EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE
ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ¹

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE
ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Presentado por:

SILVANA CAROLINA CELIS GUERRERO

Director:

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE
ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS
ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

UNIVERSIDAD DE SANTO TOMAS
DIVISIÓN CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
DIRECCIÓN POSGRADOS PROTECCIÓN SOCIAL Y SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN PROTECCIÓN SOCIAL
BOGOTÁ D.C.
2014

TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción.....	6
2. Objetivos.....	7
2.1 Objetivo general.....	7
2.2 Objetivos específicos.....	8
3. Justificación.....	8
3.1 Problemática del concepto de alto costo.....	11
3.2 Origen del sistema de reaseguro como mecanismo de financiación.....	13
4. Metodología.....	18
5. Problemática, evolución del alto costo y cambios en la legislación en Colombia.....	19
6. Una mirada internacional a la problemática del alto costo.....	42
7. Revisión a posibles soluciones y acciones de mejoramiento a la política del Alto Costo...	54
Referencias.....	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los aspectos relevantes de los Modelos de Ajuste de Riesgo a nivel internacional.....	44
Tabla 2. Partes Medicare – Estados Unidos de América.....	45
Tabla 3. Compartimiento Sistema de Salud en Holanda.....	46

TABLA DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Contenido de tutelas en salud.....	36
Gráfica 2. Valor anual pagado por recobros de servicios No POS 2005 – 2012.....	40

TABLA DE FIGURAS

Figura 1. Hacia un nuevo modelo de salud.....	34
Figura 2. Dinámica institucional SGSSS.....	35

1. Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) al mismo tiempo que introdujo la privatización y el sistema de competencia en el aseguramiento, generó un mecanismo de dispersión de riesgos que protegía a las entidades aseguradoras ante las contingencias propias y desviaciones de gastos por atención a los afiliados con enfermedades o tratamientos de alto costo. Esta protección es especialmente necesaria cuando la entidad aseguradora, en virtud de un pool poblacional pequeño, no puede responder con recursos propios por la totalidad del riesgo a su cargo, pues los recursos que administra son limitados.

El planteamiento del tratamiento de las enfermedades de Alto Costo en el SGSSS, desde su nacimiento con la reglamentación de la Ley 100 de 1993, plantea problemas en la misma definición, pues en unas ocasiones se refiere a patologías, en otras a servicios y en unas más a procedimientos, dejando como consecuencia que, al momento de prestar una atención y/o servicio, se evidencie la debilidad del concepto y su inadecuada delimitación, hecho que genera diferencias entre los actores del SGSSS, especialmente entre las aseguradoras (Régimen Contributivo y Subsidiado), las Instituciones Prestadoras de Servicios y los usuarios.

En consecuencia, al momento de financiar el Alto Costo en salud entra a jugar un papel muy importante la figura de seguro – reaseguro, pues lo que se busca es una correcta distribución del riesgo o del costo, mediante la cual todos los actores del sistema se vean beneficiados y no haya perjuicios de ninguna índole. Aunque los sistemas de reaseguro parecieran ser la solución a los problemas de dispersión de riesgo en los Sistemas de Salud del mundo, no están totalmente desarrollados y menos adoptados en la mayoría de los países.

A lo largo de esta monografía se presenta el proceso mediante el cual se ha tratado de implementar el reaseguro como solución a los problemas de la economía del sistema de salud en Colombia, así como los hechos y situaciones que han conducido a profundas crisis financieras, que incluso amenazan volver insostenible el SGSSS, influenciado por intereses propios de diversos sectores implicados en la prestación y el desarrollo de las políticas en salud, especialmente en lo relacionado con el tratamiento de las enfermedades de alto costo.

Adicionalmente se muestra cómo, a nivel internacional, el alto costo tiene diferentes miradas conceptuales y formas de manejo, experiencias moldeadas de acuerdo a cada uno de los actores planteados por los sistemas de salud de distintos países.

Finalmente se hace una revisión de diversas soluciones y acciones de mejoramiento, teniendo en cuenta los diversos factores que puedan aportar soluciones a la problemática que genera el alto costo, teniendo en cuenta a los diferentes actores del SGSSS, tales como las aseguradoras tanto del régimen subsidiado y contributivo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y los usuarios.

