica y aplicada en salud y biomedicina; (iii) la promoción de la investigación científica, la innovación y la formulación de estudios de acuerdo con las prioridades de salud pública de conocimiento del Instituto; (iv) la vigilancia y seguridad sanitaria en los temas de su competencia; la producción de insumos biológicos; y (v) actuar como laboratorio nacional de referencia y coordinador de las redes especiales, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud y del Sistema de Ciencia, Tecnología e Innovación.

El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y alimentos, INVIMA, cuyas funciones son de inspección, vigilancia y control a los establecimientos productores y comercializadores de los productos a que hace referencia el Artículo 245 de la Ley 100 de 1993 (4) (medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médico-quirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva).

El artículo 92 de La Ley 1438 de 2011(5), autorizó al Ministerio de la Protección Social, la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) como una corporación sin ánimo de lucro de naturaleza mixta, de la cual podrán hacer parte, entre otros, las sociedades científicas y la Academia Nacional de Medicina. Esta entidad es responsable de la evaluación de tecnologías en salud basada en la evidencia científica, guías y protocolos sobre procedimientos, medicamentos y tratamiento de acuerdo con los contenidos del Plan de Beneficios, sus orientaciones son un referente para la definición de planes de beneficios, para los conceptos técnicos de los Comités científicos y la Junta Técnico Científico y para los prestadores de los servicios de salud. Los objetivos del IETS son: 1. Evaluar las tecnologías en materia de salud, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: seguridad, eficacia, eficiencia, efectividad, utilidad e impacto económico. 2. Consultar las evaluaciones de tecnologías con Centros de Evaluación acreditados para la evaluación de tecnologías médicas nacionales e internacionales, y; 3. Articular la evaluación de los medios técnicos y de procedimientos para la promoción y atención en salud en sus fases de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y su impacto en la reducción de la morbilidad y mortalidad del país, así como el impacto potencial por la adopción de nuevas tecnologías. El IETS ha tenido un impacto positivo en la eficiencia y legitimidad del sector salud. Entre los trabajos realizados por la institución (6) se destacan la evaluación de 115 medicamentos, dispositivos y servicios de salud; los conceptos de la inclusión en el Plan de Beneficios de 21 nuevos tratamientos contra el cáncer y 35 nuevos usos para la laparoscopia; la propuesta para hacer financieramente viable el acceso a tratamientos de reproducción asistida para parejas con problemas de fertilidad; los análisis para la creación del impuesto al tabaco, y la instalación de cardio desfibriladores en lugares de alta afluencia.

La administración de los recursos está centralizada principalmente en la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, creada por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 (Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018), la cual inició funciones el 1 de Agosto de 2017, en reemplazo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), cuenta fiduciaria administrada por la Dirección de Administración de Fondos de la Seguridad Social del Ministerio de Salud y la Protección Social.

2.2 AFILIACIÓN

La afiliación al SGSSS es obligatoria para todos los residentes en Colombia. Esta obligatoriedad incluye a los extranjeros residentes con o sin contratos de trabajo en el país, quienes deben cumplir con los requisitos definidos en las normas. El Decreto 2353 de 2015, incorporado en el Decreto 780 de 2016 (7), reglamentario del sector salud, creó el sistema de Afiliación Transaccional (SAT) y definió Afiliación como el acto de ingreso al Sistema General de Seguridad Social en Salud que se realiza a través del registro en el Sistema de Afiliación Transaccional, por una única vez, y de la inscripción en una Entidad Promotora de Salud – EPS o Entidad Obligada a Compensar – EOC. Esta definición significa que una persona residente en Colombia, realiza la afiliación al Sistema una única vez y se inscribe en una aseguradora, ya sea del régimen contributivo o del subsidiado, según su capacidad de pago e ingresos. El mismo decreto, define los movimientos que se pueden realizar en el sistema, de tal forma que Movilidad se refiere a cambio de régimen, traslado a cambio de aseguradora y portabilidad a cambio de lugar de atención en la red de prestadores. Para ampliación de la información de afiliación se recomienda revisar Caceres y Prada (2017) (8).

2.3 EL ASEGURAMIENTO

La Ley 1122 de 2007(9) definió aseguramiento en salud como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con prestar a sus afiliados las actividades, procedimientos y tecnologías definidas en los Planes Obligatorios de Salud (POS) hasta febrero de 2017 y posteriormente las incluidas en los Planes de Beneficios con cargo a la UPC (PBUPC), contenidas en la Resolución 5867 de 2018 para 2019. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento.

La administración de los seguros del riesgo financiero de enfermar está delegada en las EPS del régimen contributivo y en las del Régimen Subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas. El Sistema reconoce como “prima” de aseguramiento, la denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), que toma en cuenta edad, sexo y sitio de residencia de la población pero en el régimen subsidiado equivale al 92.29% de la del régimen contributivo para el año 2019 (10) y reconoce un porcentaje adicional para territorios de difícil acceso y algunas ciudades.

2.3.1 Régimen Contributivo

En el régimen contributivo la financiación del sistema incluye el pago de cotizaciones por la población con ingresos y capacidad de pago. Deben inscribirse las personas con capacidad de pago originada en ingresos provenientes de una relación laboral donde cotizan el empleador y el trabajador, los trabajadores independientes ya sea por trabajar por cuenta propia y no tener vinculación laboral o por trabajar bajo órdenes de prestación de servicios con pago por honorarios, los pensionados cuyos aportes los debe hacer el Fondo de Pensiones a cargo de la mesada, los rentistas de capital y los aprendices cuyo aporte lo hacen las empresas. La financiación de este régimen se hacía exclusivamente con los recursos de las cotizaciones de los afiliados hasta diciembre de 2013. A partir de enero de 2014, los empleadores con más de un trabajador, y con trabajadores con salario inferior al equivalente a 10 salarios mínimos mensuales vigentes no cotizan el 8.5%. La cotización del 8,5% en ese caso, fue a cargo del Impuesto para la equidad (CREE) hasta la expedición de la Ley 1819 de 2016 o Reforma Tributaria (11), la cual creó la exoneración de aportes para ese grupo de empleadores y estableció como fuente el impuesto a la renta. Los responsables del pago son los aportantes quienes deben diligenciar la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA). Esta planilla permite el pago de los aportes de salud, pensiones, riesgos laborales, y parafiscales como son Caja de compensación familiar, SENA, ICBF. Los responsables del diligenciamiento de la planilla y del pago de los aportes, se denominan aportantes. Los aportantes son los empleadores, los trabajadores independientes, los fondos de pensiones, entidades con régimen especial o de excepción, las cooperativas, las misiones diplomáticas, las organizaciones administradoras del programa de hogares de Bienestar Familiar y los pagadores de aportes de contratos sindicales y de concejos municipales. El núcleo familiar incluye como beneficiarios al cónyuge, los hijos dependientes económicamente hasta los 25 años de edad, los que tienen incapacidad permanente y los menores hijos de beneficiarios dependientes económicamente y los adoptivos. A diciembre de 2018, estaban afiliados al régimen contributivo 22.378.384 personas (12).

2.3.1.1 Unidad de Pago por capitación

Las aseguradoras son las EPS las cuales reciben la Unidad de Pago por Capitación (UPC), valor definido anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social que toma en cuenta la edad y el sexo de los afiliados cotizantes y beneficiarios, la ciudad y la región, además de la EPS según el número de pacientes con enfermedades de alto costo en relación con el total de EPS. Los ingresos de las EPS están determinados por el número de afiliados multiplicado por el valor de la UPC, valor reconocido por el Sistema mediante el proceso de compensación realizado por la ADRES, en el cual la ADRES compara el número de inscritos en la EPS multiplicado por la UPC correspondiente, con el valor recaudado por cotizaciones en el mes. Si lo cotizado es superior al valor de las UPC, retiene la diferencia; si es inferior, gira a la EPS. Adicionalmente, pertenecen a ellas las cuotas moderadoras, que pagan los afiliados y sus beneficiarios por servicios ambulatorios y los copagos que deben hacer los beneficiarios por procedimientos u hospitalizaciones. En el RC hay 14 EPS y dos entidades adaptadas (Entidades que antes de la Ley 100 eran Cajas de Previsión y se adaptaron al Sistema): Fondo Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y Empresas Públicas de Medellín.

El listado de EPS del RC es el siguiente (13):

	CÓDIGO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	NOMBRE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
1	EPS 001	ALINSALUD Entidad Promotora De Salud S.A.
2	EPS 002	SALUD TOTAL S.A. Entidad Promotora De Salud
3	EPS 003	Cafesalud EPS
4	EPS 005	Entidad Promotora de Salud Sanitas
5	EPS 008	Compensar Entidad Promotora De Salud
6	EPS 010	Sura EPS
7	EPS 012	Comfenalco Valle EPS
8	EPS 016	Coomeva EPS S.A.
9	EPS 017	EPS Famisanar Ltda
10	EPS 018	Entidad Promotora De Salud Servicio Occidental De Salud S.A. S.O.S
11	EPS 023	CRUZ BLANCA Entidad Promotora De Salud S.A.
12	EPS 033	SALUD VIDA S.A. Entidad Promotora De Salud
13	EPS 037	Nueva EPS S.A.
14	EPS 044	Medimas
15	EAS 016	Fondo Pasivo Social De Ferrocarriles Nacionales De Colombia
16	EAS 027	Empresas Públicas De Medellín

En el sistema existen entidades con régimen especial. Son los servicios de salud de las fuerzas militares y de la policía, por tener un riesgo diferente a la población general. También hay entidades con Régimen de excepción, creado por la Ley 647 de 2001 (14), que tienen 8 universidades públicas. Además, son servicios de salud de régimen de excepción el del magisterio y el de Ecopetrol. Los afiliados a estos servicios de salud tienen un plan de beneficios que generalmente es superior al contenido del PBUPC. A diciembre de 2018 estos servicios de salud tenían 2.138.117 personas afiliadas (11).

UNIVERSIDADES CON RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN DE SALUD	
<u>1</u>	Universidad del Atlántico
<u>2</u>	Universidad de Antioquia
<u>3</u>	Universidad de Cartagena
<u>4</u>	Universidad Militar Nueva Granada
<u>5</u>	Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Tunja – Boyacá)
<u>6</u>	Universidad del Cauca
<u>7</u>	Universidad del Valle
<u>8</u>	Universidad Industrial de Santander

Las EPS tienen como responsabilidad prestar el Plan de Beneficios con cargo a la UPC a los cotizantes y beneficiarios y reconocer las incapacidades mayores a 2 días y las licencias por maternidad y paternidad a los cotizantes.

La Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud (15), definió a la salud como un derecho fundamental; el objetivo es la integralidad y equidad en el acceso a los servicios. La acción regulatoria se dirige hacia garantizar un acceso integral y equitativo, mediante la conjunción de los objetivos, procesos de atención y mecanismos financieros en el bienestar del individuo y la preservación de su mejor estado de salud. La estructura institucional derivada de la Ley 100 de 1993 debe adaptarse a los objetivos planteados por la Ley Estatutaria.

La Ley Estatutaria estableció la autonomía profesional la cual le permite al médico tratante decidir sobre el tratamiento que se debe dar al paciente, sin necesidad de autorizaciones administrativas. El artículo 15 de la Ley 1751 entró en vigencia el 17 de Febrero de 2017 y establece la supresión definitiva de los Comités Técnico Científico para la autorización de los procedimientos, intervenciones, medicamentos y procedimientos no incluidos en el plan de beneficios y otorga al médico tratante autonomía para que mediante el aplicativo MIPRES pueda elaborar la prescripción y enviarla a la EPS la cual debe suministrar al paciente los servicios o tecnologías ordenados (medicamentos, procedimientos, dispositivos médicos, productos nutricionales o servicios complementarios). El Ministerio de Salud y Protección Social emitió la Resolución 5857 de 2018 (16), “Por la cual se actualiza integralmente el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (PBUPC)”.

Las EPS deben trasladar a la ADRES el porcentaje definido para la financiación del Régimen Subsidiado (1,0% del IBC de los cotizantes activos laboralmente y de los pensionados, y 1,5% de los cotizantes de los Regímenes Especiales y de Excepción según la Decreto 2265 de 2017(17)) En el proceso de compensación, la ADRES, para cada periodo, reconoce a las EPS y EOC, un valor per cápita, definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, para la financiación de actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad. La Resolución 5858 de 2018 del Ministerio de Salud (9), fijó en \$ 67,09 diarios el valor a reconocer por este concepto en 2019. Los afiliados al Régimen Contributivo deben cancelar cuotas moderadoras cuando utilizan los servicios ambulatorios y copagos (sólo los beneficiarios) cuando se les realizan procedimientos o son hospitalizados. Estos recursos pertenecen a las EPS.

2.3.1.2 Planes Voluntarios de salud

Las personas afiliadas al Régimen Contributivo pueden adquirir los denominados planes voluntarios de salud, financiados con sus propios recursos, entre los cuales se encuentran Planes de atención complementaria del PBUPC emitidos por las EPS, Planes de Medicina Prepagada, de atención pre-hospitalaria o servicios de ambulancia prepagada, emitidos por entidades de Medicina Prepagada, Pólizas de seguros emitidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera y otros planes autorizados por la Superintendencia Financiera y la Superintendencia Nacional de Salud. Estos planes ofrecen facilidades de acceso a especialistas y a procedimientos e intervenciones adicionales en hotelería y tecnología al PBUPC. Tienen examen de ingreso y no cubren preexistencias. Se estima en el 5% de la población a los usuarios de estos planes voluntarios.

El Artículo 156 de la Ley 1151 de 2007 (18), creó la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social, UGPP, adscrita al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Entre las tareas de esta unidad se encuentran las de seguimiento, colaboración y determinación de la adecuada, completa y oportuna liquidación y pago de las contribuciones parafiscales de la Protección Social. Para este efecto, la UGPP recibirá los hallazgos que le deberán enviar las entidades que administran sistemas de información de contribuciones parafiscales de la Protección Social y podrá solicitar de los empleadores, afiliados, beneficiarios y demás actores administradores de estos recursos parafiscales, la información que estime conveniente para establecer la ocurrencia de los hechos generadores de las obligaciones definidas por la ley, respecto de tales recursos. Esta misma función tendrán las administraciones públicas. Igualmente, la UGPP podrá ejercer funciones de cobro coactivo en armonía con las demás entidades administradoras de estos recursos.

2.3.2 Régimen Subsidiado

En este régimen, los inscritos en las EPS-S reciben un subsidio a la demanda, representado en el pago de la UPCS por el Estado. De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2058 de 2018 (19), en el régimen Subsidiado se afilian: 1. las personas identificadas en los niveles I y II del SISBEN, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social; (El SISBEN es el Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales Esta es una herramienta de identificación, que organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular). 2. Las personas identificadas en el nivel III del SISBEN, y que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado, 3. Las personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas; 4. La población infantil a cargo del ICBF y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.; 5. Los menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, 6. La población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF; 7. Las Comunidades indígenas. 8. La población desmovilizada; 9. Los adultos mayores en centros de protección; 10. La población Rom.; 11. Las personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos; 12. Las víctimas del conflicto armado; 13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal; 14. Población migrante colombiana repatriada o que ha retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y su núcleo familiar; 15. Población habitante de calle; 16. Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil

Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpo de bomberos, así como su núcleo familiar, y, 17. Personas con discapacidad en centros de protección. Las entidades responsables de la identificación del listado anterior, se encuentran descritas en el Anexo 1 (18).

El núcleo familiar incluye como beneficiarios al cónyuge, los hijos dependientes económicamente hasta los 25 años de edad, los que tienen incapacidad permanente, nietos de los dos cónyuges o del compañero, hijos de menores de 25 años estudiantes y los menores residentes en el mismo hogar a cargo de cualquiera de los dos cónyuges. Cuando utilizan los servicios de salud, los afiliados al RS cancelan copagos en los casos de procedimientos y hospitalizaciones diferentes a enfermedades de alto costo y cuando tienen clasificación SISBEN superior al nivel 1. A diciembre de 2018 habían afiliadas a este régimen 22.658.208 personas (11).

2.3.2.1 Financiación del Régimen Subsidiado

La financiación del régimen Subsidiado se hace con base en recursos provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) definido por la Ley 715 de 2001, que transfiere a los entes territoriales dineros para la financiación de salud y educación. Según lo definido por la Ley 1797 de 2016 (20) que dicta disposiciones que regulan la operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de lo destinado a salud, el 80% está dirigido a la afiliación al Régimen Subsidiado. Las Cajas de Compensación Familiar (CCF) deben destinar el 5 o el 10% de lo recaudado por subsidio según lo definido por el artículo 217 la Ley 100 de 1993 (19), recursos que destinaban las CCF al subsidio a la demanda de servicios de salud (el usuario cancelaba una proporción del costo de acuerdo con los ingresos, siendo subsidiados los de menos de 4 salarios mínimos equivalentes) por las familias de los trabajadores afiliados; los procedentes del régimen contributivo en el porcentaje definido para solidaridad, las rentas cedidas (impuestos a las cervezas, licores, cigarrillos y apuestas), las regalías, impuestos a las armas y municiones y recursos de entes territoriales. Las entidades aseguradoras son las EPS-S pueden ser: las CCF que administren sus propios recursos o remiten a la ADRES el valor definido por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 (21), las EPS Indígenas cuyos afiliados deben ser como mínimo el 60% población indígena y tienen cobertura nacional, las EPS con programa subsidiado y las Empresas Solidarias de Salud. Estas entidades deben realizar contratos con los entes territoriales cuyo valor corresponde al valor de la UPC subsidiada multiplicado por el número de beneficiarios de subsidio y deben destinar el 92% de los recursos a la prestación de los servicios definidos en el Plan de beneficios, estando obligados a contratar como mínimo el 60% de estos recursos con Empresas Sociales del Estado (ESE).

Hay 21 EPS-S, que se listan a continuación (12)

Cuadro 1.

ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

	CÓDIGO RÉGIMEN SUBSIDIADO	NOMBRE ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD O CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
1	CCFC09	Comfaboy EPS – CCF de Boyacá
2	CCFC15	COMFACOR EPS-CCF de Córdoba
2	CCFC20	Comfachoco – CCF del Chocó
3	CCFC23	Comfamiliar de la Guajira EPS –CCF
4	CCFC24	Comfamiliar Huila EPS –CCF
5	CCFC27	Comfamiliar Nariño EPS – CCF
6	CCFC33	Comfasucre EPS – CCF de Sucre
7	CCFC53	Comfacundi – CCF de Cundinamarca
8	CCFC55	Cajacopi Atlántico – CCF
9	EPSIC3	Asociación Indígena del Cauca – A.I.C.
10	EPSIC4	Entidad Promotora de Salud “ANAS WAYUU”
11	EPSIC5	Entidad Promotora de Salud Mallamas EPSI
12	EPSIC6	Entidad Promotora de Salud Pijaosalud EPSI
13	ESSC02	Empresa mutual para el desarrollo integral de la salud. E.S.S EMDISALUD
14	ESSC07	Asociación Mutual Ser Empresa Solidaria de Salud ESS
15	ESSC18	Asociación Mutual Empresa Solidaria de Salud ESS de Nariño. EMSSANAR ESS
16	ESSC24	Cooperativa de Salud y Desarrollo Integral de la Zona Sur Oriental de Cartagena Ltda. COOSALUD E.S.S.
17	ESSC33	Cooperativa de Salud Comunitaria “COMPARTA”
18	ESSC62	Asociación Mutual La Esperanza “ASMET SALUD”
19	ESSC76	Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó E.S.S. “AMBUQ”
20	ESSC91	Entidad Cooperativa Solidaria de Salud “ ECOOPSOS”
21	EPSO40	Caja de Compensación familiar de Antioquia. Comfama. Hoy SAVIA SALUD

Con base en lo definido en la Ley 1438 de 2013 en relación con movilidad en el Sistema de Salud, las EPS de ambos regímenes pueden afiliar personas del otro régimen. Es así como las personas afiliadas al régimen subsidiado que se vinculen laboralmente pueden continuar en la EPS-S en la cual están, informando a la EPS-S de su vínculo laboral y a su empleador de su afiliación al RS y las del Régimen Contributivo que queden desempleadas, pueden permanecer en su EPS si tienen clasificación SISBEN nivel I o II, si es su voluntad, informando a la EPS para su afiliación al RS.