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir desde la creación de la Ley 100 de 1993 y la reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, la problemática relacionada con los tratamientos de alto costo en Colombia, teniendo en cuenta a los distintos actores tales como las aseguradoras (Régimen Contributivo y Subsidiado), las Instituciones Prestadoras de Servicios y los usuarios.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Analizar la problemática del Alto Costo, la evolución histórica y el comportamiento de las variables que lo configuran, tales como los cambios en la legislación, que afectan su manejo, los mecanismos de aseguramiento y distribución del riesgo desde las aseguradoras (Régimen Contributivo y Subsidiado), Instituciones Prestadoras de Servicios y usuarios.

2.2.2 Comparar la problemática de alto costo en Colombia con experiencias internacionales y su manejo en los sistemas de salud.

2.2.3 Plantear posibilidades de solución y mejoramiento para el manejo de la problemática del alto costo en Colombia enfocado a las aseguradoras (Régimen Contributivo y Subsidiado), Instituciones Prestadoras de Servicios y usuarios.

3. Justificación

Con la reglamentación de la Ley 100 de 1993, la cual presenta el Sistema de Seguridad Social Integral contemplando en su libro II el Sistema General de Seguridad Social en Salud, que tiene como objetivo “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención”; nace la necesidad y obligación que tiene el Estado como garante del derecho a la salud de cubrir todas aquellas contingencias derivadas de la salud de las personas sin discriminación alguna, teniendo en cuenta los principios establecidos y las directrices que marcan el desarrollo de la ley.

Hasta esa entonces, Colombia venía funcionando con un Sistema Nacional de Salud único, básicamente estatal y centralizado, que intentaba brindar cobertura a las necesidades de las personas en todo el territorio, pero la reforma constitucional de 1991 abre la puerta a los mecanismos de mercado y la competencia privada se introduce en la prestación de servicios

públicos en el país. Esta reforma involucra el sector salud, pues mediante la Ley 100 de 1993, se instaura la competencia entre aseguradores (EPS) y llevando a que la salud fuera un producto más y no un derecho que el Estado entregó a un tercero para que fuera brindado con los principios reglamentados en la legislación.

Ahora bien, para empezar a brindar servicios de salud y establecer las responsabilidades en el contrato de aseguramiento, delegado por el Estado a empresas privadas o públicas, se instaura un Plan de Beneficios, en este caso mediante el Decreto 1938 y la Resolución 5261 de 1994 que reglamenta el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), en los que se reglamentan los servicios que deben ser cubiertos y brindados por las aseguradoras. Así las cosas, se hace evidente que no todas las necesidades en salud iban a ser cubiertas, al mismo tiempo que el derecho constitucional y la acción de tutela, generadas en la reforma del 91, otorga a todos los ciudadanos la posibilidad de acudir a este mecanismo expedito en los casos en que se les niegue la atención necesaria, principalmente en tratamientos de alto costo, para las enfermedades que lo ameritan.

Este esquema de contrato limitado con los aseguradores y derechos reclamables por los ciudadanos, lleva una puja entre el sector salud y judicial del país. Las personas instauran una tutela invocando el derecho a la salud, en conexidad con el derecho a la vida, y rápidamente los jueces de la República fallan a favor de estos ciudadanos, ordenando tratamientos integrales, la mayoría de las veces desconociendo las patologías y lo que realmente se necesita para su tratamiento. Es como se populariza el término “servicios de salud POS y no POS”, pues la legislación por una parte reglamenta unas exclusiones, exclusiones que, por medio de la tutela, se han venido brindando de forma desmedida, aumentando el costo médico para las

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ¹⁰

aseguradoras, lo que a su vez ha llevado al aumento de los recobros de estas entidades ante el FOSYGA, entidad que debe devolver los dineros que las EPS invierten en dichos insumos, procedimientos, medicamentos y servicios que están fuera del POS, es decir del contrato de aseguramiento.

Lo anterior ha llevado a que, tanto las exclusiones como los servicios “no POS” se consideren como de “Alto costo” desviando el sentido de ello, pues hay casos en donde las EPS se ven obligadas a dar servicios que no tienen relación directa con el tratamiento de dichas enfermedades, tales como viajes, carros, alimentos, vivienda, entre otros; aumentando el costo y arriesgando la sostenibilidad financiera del Sistema.

Como consecuencia de la existencia práctica del POS y el no POS surge el debate técnico, económico y jurídico de que se cubre y que no. La legislación colombiana y según el Consejo de Estado el POS fue declarado exequible teniendo en cuenta que la situación en salud es cambiante y se debe ajustar a las necesidades del país. La Corte Constitucional dice que todo debe ser cubierto porque el derecho a la vida está por encima del plan de beneficios pero no lo debe pagar el asegurador sino el FOSYGA ya que no está en el contrato de aseguradoras y así nace el no POS.