El Plan de Beneficios con cargo a la UPC-S incluye las mismas actividades del Plan de Beneficios del Régimen contributivo. El cálculo de la UPC para cada régimen incluye variables que miden el riesgo en salud y financiero, el costo de las prestaciones en salud y la frecuencia de uso. De igual forma debido a que el régimen subsidiado no otorga el beneficio de pago por incapacidades o por licencias de maternidad, el gobierno reconoce un porcentaje inferior de gastos de administración a las EPS-S

(10% a las EPS Contributivas y 8% a las EPS subsidiadas). La UPC para 2019 es inferior (\$847.180,80 vs \$787.327,20) a la del contributivo (8). La diferencia en la UPC de ambos regímenes esta explicada por diferencias en las variables de cálculo y en el gasto de administración reconocido, y no por diferencias en la cobertura del Plan de Beneficios dado que este es igual para ambos regímenes. Desde mediados de 2012 el pago de los contratos con los prestadores de servicios de salud se hace por giro directo del Ministerio de Salud al prestador. El Ministerio de Salud ha emitido varias resoluciones mediante las cuales norma el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y de servicios complementarios, para el Régimen Subsidiado (21,22).

2.3.3 No Afiliados

En el país hay una proporción de la población no afiliada al Sistema, definida inicialmente por la Ley 100 de 1993 como población vinculada. La Ley 715 de 2001 especificó la población objeto de afiliación al régimen subsidiado, denominando como población pobre no afiliada a la población con clasificación nivel I o II del SISBEN, la cual se atiende por las ESE financiada con subsidio a la oferta (en este caso, se paga por atención realizada) por los entes territoriales. A diciembre de 2018 se estimaba en 315.150 personas no afiliadas, correspondiente al 5,3% del total de la población de Colombia a esa fecha (11) De ellos, 296.152 personas tenían clasificación Nivel I y 18.998 Nivel II en agosto de 2018 (23), los cuales se consideran prioritarios de afiliación. En este cálculo no se incluyen las personas clasificadas por el SISBEN en los niveles III o superiores, sin afiliación, sin recursos para pagar aportes al sistema, pero quienes al buscar servicios de salud deben pagar tarifas. Esta población, supremamente vulnerable, quienes por residir en viviendas que originan una clasificación SISBEN nivel III o mayor, no son sujeto de subsidio, dependen de la solidaridad familiar o de amigos para el pago de las tarifas que deben pagar al usar los servicios de salud. No se conoce el número de personas en esta situación debido a que no se registra por ninguna entidad.

2.3.4 Cuenta De Alto Costo

El Decreto 2699 de 2007 (24) creó la “cuenta de alto costo”(CAC) con dos subcuentas correspondientes a los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas –alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, administrada financieramente por las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC). La CAC opera como un Fondo autogestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo.

Sus funciones son: Revisar y proponer mecanismos de ajuste por riesgo que técnicamente sean válidos y aplicables en el sistema de salud, compensando la concentración de riesgos que presentan algunas enfermedades basado en mediciones epidemiológicas, objetivas y técnicamente adecuadas que evidencien y reconozcan los ahorros alcanzados por Gestión de riesgos; diseñar procesos para censar los pacientes con patologías de alto costo, construir y ajustar un sistema de información de patologías de alto costo, con estructuras de reporte de información unificadas, construcción de indicadores y evaluación con ellos de las EPS e IPS; Aplicar el mecanismo financiero de redistribución de riesgo, establecido por los Ministerios de Salud y Hacienda para procurar equilibrio entre las EAPB que

operan en el Sistema; evaluar las EPS e IPS y elaborar el ranking de ellas según resultados en salud. La CAC ha logrado (25) estandarización de mediciones en VIH/SIDA, Enfermedad renal Crónica, Hipertensión, Diabetes Mellitus, Cáncer, Hemofilia, para la evaluación por resultados en salud concertados con todos los actores del sistema de salud y ajuste e implementación de programas con enfoque de riesgo para estas patologías con el fin de garantizar mejor calidad de la atención.

2.4 PLANES DE BENEFICIOS

El Sistema contempla cuatro Planes de beneficios: el Plan de Beneficios con cargo a la UPC (PBUPC), la Atención Inicial de Urgencias (AIU), la Atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) y el Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021. El PBUPC se elaboró inicialmente con base en el existente en el ISS definido por el Decreto 1650 de 1977 y adiciones posteriores reflejadas en la Resolución 5274 de 1994 o MAPIPOS la cual tuvo más tarde la inclusión de medicamentos y procedimientos. El Ministerio de Salud revisa anualmente el listado que se tradujo en la Resolución 5857 de 2018 (15). El Sistema establece a las EPS la obligatoriedad de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Beneficios mediante tecnologías, procedimientos e intervenciones los cuales en el pasado no necesariamente habían pasado por una evaluación económica completa. Con la entrada del IETS una parte de las nuevas tecnologías incluidas en el paquete de beneficios son incluidas como respuesta a una evaluación económica sistemática de eficacia, seguridad, costo-efectividad y análisis de impacto presupuestal. No obstante, dado el volumen de nuevas tecnologías que entran al país y la disponibilidad de recursos financieros y humanos para hacer dichas evaluaciones económicas, no todas las tecnologías incluidas han pasado por una evaluación económica completa. Con la entrada en vigencia de la Ley Estatutaria de Salud, los afiliados al Sistema tienen derecho a recibir los tratamientos ordenados por su médico tratante en el marco de la autonomía profesional. El artículo 15 de la Ley Estatutaria (14) establece, que “en todo caso, los recursos públicos asignados a la salud no podrán destinarse a financiar servicios y tecnologías en los que se advierta alguno de los siguientes criterios: a. Que tengan como finalidad principal un propósito cosmético o suntuario no relacionado con la recuperación o mantenimiento de la capacidad funcional o vital de las personas; b. Que no exista evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínica; c. Que no exista evidencia científica sobre su efectividad clínica; d. Que su uso no haya sido autorizado por la autoridad competente; e. Que se encuentren en fase de experimentación; f. Que tengan que ser prestados en el exterior”.

“Los servicios o tecnologías que cumplan con esos criterios serán explícitamente excluidos por el Ministerio de Salud y Protección Social o la autoridad competente que determine la Ley ordinaria, previo un procedimiento técnico-científico, de carácter público, colectivo, participativo y transparente”. La Resolución 244 de 2019 del Ministerio de Salud y de la Protección Social (26) definió el listado”.

La Atención Inicial de Urgencias (AIU) desde la Ley 10 de 1990 es una obligación de las entidades prestadoras de servicios de salud (IPS) y ha sido reglamentada por diversas normas. La Ley Estatutaria de Salud (14) en el artículo 16 estableció que para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud, cuando se trate de atención de urgencia.

La Atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito está regulada por el capítulo IV del Decreto 780 de 2016 (27) del Ministerio de Salud y Protección Social y se financia con recursos del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) y de la ADRES. Brinda una cobertura

financiera equivalente a 800 salarios mínimos diarios (smdv) para la atención de las personas víctimas de accidentes de tránsito o de eventos catastróficos o terrorismo. La cobertura incluye la atención de la víctima con servicios de salud hasta la cobertura de 800 smdv, a cargo del SOAT cuando el seguro está vigente o por la ADRES en los casos de vehículos desconocidos o sin el seguro. Este mismo valor, a cargo de la ADRES es la cobertura para eventos catastróficos u originados en actos terroristas.

El SOAT cubre también el costo del traslado de la víctima desde el sitio del accidente hasta la entidad de atención en salud, por 10 smdmv. Incluye así mismo, indemnización por incapacidad permanente o por muerte. La alta accidentalidad originada por las motos ha llevado a las empresas aseguradoras y a Fasesolda a solicitar un incremento en los valores de los seguros para ese tipo de vehículos. Adicionalmente se han observado conductas corruptas al cobrar algunas IPS por pacientes que no tuvieron ningún accidente de tránsito y lo hacen figurar como tal, así como cobro de procedimientos no realizados buscando agotar el valor máximo reconocido por el SOAT equivalente a 800 salarios mínimos diarios vigentes como tope de cobertura de los servicios de salud prestados al accidentado.

Dentro del plan de beneficios del régimen contributivo para los afiliados llamados cotizantes del sistema, se contemplan las prestaciones económicas por incapacidades médicas y las licencias de maternidad y paternidad (García y Prada 2018) (28).

2.4.1 Promoción y Prevención

En relación con los programas de promoción y prevención y de salud pública, la Ley 1438 de 2013 introdujo como estrategia la atención primaria de salud, la conformación de redes y de equipos básicos de salud. Sin embargo, aún no hay reglamentación al respecto. La Ley Estatutaria de Salud (14) en su artículo 13 establece que el sistema de salud estará organizado en redes integrales de servicios de salud, las cuales podrán ser públicas, privadas o mixtas. Cada EPS tanto del régimen contributivo como del subsidiado tiene sus propios programas, en su mayoría dirigidos a control del riesgo, con énfasis en patologías de alto costo. Las actividades colectivas son responsabilidad del Ministerio de Salud y de los entes territoriales. Se observa énfasis en el programa ampliado de inmunizaciones (PAI) el cual ha logrado coberturas útiles en la mayoría de los biológicos, alcanzando la erradicación de la poliomielitis, sarampión y rubeola. El Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC definido por el artículo 8º de la Resolución 518 de 2015 (29) del Ministerio de Salud y Protección Social estableció que es un plan complementario al Plan Obligatorio de Salud –POS y a otros beneficios, dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, a través de la ejecución de intervenciones colectivas o individuales de alta externalidad en salud, desarrolladas a lo largo del curso de vida, en el marco del derecho a la salud y de lo definido en el Plan Decenal de Salud Pública –PDSP. Según lo establecido en la Resolución 518, la formulación y ejecución del PIC se realizará de manera articulada y complementaria a las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a cargo de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios. En las entidades territoriales con población perteneciente a grupos étnicos, la formulación y ejecución del PIC debe incluir la consulta y concertación, en cumplimiento de la normatividad prevista para el efecto. Sin embargo, no existe coordinación de los Entes territoriales con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), debido principalmente a que estas últimas, especialmente las del Régimen contributivo, no entregan información a los entes territoriales.

El PIC contempla como actividades a contratar: Rehabilitación basada en la comunidad, Prevención y control de vectores, Conformación y fortalecimiento de redes sociales, comunitarias, sectoriales o

intersectoriales; zonas de orientación y centros de escucha; Información en salud; Educación y comunicación para la salud; Intervención de la población trabajadora informal; canalización; caracterización social y ambiental, tamizaje; Jornadas de salud y vacunación antirrábica. En adquisición de insumos contempla biológicos para el PAI y medicamentos.

El Ministerio de Salud y Protección Social diseñó el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021 (30) con consulta a la población, el cual se encuentra en proceso de implementación con responsabilidades de los diferentes actores del sistema.

2.5 INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS

La prestación de servicios de salud se hace a través de los prestadores, los cuales se consideran IPS cuando tienen estructura física, profesionales independientes, transportadores de pacientes y Empresas Sociales del Estado (ESE). Algunas EPS tienen prestadores propios en la denominada integración vertical la cual, según lo definido por la Ley 1122 de 2007, está limitada. La ley les impide a las EPS contratar más del 30% del gasto con las IPS de su red propia.

En el Régimen Subsidiado, las EPS deben contratar el 60% de la UPC-S con las ESE, obligación que se considera no favorece la adecuada gestión de los gerentes y la cual no se cumple por las EPS-S.

Los hospitales públicos se debieron convertir en ESE y su financiación, que se realizaba a través del subsidio a la oferta (la asignación de recursos de subsidio a los hospitales para la atención de la población), se debe hacer mediante la venta de servicios, llevándolas a buscar la autosuficiencia. En Colombia hay 1122 municipios, de ellos, son 6 Distritos, 10 tienen población superior a 500.000 habitantes y 991 tienen menos de 50.000. En estos últimos, más de la mitad tienen un solo prestador de salud, que es la ESE.

Las ESE al tener financiación de los entes territoriales según lo definido en la Ley 10 de 1990, la cual estableció que de acuerdo con su nivel de complejidad los municipios tienen responsabilidad financiera en el nivel de baja complejidad, los distritos y departamentos en el nivel de mediana y alta complejidad, y presencia en las Juntas Directivas de los alcaldes o gobernadores, tienen una gran influencia política lo cual ha convertido muchas instituciones en fortines de los políticos con corrupción y manejo inadecuado de ellas. Las ESE de nivel de mediana y alta complejidad deben atender a la población pobre no afiliada y a lo no cubierto por el Plan de Beneficios a cargo de la UPCS del régimen subsidiado, con responsabilidad financiera de los departamentos según lo definido por la Ley 715 de 2001.

La modalidad de contratación más frecuente es por capitación (pago de un valor acordado por mes por persona afiliada, sin límite de uso de servicios) con las ESE y muchas IPS y por evento en la mayoría de los casos. Hay algunas aseguradoras que están contratando con los prestadores con otras modalidades, como presupuestos globales prospectivos (PGP). Con el alcance logrado en la cobertura de aseguramiento, se requiere mejorar la calidad en los servicios y la contratación entre aseguradoras y prestadores debe buscar esta meta, incluyendo pagos asociados a la calidad de la prestación, así como la disminución del riesgo individual, que permitan evaluar los resultados en salud de la población inscrita en los aseguradores.

2.5.1 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud (SOGCS) establecido por el Decreto 1011 de 2006 (31), es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. El SOGCS tiene como componentes los siguientes:

1. El Sistema Único de Habilitación.
2. La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
3. El Sistema Único de Acreditación.
4. El Sistema de Información para la Calidad.

Los entes responsables del SOGCS son el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y las direcciones territoriales de salud.

El Sistema Único de habilitación aplica a:

1. Las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.
2. Los Profesionales Independientes de Salud.
3. Los Servicios de Transporte Especial de Pacientes.
4. Las entidades con objeto social diferente a la prestación de servicios de salud que, por requerimientos propios de su actividad, brinden de manera exclusiva servicios de baja complejidad y consulta especializada, que no incluyan servicios de hospitalización ni quirúrgicos.
5. Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en lo de su competencia.

El Sistema Único de habilitación, definido por la Resolución 2003 de 2014 (32), establece que los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, deben cumplir las siguientes condiciones:

1. Capacidad Técnico-Administrativa. Son las siguientes:
 - a. El cumplimiento de los requisitos legales exigidos por las normas vigentes con respecto a su existencia y representación legal, de acuerdo con su naturaleza jurídica.
 - b. El cumplimiento de los requisitos administrativos y financieros que permitan demostrar que la Institución Prestadora de Servicios de Salud cuenta con un sistema contable para generar estados financieros según las normas contables vigentes.
2. Suficiencia Patrimonial y Financiera. Es el cumplimiento de las condiciones que posibilitan la estabilidad financiera de las instituciones prestadoras de servicios de salud en el mediano plazo, su competitividad dentro del área de influencia, liquidez y cumplimiento de sus obligaciones en el corto plazo.
3. Capacidad Tecnológica y Científica. Son los estándares básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los prestadores de servicios de salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios, en el marco de la prestación del servicio de salud que se adoptan en la presente resolución. Comprenden: Recurso Humano, Infraestructura - Instalaciones Físicas-Mantenimiento; Dotación-mantenimiento; Medicamentos y Dispositivos médicos para uso humano y su Gestión; Procesos Prioritarios Asistenciales; Historia Clínica y Registros Asistenciales; Interdependencia de Servicios; Referencia de Pacientes y Seguimiento a Riesgos en la prestación de servicios de salud. Los profesionales independientes solamente estarán obligados al cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica en lo que les sea aplicable.

Todo prestador de servicios de salud debe estar inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y tener al menos un servicio habilitado. El prestador debe realizar la autoevaluación consistente en la verificación que hace el prestador sobre las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el REPS. La autoevaluación y la declaración en el REPS sobre el cumplimiento por parte del prestador, son requisitos indispensables para la inscripción o para el trámite de renovación.

El Sistema Único de Acreditación en Salud, Decreto 903 de 2014 (33), se define como el conjunto de procesos, procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica por parte de las EPS, IPS y ARL (Administradoras de Riesgos Laborales), los cuales están destinados a comprobar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios, para la atención en salud, bajo la dirección del Estado y la inspección, vigilancia y control de la Superintendencia Nacional de Salud. En este Sistema la acreditación se realiza por entidades registradas en el Ministerio de Salud y Protección Social que se encuentren acreditadas por la International Society for Quality in Healthcare –ISQUA y tengan una experiencia superior a 5 años.

Hay un subconjunto de prestadores que cumple los estándares más altos del sistema de garantía de la calidad y se denominan IPS acreditadas. En diciembre de 2018 se contaba con 38 de estos prestadores acreditadas ante el ICONTEC Internacional.

El Ministerio de Salud, creó el Consejo Asesor del Sistema Único de Acreditación mediante la Resolución 6055 de 2016 (34), con el objeto de proponer estrategias para el fortalecimiento del Sistema Único de Acreditación en Salud, y recomendar al Ministerio de Salud la adopción de nuevos estándares del Sistema Único de Acreditación en Salud, actualización o eliminación de los existentes y la adopción de nuevos incentivos a otorgar a las entidades que obtengan la acreditación, conformado por el Jefe de la Oficina de Calidad, los Directores de Prestación de Servicios y Atención Primaria y el de Operación del Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones del Ministerio de Salud y Protección Social y representantes de entidades acreditadoras, de prestadoras de salud públicas y privadas acreditadas y EPS y ARL, así como representante de organizaciones públicas o privadas que promuevan la gestión de calidad en temas relacionados con el Sistema Único de Acreditación en Salud del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud.

El Ministerio de Salud, expidió la Resolución 256 de 2016 (35), “Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”, con el objeto de dictar disposiciones relacionadas con el Sistema de Información para la Calidad, como componente del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud - SOGCS del SGSSS y establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. La resolución es obligatoria para todos los actores del Sistema con excepción de los profesionales independientes y las entidades pertenecientes a Regímenes Especiales o de Excepción. La Resolución estableció que el Ministerio de Salud y Protección Social elaborará y dispondrá de salidas de información predefinidas de forma estadística para: comportamientos, tendencias e indicadores y los pondrá a disposición tanto de los destinatarios de la resolución, como de la ciudadanía en general, mediante los canales: Sitio web del SISPRO, Sitios web para consultas predefinidas, Sitios web temáticos, Cubos en línea, y Repositorio Institucional Digital (RID). El Ministerio de Salud y Protección Social publicará y mantendrá actualizado el catálogo y las fichas de los indicadores trazadores y las estimaciones de los indicadores disponibles a partir del reporte.

En 2016, el Ministerio de Salud publicó el Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (36), “el cual estructura su propuesta en torno a tres ejes: (i) las personas como centro y finalidad del sistema, (ii) la calidad a partir de un enfoque sistémico y, (iii) la transformación de la gestión del sistema mediante procesos de autoevaluación, dirigidos hacia capacidades de ajuste, mejora continua e innovación. Así mismo, desarrolla las directrices de calidad —seguridad, coordinación y transparencia— que el sistema y cada agente deben adelantar, y plantea un enfoque en donde la humanización y la calidad confluyen y ubican a la persona como el eje central de su propuesta, convirtiendo la dignidad humana en el propósito central de la atención en salud”.

2.6 INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL

La inspección, vigilancia y control del Sistema está a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), creada en 1978 como Superintendencia de Seguros de Salud con funciones de inspección, vigilancia y control sobre el Instituto de Seguros Sociales. Posteriormente ha sido modificada por varios decretos, el último de ellos el 2462 de 2013, el cual estableció que la Superintendencia Nacional de Salud como cabeza del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud, es una entidad de carácter técnico adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. La Superintendencia tiene funciones sobre todos los actores del Sistema. Por la cantidad de actores y funciones a su cargo, no tiene la capacidad para realizar una IVC oportuna razón por la cual su énfasis se observa sobre financiación y las aseguradoras principalmente.