En Colombia las EPS tienen el poder de autorizar servicios y se les dejó la autonomía de decidir que se da y que no generando la negación de servicios, ocasionado un conflicto social y originado las tutelas por lo POS.

El Alto Costo tendría que ser repartido entre los aseguradores para que no se concentrara todo en el Instituto de Seguros Sociales (ISS), enfermedades como la Enfermedad Renal Crónica (ERC) y las que puedan tener selección adversa; hay otras como el trauma, gran

quemado, por ejemplo, que generaban altos gastos y las pusieron en la lista de exclusiones dejando ver que si no hay selección adversa para que se plantea un sistema de redistribución de costos. La lista de exclusiones se hizo teniendo en cuenta lo que generaba gastos y lo que tenía selección adversa.

3.1 Problemática del concepto de alto costo

El concepto de Alto Costo tiene grandes falencias en su definición, hecho que posibilita y desencadena la interpretación deliberada y a conveniencia de cada actor del Sistema de Salud.

La reglamentación inicial de la Ley 100 sobre este tema (Artículo 38 del Decreto 1938 de 1994), establece “la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades de alto costo en su manejo, definidas como CATASTRÓFICAS o RUINOSAS en el Plan Obligatorio de Salud”, que en el párrafo respectivo incluye en la definición, al mismo tiempo, patologías, síndromes, procedimientos, intervenciones o servicios (Martínez, 2002, p. 55).

PARAGRAFO 1o. Se clasifican como tratamiento para enfermedades catastróficas de alto costo en su manejo las que se señalan expresamente a continuación. El Ministerio de Salud podrá ampliar o reducir este listado:

- a) Tratamiento con quimioterapia y radioterapia para el cáncer.
- b) Transplantes de órganos y tratamiento con diálisis para la insuficiencia renal crónica.
- c) Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
- d) Tratamiento médico quirúrgico para el paciente con trauma mayor.
- e) Tratamiento para el paciente internado en una unidad de cuidados intensivos por más de cinco días.
- f) Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
- g) Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.
- h) Reemplazos articulares.

En suma, la definición se refiere al mismo tiempo a tratamientos de alto costo de algunas enfermedades o síndromes y otras veces a cualquier tratamiento de dichas patologías, pero sin precisar su alcance, hecho que ha llevado a que dentro del marco del alto costo se incluyan eventos y tratamientos que en realidad no pueden ser considerados como tal, reflejando las falencias reglamentarias del SGSSS, con las lógicas consecuencias sobre la financiación que, en conjunto, revelan un papel deficiente del Estado como regulador.

Para iniciar, no se debe dejar de lado la responsabilidad social y política que tiene el Estado dentro de la Protección Social, pues dentro de sus funciones está el concretar la realización de condiciones de bienestar individual y social, que hacen efectiva la dignidad del ser humano en la colectividad. Si un Estado protege a sus ciudadanos, se consolidan los sistemas de protección social llevando a una legitimación y estabilidad económica, permitiendo a los trabajadores y sus familias afrontar y superar las crisis que se presenten. Es así como la Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la protección social de la salud como una serie de medidas públicas u organizadas públicamente, y privadas autorizadas, contra la penuria social y la pérdida económica ocasionadas por la reducción de la productividad, la suspensión o la reducción de ganancias o el costo del tratamiento necesario que puede derivarse de un mal estado de salud (OIT, 2007).

Ahora bien, otro tema asociado y de gran importancia es la influencia de los principios de la seguridad social aplicados a la salud, pues al momento de definir el alto costo se puede ver como la solidaridad, la equidad y la universalidad juegan un papel protagónico al respeto tal como lo menciona la OIT,

la equidad, la solidaridad y la justicia social se entienden aquí como características básicas del acceso universal a una protección social de la salud cimentada en la participación en la carga, en la distribución

del riesgo, en el otorgamiento de poder y en la participación. Corresponde a los gobiernos nacionales y a las instituciones poner estos valores en práctica.