El Congreso de la República aprobó la Ley 1949 de 2019 (37) que tiene por finalidad el fortalecimiento de la capacidad institucional de la Superintendencia Nacional de Salud en materia sancionatoria. La Ley incrementa el valor de las multas que puede imponer la SNS de 2.500 salarios mínimos mensuales equivalentes (SMLMV) a 8.000, a las entidades sujetos de su control y hasta 2.000 SMLMV a personas naturales. Puede también imponer multas sucesivas hasta 3.000 SMLMV a entidades que se nieguen a cumplir sus órdenes. Adicionalmente se redefinen las competencias de la superintendencia, en materia de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa y en lo que respecta a la función jurisdiccional y de conciliación, modificando también en esta última, los términos procesales para decidir los asuntos de su conocimiento. La Superintendencia podrá imponer sanciones a los representantes legales de las entidades públicas y privadas, directores o secretarios de salud o quienes hagan sus veces, jefes de presupuesto, los revisores fiscales, tesoreros y demás funcionarios responsables de la administración y manejo de los recursos del sector salud en las entidades territoriales, funcionarios y empleados del sector público y particulares que cumplan funciones públicas de forma permanente o transitoria. La Ley amplía a 5 años la facultad de imponer sanciones a sus vigilados. La SNS puede revocar total o parcialmente la autorización de funcionamiento de una entidad vigilada, la suspensión del certificado de autorización y el cierre temporal o definitivo de uno o varios servicios. Así mismo, la Superintendencia podrá remover de sus cargos a los representantes legales y revisores fiscales cuando hayan ejecutado, autorizado o tolerado con dolo o culpa grave conductas que violan el régimen del Sistema de Salud. Estas personas podrán ser inhabilitadas hasta por 15 años, para ejercer cargos en el sistema de salud privado y público. Entre las conductas que son sancionables se encuentran impedir u obstaculizar la atención de urgencias, incumplir con los beneficios que tienen derecho los afiliados, en especial lo relacionado con medicamentos, procedimientos, tecnologías, terapias y otros que están en el PBUPC.

La Ley también le otorga a la SNS facultades propias de un juez, cuando haya demandas por cobertura de los servicios, tecnologías en salud o procedimientos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud, cuando su negativa por parte de las EPS o entidades que se les asimilen ponga en riesgo o amenace la salud del usuario.

3. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD (PAIS)

No hay un modelo de atención en salud. El Sistema está basado en contención de costos y represamiento de la atención de la siniestralidad y no en prevención de la enfermedad ni promoción de la salud. Los profesionales de salud atienden preferencialmente enfermos, pocas entidades aseguradoras tienen planes y programas de atención integral y la continuidad de la atención y búsqueda de las condiciones integrales de salud de la población no existen. El Ministerio de Salud expidió la Política de Atención Integral en Salud- PAIS mediante la Resolución 429 de 2016 (36). La misma Resolución establece que la PAIS establece un modelo operacional, el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS, política y modelo que se encuentra en proceso de desarrollo e implementación.

El Artículo 5° de la Resolución 429 de 2016 (38) establece que el MIAS cuenta con diez componentes, así:

5.1.- Caracterización de la Población: Cada integrante, dentro de sus competencias, debe organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, de manera que la planeación de los servicios que se le prestará a la población sea coherente con sus necesidades y con las metas propuestas en el Plan Nacional de Salud Pública 2012-2021 (PDSP). Este componente lo han iniciado las entidades aseguradoras, para cumplir con la exigencia de la Superintendencia Nacional contenida en la Resolución 4559 de 2018 (39), las cuales han encontrado que los datos correspondientes a la dirección de los inscritos en ellas no son fiables, lo cual dificulta su búsqueda para lograr la información requerida

5.2. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención En caso de ser requerida la conformación de otros grupos de riesgo no incluidos en la Resolución 429 así como la elaboración de sus respectivas rutas, los diferentes integrantes podrán definirlos y elaborarlas teniendo en cuenta la metodología que establezca para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social. En octubre de 2018 el Ministerio de Salud, mediante la Resolución 3280 de 2018 (40), publicó las RIAS para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la RIAS para la Atención Materno Perinatal.

5.3.- Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS. La implementación de la GIRS en la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la

salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad. La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, el seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema. Este componente requiere tener la información aportada por el componente 5.1 de caracterización de la población, el cual tiene dificultades de información al ser la dirección de los inscritos en la aseguradora de muy baja calidad y no disponer de información relacionada con el estado de salud del afiliado al sistema al ingresar al mismo, debido a la prohibición de solicitar la declaración del estado de salud establecida en el artículo 2.1.3.3 del decreto 780 de 2016. (41)

5.4.- Delimitación Territorial del MIAS. El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: urbanos; con alta ruralidad y dispersos. El modelo debe adaptarse a las condiciones de cada territorio y a las poblaciones en su contexto. Los integrantes del Sistema y demás entidades responsables de acciones en salud, dentro de sus competencias deben ajustarse en cada ámbito territorial para implementación del Modelo. Este elemento implica la definición por el Ministerio de Salud de regiones que tengan aspectos comunes tales como factores culturales, alta ruralidad, dispersión o concentración geográfica y existencia de prestadores de salud.

5.5.- Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Una Red Integral de Prestación de Servicios (RIPSS) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud. Colombia tiene multiplicidad de regiones con características geográficas, ambientales, culturales, de movilidad y de disponibilidad de servicios de salud, que requiere la definición de los ámbitos territoriales previamente, con análisis de esas características enfocado hacia la conformación de las redes teniendo en cuenta la particularidad de cada una de ellas. La descentralización existente en el sector salud, condiciona la conformación de las redes, al ser las ESE entidades administrativas independientes, con requerimiento de ser autosuficientes e influenciadas directamente por aspectos de política partidista y el influjo directo de los alcaldes al ser los presidentes de las Juntas Directivas de ellas. Las aseguradoras del régimen contributivo son entidades cuyas funciones principales son prevenir el riesgo de un gasto catastrófico o empobrecedor por cuenta de un problema de salud y el riesgo de salud de sus inscritos. Aunque existen diversas modalidades de organización jurídica con y sin ánimo de lucro, el fin último de cualquier asegurador en salud es no perder dinero de manera sistemática. Para tal fin, la estrategia observada en la mayoría de las existentes es el control del gasto mediante la creación de redes propias o vinculadas mediante contratación, a las cuales se les imponen las tarifas. Cuando se trata de municipios pequeños en los cuales existe un solo prestador, la ESE busca imponer el monopolio que tiene en el área geográfica, mediante tarifas similares a las definidas para el SOAT y contratación por la modalidad de evento. Esta situación ha llevado a algunas aseguradoras a promover la creación de IPS privadas en esos lugares, a quienes se contrata por capitación a tarifas definidas por la aseguradora.

5.6.- Redefinición del rol del asegurador. Los aseguradores, en cumplimiento de las condiciones de habilitación y permanencia, deben fortalecer la gestión de riesgo financiero, la capacidad técnica para la gestión de riesgo en salud de los afiliados y la interacción con los demás integrantes del Sistema, dentro de cada ámbito territorial definido para el MIAS, la capacidad de gestión de las redes integrales de prestación de servicios de salud y la capacidad de gestión para representar al usuario. El asegurador debe interactuar en cada territorio en lo referente a la planeación, ejecución y seguimiento de los planes territoriales de salud y coordinar las acciones necesarias para la efectiva gestión del riesgo en salud y fortalecer la capacidad para gestión de la información e indicadores, según los requerimientos de autoridades territoriales y nacionales. Desde la sanción de la Ley 100 de 1993, en el modelo de aseguramiento, las aseguradoras existentes son entidades con función de financiar la atención de los siniestros ocurridos entre los afiliados al sistema, de acuerdo con las leyes de libre mercado. El listado de procedimientos, intervenciones y actividades incluidas en el Plan de Beneficios a cargo de la UPC es finito, pero las entidades se ven obligadas a atender pacientes con enfermedades o requerimientos no incluidos en ese listado, a través de órdenes de tutela o por el aplicativo MIPRES. El pago de estos servicios “excluidos” del PBUPC se hace a través de recobros al ADRES. Este componente de redefinición del rol de asegurador, debe contemplar como paso inicial, la definición de la responsabilidad de autorización y pago de los recobros, de tal forma que las aseguradoras no se vean enfrentadas a la tramitación de ellos. Los territorios de alta ruralidad y dispersión geográfica deben tener un esquema de aseguramiento diferente al existente, donde las entidades públicas sean responsables de la atención de esa población, con estrategias de atención primaria, comunicación con las prestadoras más cercanas mediante tecnologías disponibles en esos lugares, y transporte de pacientes críticos. Las entidades deberán tener subsidio a la oferta para que sean viables.

5.7.- Redefinición del Esquema de incentivos. El Nivel Nacional determina el esquema de incentivos a lo largo de la cadena de provisión de servicios, para orientar y alinear aseguradores, prestador y proveedores de insumos alrededor de los resultados en salud. El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención. Igualmente, se deben desarrollar incentivos para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica. Para el logro de este componente, se requiere una política dirigida a lograr la vinculación por contrato laboral del talento humano, para en esa forma, al tener el personal una contratación estable y con prestaciones sociales, se pueda comprometer con las instituciones tanto prestadoras como aseguradoras. Los incentivos no tienen efecto sobre los recursos humanos cuando no hay estabilidad laboral ni contratación de acuerdo con lo establecido en el Código Laboral Colombiano.

5.8. Requerimientos y procesos del sistema de información. - La operación del MIAS exige ajustes en el Sistema Integral de Información en Salud y Protección Social — SISPRO, para integrar los componentes del modelo. Para tal efecto se debe desarrollar un conjunto mínimo de datos, centrado en el ciudadano, la familia y la comunidad con estándares (semánticos y sintácticos), integrados con interoperabilidad, bajo arquitecturas modulares con interfaces estandarizadas y otras tecnologías disponibles. El sistema debe asegurar que la información del conjunto mínimo de datos esté disponible para los integrantes: planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes y ciudadanos y demás entidades o personas responsables de acciones en salud. En todo caso, se deberá respetar la reserva de los datos.

5.9.- Fortalecimiento del Recurso Humano en Salud - RHS: Para el fortalecimiento del RHS se deben implementar acciones en cuatro ejes, a saber, la formación, la armonización con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios, el fortalecimiento del responsable de la planeación y gestión territorial en salud, y el mejoramiento de condiciones laborales. Estos ejes deben articularse en los planes

territoriales de salud para generar impacto real en la población. En el capítulo siguiente, se hace un análisis de la situación actual del talento humano en el sistema de salud.

5.10 Fortalecimiento de la investigación, innovación y apropiación del conocimiento.- El Ministerio establece seis retos de innovación e investigación en sistemas de salud que deben enmarcar en las agendas de investigación del país a nivel nacional y regional, relacionados con: la rectoría del sistema de salud, la sostenibilidad financiera del sistema de salud, la gestión eficiente de los recursos humanos en salud, el fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud. Igualmente, se debe fortalecer la capacidad de investigación en salud pública.