En cuanto al tratamiento de las enfermedades alto costo, se debe tener en cuenta que son situaciones inesperadas que traen consigo un riesgo económico para las familias, además de las propias del ciclo vital del ser humano, pues lo pueden afectar en cualquier momento de su vida y es por esto que la sociedad busca la protección de dicha contingencia. Sin embargo, es preciso tener en cuenta la diversidad de la infinidad de interpretaciones y definiciones que se tienen del concepto, pues en muchos casos se han incluido eventos o tratamientos de considerable frecuencia que no son de alto costo y se dejan de incluir otras que sí lo ameritan, hecho que evidencia la dificultad de definir un grupo de patologías, procedimientos o eventos de alto costo y proyectar su relación de costo – efectividad.

Por otra parte, es indispensable considerar que el desarrollo tecnológico y la industrialización del sector salud han creado opciones de tratamiento que son inalcanzables, ya no sólo para los pobres, sino para cualquier persona o familia promedio de cualquier país incluso para las clases medias altas (Martínez, 2002, p. 55).

3.2 Origen del sistema de reaseguro como mecanismo de financiación

El reaseguro nace de la necesidad que tienen las aseguradoras de compartir el riesgo, es decir, aplicar el mismo mecanismo y principio de solidaridad creado inicialmente para los asegurados, a las propias aseguradoras.

En cuanto a la operación, la figura del reaseguro se traduce en el mecanismo mediante el cual una entidad aseguradora adquiere y paga un seguro que la proteja de sus mayores riesgos financieros a otra entidad, denominada Reaseguradora, la cual se encarga de compartir y distribuir los riesgos entre diferentes aseguradoras. Aplicado en salud, es un mecanismo de

dispersión de riesgos que protege a las aseguradoras ante el peligro de desviaciones de gastos por atención; resulta especialmente necesario en los casos que la aseguradora no tiene la capacidad de responder con recursos propios por la totalidad del riesgo a su cargo, debido a su pequeño tamaño o su número de afiliados reducido, es decir el tamaño pool de riesgo y en suma los recursos financieros que maneja, que permiten distribuir el riesgo. Es así como, entre más pequeña sea la aseguradora, más necesita reasegurarse, pues si sus recursos no son suficientes para responder por siniestros de alto impacto o gasto económico, tal insuficiencia e incapacidad de pagar tales contingencias, la harían financieramente insostenible.

Aplicado en salud, el SGSSS ha considerado el reaseguro como el mecanismo de financiación de los tratamientos de las enfermedades de alto costo dentro del esquema estructural de operación para la distribución del riesgo, que busca de una u otra manera proteger también a los asegurados, en la medida que se hace innecesaria la selección adversa o rechazo de pacientes de alto costo por parte de los aseguradores.

Es así como, en general, en el SGSSS se buscó reasegurar los tratamientos de alto costo, donde el exceso de costo del siniestro o la excesiva frecuencia fuera una probabilidad latente. Al tener presente la posibilidad de que un evento sobrepase una frecuencia y/o un costo esperado, del papel regulador del Estado, surge el reaseguro, como mecanismo obligatorio que permite compartir el riesgo con otros aseguradores, para evitar la selección adversa por parte de los mismos y garantizar la prestación de un servicio a todos los pacientes que presenten eventos de alto costo. Sin embargo, en los inicios del Sistema los intentos de regular un mecanismo único de reaseguro por parte del Gobierno fueron rechazados por las EPS, que se

negaron a aceptar este mecanismo de distribución mientras el riesgo estaba concentrado en el ISS. Finalmente lo pusieron en práctica cuando comenzaron a verse afectadas.

El reaseguro como mecanismo de distribución de riesgo es especialmente útil en las enfermedades donde hay mayor posibilidad de selección adversa (VIH/SIDA, cáncer, enfermedad renal crónica), por lo que finalmente se ha desarrollado entre aseguradoras el actual mecanismo para compartir el riesgo para este grupo de enfermedades.

De otra parte, el reaseguro como protección financiera de los aseguradores por alto costo de los eventos (tratamientos) no tiene mucho sentido en los casos en que el riesgo se distribuye uniformemente (por ejemplo el trauma, el gran quemado o la internación en cuidados intensivos), donde solo sería útil para cubrir casos individuales muy costosos a aseguradores con pooles de riesgos muy pequeños para que estos gastos los afectaran financieramente. Tal situación de aseguradoras muy pequeñas se dio al inicio de la reforma, especialmente en el Régimen Subsidiado, pero dada la inconveniencia, por la baja capacidad técnica y financiera, el Gobierno obligó a fusionar estas pequeñas Administradoras del Régimen Subsidiado hasta conformar las actuales EPS del régimen subsidiado.