Al ser las normas que crearon la política PAIS y el modelo MIAS originadas en el gobierno en el período 2014 – 2018, su implementación y desarrollo se debe realizar en el período 2018 – 2022, para lo cual se requiere que tanto el Ministro de Salud como los funcionarios nuevos del Ministerio estén de acuerdo con la política y el modelo. En caso contrario, esta política y modelo serán una propuesta no llevada a cabo y se convertirán en documentos de referencia.

4. TALENTO HUMANO EN SALUD

El Talento Humano de salud (THS) está influenciado por los mercados educativo, de servicios y laboral. Los factores que condicionan estos mercados son la educación de pregrado, la especialización, la calidad, la situación laboral, la disponibilidad y distribución geográfica en el país.

Las condiciones presentes del talento humano en salud, THS, en gran parte se originan en la Ley 100 de 1993, pues esta no previó los requerimientos cuantitativos y cualitativos del THS para su implementación, ni el impacto que tendría sobre ellos. No se definieron modelos de gestión, atención y prestación de servicios de salud, que orientaran la formación y gestión del talento humano en salud hacia el cumplimiento efectivo de los objetivos del Sistema (42). Los programas de pregrado han respondido más a los criterios y perspectivas de cada institución educativa, de acuerdo con su propia lectura de la dinámica de los mercados.

Las brechas entre los resultados de la formación y las necesidades del desempeño determinan baja capacidad resolutoria de los profesionales de la salud, no solo para la atención sino para la prevención de la enfermedad y el cuidado paliativo. El perfil del médico general y las especialidades médicas básicas muestran obsolescencia y subutilización en los servicios, al igual que los odontólogos generales, bacteriólogos y enfermeras, profesiones que han perdido la mayor parte de la capacidad y competencias para resolver las necesidades de salud en el primer nivel de atención, así como para la coordinación de programas e intervenciones comunitarias dada la tendencia a perfiles de formación hospitalocéntricos. Esto determina una actitud del egresado a valorar las especialidades y menospreciar el rol del médico general, lo cual se ve reflejado en la tendencia a remitir al especialista una vez egresa. En el SGSSS, el ejercicio de las profesiones de la salud está muy lejos de ser un ejercicio digno y reconocido por la sociedad. Por otra parte, en el modelo de empresa que abordaron tanto instituciones públicas como privadas, los recursos humanos enfrentan una mayor demanda de productividad de las instituciones ambulatorias y hospitalarias donde trabajan, para lo cual no fueron formados en sus instituciones educativas. Esta situación ha implicado cambios en el trabajo y determina la necesidad del recién egresado a adaptarse a un sistema para lo cual no fue preparado. Hay denuncias de las asociaciones profesionales acerca de la presión que ejercen algunas aseguradoras sobre los

profesionales de consulta externa, prohibiendo la solicitud de exámenes y pruebas diagnósticas por el profesional no especializado, y aún, la solicitud de ellos algunos días de la semana.

A mayo de 2018, había 612 IPS autorizadas como escenarios de práctica de programas de formación superior en salud, de las cuales 201 son públicas, 407 privadas, 3 mixtas y una indígena (que tiene el carácter de pública) (43). Para el año 2016, el talento humano en salud disponible en el país se estimó en más de 563 mil personas, integrado en un 55% por profesionales y especialistas y en un 45% por técnicos, tecnólogos y auxiliares. El indicador de densidad de talento humano en salud se ubicó en 32,0 profesionales por cada 10 mil habitantes, lo que permite proyectar que Colombia cumplirá con la meta de 44,5 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes, establecida en la estrategia mundial para los recursos humanos en salud 2030 (Organización Mundial de la Salud, 2016), con la que se busca aportar al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En Colombia, según datos del SNIES del Ministerio de Educación egresan anualmente 5.500 o más médicos de 59 facultades de medicina, 4000 enfermeras de 66 Facultades y 2000 odontólogos de 32 facultades, a los cuales se deben adicionar los formados en otros países. Recientemente, están ingresando a ejercer la medicina personas procedentes de Venezuela quienes han sido capacitados como “médicos” en cursos de 3 años de duración. Desafortunadamente, algunos de ellos han recibido autorización para ejercer en el país. No obstante, el desarrollo del Sistema de Aseguramiento de la Calidad, actualmente el país no cuenta con instrumentos adecuados para medir la calidad y la pertinencia de la formación recibida por quienes cursan programas de educación superior en salud, por lo cual se debe plantear la revisión de la prueba SaberPro o el diseño de un nuevo instrumento que satisfaga esta necesidad (43).

Con el objetivo de adoptar políticas más adecuadas para la transformación de la educación médica en Colombia, los Ministerios de Salud y Protección Social y de Educación Nacional convocaron en 2017 una comisión de expertos para que analizaran la situación actual e hicieran recomendaciones para proyectar la educación médica en los próximos años. La Comisión estuvo integrada por los Viceministros de Salud y de Educación, representantes de la Academia Nacional de Medicina, de las Universidades con programas de pre y posgrado de medicina, un secretario de salud municipal, un gerente de una IPS, un gerente de EPS. La comisión produjo el “Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia” (44). La comisión analiza la situación del médico general y de los especialistas y hace recomendaciones sobre la educación médica de pregrado y especialidades clínicas. No tiene en cuenta lo relacionado con formación de talento humano de salud pública ni de administración. Sus recomendaciones se encuentran en discusión en las facultades de medicina del país.

Se requiere un trabajo conjunto de los Ministerios de Salud, Trabajo y Educación para definir el perfil del médico general, exigir condiciones mínimas para funcionamiento de las Facultades de Medicina y en general de las del sector Salud, número de egresados por año, creación de programas de especialidades médico quirúrgicas, formas de contratación, etc.

El ingreso a las especializaciones clínicas está limitado en el número de cupos que ofrece cada universidad cuyos programas de posgrados cumplan con las condiciones de calidad exigidas por el Ministerio de Educación, las cuales se aplican a través de la autoevaluación de los programas, la evaluación de pares académicos y el concepto que sintetiza la sala de salud de la CONACES (Comisión nacional de aseguramiento de la calidad en Educación Superior) para autorizar la apertura de un programa o para renovar el registro calificado. Colombia es el único país de Latinoamérica donde la

dirección de las políticas de educación de posgrado en salud, están dirigidas por el Ministerio de Educación.

El número de egresados por especialidad, según datos del SNIES (43), no se ha modificado en el período 2010 - 16, siendo en promedio de 70 en anestesiología, 63 en cirugía general, 78 ginecología obstetricia, 151 medicina interna y 136 en pediatría. El costo de la especialidad, la exigencia de dedicación de tiempo completo y exclusividad, condiciona a que los aspirantes sean de clases socioeconómicas altas. La Ley 1164 de 2017 establece financiación de las residencias clínicas lo cual puede disminuir esta situación. Los pocos cupos disponibles y los costos han determinado que muchos médicos busquen su especialización en el exterior.

El modelo de aseguramiento, la segmentación del sistema de salud, la participación del sector privado y la descentralización han transformado el mercado laboral del sector salud en un campo complejo y dinámico, donde confluyen y se superponen diversos regímenes laborales y mecanismos de gestión del recurso humano.

La disminución del tamaño del Estado como consecuencia de la crisis financiera de 1997 – 1998 llevó a la supresión de cargos en las ESE y tercerización de la contratación del personal a través de cooperativas de trabajo asociado (CTA), las cuales, siendo algunas de ellas propiedad de partidos políticos, fueron utilizadas para vincular al personal con pagos de compensación inferiores a los equivalentes a los salarios de los mismos cargos en el personal nombrado en las instituciones. Las Leyes 1429 y 1438 de 2011 establecieron la prohibición de continuar con la tercerización del personal a través de las CTA a partir de la vigencia de la Ley 1450 de 2011. Sin embargo, la contratación a través de terceros continúa con figuras tales como contrato sindical, o entidades contratadas para realizar las funciones propias de las ESE. La Corte Constitucional, mediante sentencia C-171 de agosto de 2012 declaró inexecutable esta modalidad sin que se hayan modificado estas situaciones.

La contratación del personal de salud está condicionada por la localización geográfica de las IPS, la política de contratación de las EPS, y de la oferta y demanda. Una alta proporción del THS tiene contratos de prestación de servicios, contratación a través de cooperativas, empresas de empleo temporal, contratos sindicales, tercerización de servicios, entre otros. Además, los valores mensuales son inferiores al equivalente a 5 salarios mínimos mensuales vigentes, para jornadas de 8 horas.

Los profesionales recién egresados deben cumplir con el año social obligatorio. Se les exige disponibilidad las 24 horas. La mayoría de las instituciones en las cuales se realiza el año rural son ESE. Los gerentes de estas instituciones se quejan de la poca resolutiveidad de los recién egresados, condicionada por falta de capacitación en el pregrado, temor a demandas judiciales, poco compromiso con la institución por la baja remuneración o por presiones de los pacientes de ser remitidos a otro nivel. Otro aspecto acerca del cual hay queja frecuente, es falta de ética y maltrato a sus compañeros, superiores o subalternos y a los pacientes. “La capacidad resolutive del talento humano está asociada tanto a los procesos de formación como a las condiciones y características de la organización, gestión e incentivos de las instituciones y servicios de salud, factores que se retroalimentan y afectan mutuamente. La baja capacidad resolutive tiene efectos negativos en la calidad y la oportunidad de los servicios, por demoras, trámites y remisiones innecesarias, que impactan los resultados o desenlaces en salud de las personas” (44).

La distribución geográfica del talento humano muestra concentración en las principales ciudades y ausencia de especialistas y de médicos generales, odontólogos y enfermeras en los municipios

pequeños. Mientras en Bogotá, D.C. la densidad es de 65 por 10 mil habitantes, en Chocó, Vichada y Vaupés es alrededor de seis; existen otros cinco departamentos con densidad menor de diez; 18 departamentos por debajo de 20 y solo ocho departamentos Antioquia, Atlántico, Cesar, Meta, Quindío, Risaralda, Santander y Valle del Cauca, y Bogotá, D.C. superan la densidad recomendada de 25 (43). Esta situación está relacionada con la disponibilidad de tecnología para el adecuado desempeño del especialista, oportunidades laborales en las principales ciudades, disponibilidad de instituciones educativas de calidad para los hijos, entre otros factores.