Así mismo, para proteger financieramente a las aseguradoras contra frecuencias inusitadas de siniestros o enfermedades que las afectaran (epidemias, catástrofes, terrorismo), el Sistema creó otro mecanismo para reconocer estos pagos sin afectar financieramente a las aseguradoras.

Pese a que los esfuerzos iniciales entre el gobierno y las comisiones técnicas y políticas, se había previsto una cuenta especial del FOSYGA para responder por las enfermedades de alto costo, finalmente la cuenta ECAT “Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito” se

convirtió en una cuenta sólo para atender catástrofes masivas y no enfermedades

“catastróficas” individuales, de ocurrencia más eventual y manejables por otros mecanismos de reaseguro, como inicialmente se había planteado. Algunos autores consideraron que se estaba desviando el objetivo de dicha cuenta y dejando a la deriva la financiación de las enfermedades de alto costo, al respecto Iván Jaramillo Pérez afirma que (Muñoz, 2003, p. 5),

A partir de ese momento, las enfermedades de alto costo quedaron al garete en la legislación, de ensayo en ensayo, que hasta ahora ninguno ha resultado exitoso. Yo he participado de la idea, con expertos de seguros, que de pronto lo más razonable es que exista esa subcuenta especial, con los suficientes filtros y auditoría para que no se convierta en una bola de nieve que finalmente atente contra el equilibrio del sistema.

Fue así como el POS planteado en la Ley 100 de 1993 terminó ofreciendo más garantías para la protección de la salud, por un lado reserva unos recursos especiales de la contribución obligatoria para las acciones de prevención y promoción, por otro crea el sistema de reaseguro para enfermedades de alto costo, lo cual tiene vigencia tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado y, adicionalmente, responde, por declaración expresa como reasegurador máximo, para los eventos masivos que puedan afectar financieramente a las aseguradoras.

En consecuencia, la difícil definición de un seguro explícito en el POS y la inadecuada regulación del reaseguro frente al tratamiento de las enfermedades de alto costo en Colombia, ha llevado a que, si bien se planteó un esquema de reaseguro, este no resultara operacional por muchos años y por tanto no permitió un trabajo conjunto entre los actores involucrados.

La no definición sobre la operación de un sistema único de reaseguro y la obligatoriedad del mismo, llevó a las EPS de los Régimenes Contributivo y Subsidiado a contratar cada una

un seguro con una cobertura de exceso de costo por caso con una compañía de seguros distinta. Por supuesto, esto no se tradujo en un sistema de distribución del riesgo -cada asegurador aumentaba el valor de la póliza según los riesgos de la EPS-, y el mecanismo se convirtió en una suerte de traslado de recursos a una compañía de seguros a la que con dificultad se le recobraban después los valores asegurados. Una especie de fiducia de segundo piso que no protegía en absoluto a los aseguradores. Por ello las pólizas progresivamente se contrataron con deducibles más altos, de modo que las pólizas costaran menos y sólo cubrieran algunos casos extremos, pues el tamaño del pool de riesgo y la capacidad financiera de la mayoría de las EPS hacía innecesario asegurar todos los casos más definidos como alto costo por el Sistema.

La inadecuada regulación también generó un aumento exagerado en los costos al momento de cubrir ciertas contingencias consideradas de alto costo. Ello se ha traducido en problemas financieros para los aseguradores, pues al momento de intentar el recobro se genera un conflicto con el ente encargado, ya que no se consideran justas ciertas inversiones al momento de reconocer un tratamiento integral, que por otra parte suele ser amparado en la mayoría de los casos por medio de la tutela, consecuencia de las llamadas zonas grises y la falta de claridad del POS sobre la restricción de tecnologías.

Dicho lo anterior, y haciendo referencia también a los tratamientos no POS, el Estado ha perdido credibilidad, pues tiene unas funciones segmentadas dado que cada ente produce sus propias normas, con interpretaciones diferentes en el mismo caso. Esto se refleja cuando los jueces a través de la tutela, han terminado creando un “Plan Ilimitado de Salud” que pone a las

Aseguradoras y al Gobierno en medio de una situación tensa, ya que no cuenta con los recursos suficientes para sufragar su costo con una cobertura universal,