La situación descrita es conocida por las autoridades sanitarias, desde el Ministro de Salud hasta los Decanos de las Facultades de Salud y directores y gerentes de las aseguradoras y prestadoras, existiendo múltiples documentos diagnósticos y propuestas de solución, sin que hasta la fecha se defina el perfil profesional, la estabilidad laboral y las pruebas de validación de los títulos, las facilidades y promoción de las especialidades requeridas, así como los factores éticos y humanísticos del ejercicio profesional requerido para el Aseguramiento y las políticas PAIS con su modelo MIAS, para las comunidades dispersas y rurales, que son la mayoría de los municipios del país. La educación del THS debe tener en cuenta las características geográficas del país, la alta ruralidad y enfatizar en las redes de atención, con una base utilizando la estrategia de atención primaria en salud y medicina de familia.

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN

El SGSSS ha definido un sistema de información que incluye el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA), definido por el Decreto 3528 de 2006, el cual incluye la Vigilancia de eventos mórbidos y mortales, vigilancia de factores de riesgo y factores protectores, vigilancia de servicios de salud, vigilancia de eventos relacionados con salud mental y el módulo sistema de información geográfica.

El Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) es una Bodega de Datos en la cual se concentra la información necesaria para la construcción de indicadores y reportes. Los datos provienen de fuentes de información internas y externas al Ministerio. En el SISPRO se consolida y dispone la información a través de los siguientes componentes: El Registro Único de Afiliación (RUAF), maneja información de afiliación de las personas a todos los componentes de la Seguridad Social Integral (salud, pensiones, riesgos laborales); el Registro de Información de Prestadores de Salud (RIPS) que registra la información de la prestación de servicios por las prestadoras del SGSSS (IPS y ESE); la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA) la cual maneja información de empleos, trabajadores independientes, aportantes, cotizantes y beneficiarios de la Seguridad Social Integral (salud, pensiones, riesgos laborales); el Sistema de Información Hospitalaria (SIHO) tiene como objetivo fundamental, dar soporte a la operación y administración de una institución hospitalaria; el Sistema de Gestión Documental (SGD) y el Sistema de información de medicamentos (SISMED) registra datos de precio y compra de medicamentos por aseguradoras (EPS, EPSS, EAS y Regímenes Especiales y de Excepción), prestadoras del SGSSS (IPS y ESE) y droguerías. Otros registros, son Registro de personas con discapacidad, informada por las gobernaciones. El Sistema de Información para la Calidad creado por la Resolución 256 de 2016 (34), establecer los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud. La resolución es obligatoria para todos los actores del Sistema con excepción de los profesionales independientes y las entidades pertenecientes a Regímenes Especiales o de Excepción.

Estos registros nacionales, reciben información de los diversos actores del sistema. Sin embargo, a nivel de prestadores de servicios de salud, IPS y ESE, no hay interoperabilidad que permita atender a un paciente con base en la información de otro prestador. Además, no hay unificación de la historia clínica, la información que debe enviarse a las aseguradoras no es similar entre ellas y cada una requiere al prestador una forma propia de reporte, diferente a las demás, que origina duplicidad de datos y esfuerzo en personal y tiempo para el registro de las actividades realizadas. Esta situación origina en muchas ocasiones, información falsa, enviada para cumplir con exigencias del asegurador y garantizar el pago de los servicios prestados, evitando glosas.

6. LOS PROBLEMAS DEL SISTEMA

En el año 2018 fueron evidentes diversos problemas en el SGSSS especialmente en:

1. El ordenamiento de prestación de servicios a través de tutelas. En muchos casos originados por la entrega de autorizaciones por las EPS sin la oportunidad requerida por el problema de salud del paciente, o por la negación de ellas, y en otros, por la prescripción médica de actividades, procedimientos, intervenciones o medicamentos que corresponden a excepciones al Plan de Beneficios con cargo a la UPC los cuales muchas veces no tienen evidencia que los respalde como requeridos y/o aplicables al tratamiento de la enfermedad. Los jueces, con un gran desconocimiento de los procesos terapéuticos, autorizan y ordenan realizar estos procedimientos o intervenciones, o suministrar los medicamentos, sin tener en cuenta su eficacia. Desafortunadamente, se han evidenciado casos de acuerdos entre terapeutas y jueces para ordenar tratamientos que no tienen utilidad comprobada a costas del sistema, específicamente de la EPS en la cual se encuentra afiliado el paciente. Estos tratamientos, muchas veces son glosados por la ADRES

Según el informe de la Defensoría del Pueblo de 2016 (45), en el 70,24% de los casos, las tutelas se dirigen contra las EPS que administran los regímenes contributivo y subsidiado, ya sea de manera conjunta o separada. En segundo lugar, aparecen los entes territoriales, que comprenden secretarías de salud municipales o departamentales, gobernaciones y alcaldías municipales (con el 9,9%) que, en relación con el año anterior, presentaron una disminución del 21,49%. El número de tutelas por años, según la defensoría del Pueblo se observa en la tabla siguiente:

	Numero de Tutelas en Salud por Año, Defensoría del Pueblo						
AÑO	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NUMERO	94.502	105.947	114.313	115.147	118.281	151.213	163.977

El análisis realizado por el Ministerio de Salud en el informe de cumplimiento de la orden 30 de la Sentencia T-760 de 2008, de la Corte Constitucional, publicado en junio de 2016 (46) concluye: “la mayor causa concreta y principal por la cual se interpone una tutela es: la solicitud de servicios de salud POS que no han sido negado, pero que está demorado, esta situación puede deberse a determinantes que son internas y externas del aseguramiento en salud”.

“En primera instancia puede que, si se tratara de una tecnología que hace parte del Plan de Beneficios, la EPS la autorice pero, ya sea en el mismo proceso de autorización o en la efectiva prestación de servicios, existen demoras que desencadenan problemas oportunidad. Problemas que pueden deberse tanto a deficiencias en la labor de la EPS como en problemas de suficiencia de la oferta, entre otros. Otro escenario posible consiste en que aunque la tecnología hace parte del Plan de Beneficios la EPS no autorice la prestación ya sea por asuntos de pertinencia, asuntos administrativos o simplemente por deficiencias en el cumplimiento de sus responsabilidades” (46) El incremento de las tutelas, así como el ordenamiento de procedimientos e intervenciones no incluidas en el Plan de Beneficios, muchas de ellas no relacionadas con aspectos terapéuticos sino cosméticos, debería llevar a un trabajo mancomunado del Ministerio de Salud con el Ministerio de Justicia y con las Facultades de Derecho para mejorar el conocimiento del Sistema de Salud y de los aspectos relacionados con la formulación médica y terapéutica

2. No reconocimiento de los recobros (dineros cobrados por las EPS a la ADRES por los costos incurridos en la atención de pacientes con procedimientos, intervenciones o medicamentos no incluidos en el PB con cargo a la UPC, autorizados por los CTC u ordenados por tutelas) por la ADRES. El FOSYGA, en 2010 había glosado recobros por valor de \$ 1,4 billones y adeudaba a las EPS por este concepto valores superiores a un billón de pesos lo cual afecta el equilibrio financiero del sistema al incidir sobre los pagos a proveedores, IPS y ESE. En 2015 se estimaba que la deuda era cercana o superior a los 4 billones de pesos. En 2018, la Asociación Colombiana de Hospitales estimaba que la deuda acumulada de EPS y Entidades Territoriales con los hospitales sería de 8.2 billones. Aún no existe una cifra oficial de la ADRES por este concepto. Con la expedición de las resoluciones de control de precios de los medicamentos por el Ministerio de Salud y Protección Social, se ha observado una disminución en el valor de los recobros. Con la iniciación de labores de la ADRES en agosto de 2017, al centralizar todos los recursos del sistema y los pagos, se requiere un mecanismo ágil de revisión de los recobros presentados por las EPS así como de las glosas y respuestas a ellas para disminuir los valores adeudados a las EPS e IPS.
3. Falta de liquidez de EPS con mayor evidencia en las subsidiadas originada por los puntos anteriores, más corrupción, desorganización administrativa, falta de sistema de información. Según afirma el informe de Fedesarrollo sobre sostenibilidad financiera del Sistema de salud (47), algunas EPS limitan el flujo de recursos en vez de facilitarlos, ya que tienen demoras en el pago a las IPS, establecen contratos con ellas que no garantizan la integralidad en el sistema o limitan el acceso de la población a los servicios. Se considera que el déficit patrimonial de las EPS en 2018 es superior a los 8 billones de pesos.

Los valores de las acreencias divulgadas por las prestadoras no corresponden a los que las EPS reconocen como deudas. Esta diferencia se relaciona con la existencia de glosas en las facturas por servicios no prestados, cobro de mayor valor al acordado, falta de pertinencia, etc. Otro factor que afecta estas deudas es el déficit de la mayoría de las EPS condicionado a las deudas que tiene con ellas la ADRES por concepto de recobros.

4. Crisis de hospitales públicos originada por los dos puntos anteriores, adicionada por corrupción, contratación excesiva de personal a través de cooperativas, agremiaciones sindicales o tercerización y gran influencia de política partidista. Hoy en Colombia existe desorganización en la oferta general de servicios de salud por parte de las IPS, particularmente entre instituciones públicas y privadas. No existe articulación en la oferta general de servicios, en términos del acceso a los diferentes niveles de complejidad y la calidad en la oferta que reciben los usuarios del régimen

contributivo y subsidiado. Las ESE, condicionadas por la exigencia de la autosuficiencia no se integran en red, en gran parte por la no existencia de reglas de tarifas entre los distintos niveles de atención. No obstante, las ESE tienen un papel fundamental en el sistema de salud colombiano, ya que en muchos de los municipios son el único prestador disponible para atender a la población urbana y rural; su calidad es heterogénea y en muchos casos no disponen del recurso humano capacitado ni con la tecnología que les permita intercomunicarse entre sí ni con otros niveles de atención.

5. El sistema de información requiere un diseño de programas que permitan la operación del sistema sin duplicidades y facilite la comunicación en tiempo real de los diversos actores. En varias aseguradoras y prestadores han iniciado procesos de diseño de sistemas que incluyen historia clínica, flujos de información oportuna y de calidad, elaboración de indicadores para la toma de decisiones, los cuales deberían ser tenidos en cuenta para los diseños compatibles en todo el Sistema de Seguridad Social.
6. Debilidad manifiesta del Sistema de Inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud. Esta entidad ha estado altamente politizada, tiene múltiples áreas de responsabilidad (financiamiento, aseguramiento, prestación de servicios de salud, atención de usuarios y participación social, medidas especiales, focalización de los subsidios en salud y sistema de información) y no tiene recursos humanos suficientes para cumplir las funciones definidas por la Ley 1438 de 2011. Las sanciones que impone la superintendencia no han originado impacto en la entidad sancionada por sus bajos montos. Varias EAPB se encuentran bajo vigilancia especial, sin embargo, han transcurrido varios años en esta situación y no se observa mejoría en las condiciones financieras o de prestación de servicios. Las entidades incumplen los plazos, continúan siendo las que tienen más tutelas y las que no pagan oportunamente a los prestadores, pero no son sancionadas. Con la sanción presidencial de la Ley 1949 de 2019 (36), que incrementa el monto de las multas y modifica las sanciones además de darle calidad de juez a la SNS, se espera por parte del gobierno nacional mejorar la vigilancia y control del Sistema
7. Deficiencias en la atención de pacientes reflejados en falta de oportunidad, mala calidad en la prestación, rechazo de pacientes, inexistencia de red. La oferta de prestadores de servicios de salud (IPS y ESE) no es uniforme en el país. La mayor concentración se observa en Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca y San Andrés (48), mientras que hay déficit en la costa caribe y en las regiones apartadas del país. Las instituciones prestadoras de servicios de salud, llámense IPS o ESE, realizan atenciones sin ceñirse a protocolos aprobados por el Sistema de Garantía de la Calidad del Sistema, en gran parte por ausencia de ellos. Con base en la “autonomía profesional”, en muchas instituciones y especialidades prima el criterio personal del médico sobre los protocolos basados en la evidencia, originando la formulación de medicamentos no indicados para algunos tratamientos, tal como sucede con algunos cánceres y enfermedades cuyo costo por paciente supera ampliamente lo observado en otros países. En muchas instituciones, así mismo, se observa la tendencia al cobro al sistema de servicios no prestados, falta de pertinencia, falta de oportunidad, que se reflejan posteriormente en glosas por las aseguradoras o la aparición de conductas corruptas para lograr el pago de esos servicios.

8. Corrupción en los cobros y procesos de atención en los accidentes de tránsito, con proliferación de pólizas falsas del SOAT, falsificación de historias clínicas y de informes de accidentes para lograr el cobro de la atención a personas que no sufrieron ningún accidente. La cobertura del SOAT de 800 salarios mínimos diarios vigentes para la atención en salud, lleva a que en los eventos que superen esa cifra, el paciente sea enviado a las ESE para la atención adicional, perjudicando a estas instituciones al tener que facturar el cobro de lo excedido en la cobertura a los entes departamentales en los casos de población no afiliada.
Se requiere de una reglamentación más estricta acerca de las falsificaciones de las pólizas, de la vigilancia de los procedimientos e intervenciones realizadas en las IPS que atienden los accidentes de tránsito, control a las relaciones existentes entre IPS y empresas de ambulancias, entre otros.

BIBLIOGRAFIA

1. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud. Banco Mundial. Washington 1993.
2. Londoño JL y Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. BID. Washington 1977
3. <https://www.ins.gov.co/Paginas/QuienesSomos.aspx>. Consultado diciembre 16 de 2018
4. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Artículo 245
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. artículo 92
6. www.larepublica.co. Noviembre 28 de 2018
7. Decreto 780 de 2016. Artículo 2.1.1.3
8. Caceres, S., & Prada, S. (2017). Cambios en la regulación de afiliación al sistema general de seguridad social en salud de Colombia: Breve resumen. *Documentos PROESA*, (16). Retrieved from http://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/Doc_de_Trabajo/Documentos-Trabajo-16.pdf
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5858 de 2018.
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1819 de 2016 Artículo 65.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. www.minsalud.gov.co Cifras aseguramiento. Consultado enero 14 de 2019
13. Cuentadealtocosto.org/ADRES/.Codigos_entidades_SGSSS. Consultado Diciembre 14 de 2018
14. Congreso de la República de Colombia. Ley 647 de 2001
15. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Estatutaria de Salud
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5857 de 2018
17. Decreto 2265 de 2017
18. Congreso de la República de Colombia. Ley 1151 de 2017
19. Decreto 2058 de 2018
20. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Artículo 217
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1885 de 2018
22. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2438 de 2018
23. www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx. Consultado 14 enero de 2019
24. Decreto 2699 de 2007
25. <https://cuentadealtocosto.org/site/index.php/quienes-somos>. Consultado 17 enero de 2019
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 244 de 2019.

27. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 780 de 2016. Reglamentario del Sector Salud. Capítulo IV
28. Garcia, Y., & Prada, S. (2018). Evolución de la legislación sobre el pago de incapacidades médicas en Colombia. Documentos PROESA, (17). Retrieved from http://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/Doc_de_Trabajo/Documentos-Trabajo-17.pdf
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015
30. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, abril de 2013
31. Decreto 1011 de 2006
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2003 de 2014
33. Decreto 903 de 2014
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6055 de 2014
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 256 de 2016
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud (PNMCS). Plan Estratégico 2016 – 2021.
37. Congreso de la República de Colombia. Ley 1949 de 2019
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud- PAIS Resolución 429 de 2016
39. Superintendencia Nacional de Salud. Resolución 4559 de 2018
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018
41. Decreto 780 de 2016. Parágrafo. Artículo 2.1.3.3.
42. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Julio 2018
43. SNIES. Mineducación. Observatorio Laboral. Consultado 12/9/201
44. Ministerio de Salud y Protección social, Ministerio de Educación Nacional. Documento de Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia.
45. Defensoría del Pueblo. La Tutela y el Derecho a la salud. Bogotá 2017
46. Ministerio de Salud y Protección Social. La Tutela en Salud. Junio de 2016.
47. Fedesarrollo. Sostenibilidad financiera del Sistema de Salud colombiano. Bogotá, julio 2012
48. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la República. Documentos de trabajo sobre economía regional. No. 204. Julio 2014

ANEXO

De acuerdo con lo establecido en el Decreto 2058 de 2018 (14), en el régimen Subsidiado se afilian:

1. las personas identificadas en los niveles I y II del SISBEN, de acuerdo con los puntos de corte que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social;
2. Las personas identificadas en el nivel III del SISBEN, y que a la vigencia de la Ley 1122 de 2007, se encontraban afiliados al Régimen Subsidiado;
3. Las personas que dejen de ser madres comunitarias o madres sustitutas y sean beneficiarias del subsidio de la Subcuenta de Subsistencia del Fondo de Solidaridad Pensional, en los términos de los artículos 164 de la Ley 1450 de 2011 y 111 de la Ley 1769 de 2015. El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar elaborará el listado censal;
4. La población infantil a cargo del ICBF y aquella perteneciente al Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. El listado, censal de beneficiarios será elaborado por dicho Instituto;
5. Los menores de edad desvinculados del conflicto armado. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de los menores de edad desvinculados del conflicto armado bajo la protección del ICBF, será elaborado por ese Instituto;
6. La población infantil vulnerable bajo protección en instituciones diferentes al ICBF. El listado censal de beneficiarios de esta población será elaborado por las alcaldías municipales o distritales;
7. Las Comunidades indígenas. La identificación y elaboración de los listados censales de la población indígena para la asignación de subsidios se efectuará de conformidad con lo previsto en el artículo 5 de la Ley 691 de 2001. No obstante, cuando las autoridades tradicionales y legítimas lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta SISBEN, sin que ello limite su derecho al acceso a los servicios en salud. Cuando la población beneficiaria identificada a través del listado censal no coincida con la población indígena certificada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la autoridad municipal lo verificará y validará de manera conjunta con la autoridad tradicional para efectos del registro individual en la base de datos de beneficiarios y afiliados del Régimen Subsidiado de Salud;
8. La población desmovilizada. El listado censal de beneficiarios para la afiliación al Régimen Subsidiado de Salud de las personas desmovilizadas y su núcleo familiar deberá ser elaborado por la Agencia para la Reincorporación y la Normalización o quien haga sus veces. Cuando el desmovilizado cabeza de familia fallezca, se mantendrá la afiliación de su núcleo familiar;
9. Los adultos mayores en centros de protección. Los adultos mayores de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección. El listado de beneficiarios será elaborado por las alcaldías municipales o distritales;
10. La población Rom. El listado censal se realizará mediante un listado censal elaborado por la autoridad legítimamente constituida (SheroRom o portavoz de cada Kumpania) y reconocida ante la Dirección de Etnias del Ministerio del Interior. El listado deberá ser registrado y verificado por la alcaldía del municipio o distrito en donde se encuentren la Kumpania. No obstante, cuando las autoridades legítimas del pueblo Rom lo soliciten, podrá aplicarse la encuesta Sisbén;

11. Las personas incluidas en el Programa de Protección a Testigos. El listado censal será elaborado por la Fiscalía General de la Nación;
12. Las víctimas del conflicto armado de conformidad con lo señalado en la Ley 1448 de 2011 y que se encuentren en el Registro Único de Víctimas elaborado por la Unidad Administrativa Especial para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas;
13. Población privada de la libertad a cargo de las entidades territoriales del orden departamental, distrital o municipal que no cumpla las condiciones para cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud e inimputables por trastorno mental en cumplimiento de medida de seguridad. El listado censal de esta población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales, según sea el caso;
14. Población migrante colombiana repatriada o que ha retornado voluntariamente al país o han sido deportados o expulsados de la República Bolivariana de Venezuela y su núcleo familiar. El listado censal de esta población será elaborado por las alcaldías municipales o distritales;
15. Población habitante de calle. El listado censal de esta población será elaborado por las alcaldías municipales o distritales;
16. Los voluntarios acreditados y activos de la Defensa Civil Colombiana, Cruz Roja Colombiana y cuerpo de bomberos, así como su núcleo familiar, salvo que sean cotizantes o beneficiarios del Régimen Contributivo. El listado censal de esta población será elaborado por la entidad a la cual pertenezca el voluntario, que será la responsable de la información suministrada y de su acreditación como activo; y,
17. Personas con discapacidad en centros de protección. Los adultos entre 18 y 60 años, en condición de discapacidad, de escasos recursos y en condición de abandono que se encuentren en centros de protección. El listado censal de esta población será elaborado por las gobernaciones o las alcaldías distritales o municipales.

Acerca de PROESA

PROESA es un centro de estudios en economía de la salud fundado por la Universidad Icesi y la Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Calle 18 No - 122-135, Universidad Icesi - Casa Rocha

Teléfono: +57(2) 321-20-92

Cali - Colombia

www.icesi.edu.co/proesa/