“...en el sistema cada quien hace lo que quiere y no hay autorregulación porque el mismo Estado no lo permite, porque el mismo Estado incumple y se desempeña como juez y parte, dado que administra el FOSYGA, dicta políticas desde el Gobierno, tiene EPS, tiene IPS y desempeña las funciones de aseguramiento, financiación, presentación y control, las propias de los Entes Territoriales y en todas incumple” (Osorio, 2011, p. 1)

Finalmente, ¿Será suficiente un mecanismo de reaseguro para la distribución del riesgo del alto costo? ¿Será qué con una definición justa y reglamentada del alto costo se puedan disminuir las exageraciones e inclusiones innecesarias de ciertas patologías, insumos y procedimientos que aumentan el gasto al momento de brindar una atención? ¿Qué le falta al Estado regulador para cubrir todas las necesidades de la población?

4. Metodología

Para el desarrollo del presente proyecto y de cada uno de los objetivos, se realizó una revisión de la evolución de la normatividad, las cifras y los planteamientos de los actores, además de una revisión del manejo del concepto y su relación con el SGSSS y su importancia en los sistemas de salud.

Adicionalmente se hizo búsqueda bibliográfica en la cual se revisaron los sistemas de seguro y seguridad social de algunos países, para observar el manejo de la problemática del alto costo.

Finalmente, se hace una revisión de las posibles soluciones y propuestas de mejoramiento de la problemática tratada en los siguientes aspectos claves relacionados con el reaseguro: tecnología, selección adversa y derechos.

5. Problemática, evolución del alto costo y cambios en la legislación en Colombia

Partiendo de la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud el cual se reglamentó con el nacimiento de la Ley 100 de 1993, el modelo de salud planteado en Colombia ha sido considerado una verdadera alternativa en la solución del dilema económico – social de los países en vía de desarrollo, ante el creciente costo de la tecnología frente a las limitaciones económicas de sus comunidades a la hora de prestar este servicio. El modelo está en crisis y no funciona adecuadamente en lo que respecta al flujo de recursos y pagos entre los diferentes actores del sistema lo cual ha desencadenado un conflicto económico que el Gobierno Nacional crea y ha tratado de resolver por medio de la formulación de una amplia normatividad.

La legislación, como mecanismo regulador de la conducta humana, deber cumplir un papel fundamental en la organización y funcionamiento de nuevos sistemas sociales, como en principio sucede, sin embargo, la multiplicidad de normas que específicamente abordan el tema de las relaciones entre los actores del sistema, cuestiona la eficacia de la innumerable y compleja normatividad planteada en la solución de ciertas situaciones conflictivas de la conducta social. El espíritu de la norma fue la autorregulación del sistema por fuerza de las leyes de oferta y demanda por una competencia con calidad.

A pesar de lo anterior, el sistema no funciona como se planeó, la tutela se hizo popular con el derecho a la salud en conexidad con el de la vida, los recursos del Sistema para la salud, que aumentaron en más de 4 puntos del PIB (Barón, 2007), no se reflejan en mejor estado de salud de la población, los pacientes no reciben servicios, los prestadores su pago y los

administradores se quejan de la carga impropia que el Estado les impone al descargar su función social en ellos, sin el correspondiente aporte de recursos (Giraldo, 2013).

En la primera reunión del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), el entonces Ministerio de Salud, manifestó su preocupación por los riesgos potenciales para la aplicación del sistema y fueron resumidos así:

En la fase inicial, la reglamentación de la ley 100, la inoperancia del CNSSS, la constitución de las EPS y el funcionamiento del FOSYGA; en su fase de consolidación, la base de competencia muy frágil para las EPS por selección adversa, la falta de un sistema de garantía de calidad, la falta de incentivos para la promoción y prevención, la debilidad del régimen subsidiado por la falta de recursos o por la aplicación inadecuada de los subsidios y la generación de un sistema inflacionario por insuficiencia de la oferta o falta de agilidad institucional para responder a la demanda y a nivel macroeconómico, un sistema deficitario por evasión, exceso de solidaridad, sobre – utilización de servicios y encarecimiento de los costos y tendencia a la inflación por la EPS, disminución de la oferta de empleo e incremento de la informalidad como mecanismo de elusión y modificaciones al comportamiento salarial.

Examinaremos brevemente ahora el papel que durante años de desarrollo del SGSSS viene jugando la Corte Constitucional, pues con las dificultades y limitaciones que ha tenido el sistema y como ha venido siendo aplicado por los diferentes estamentos e instituciones, es así como teniendo en cuenta el artículo 23 donde nace el Derecho de Petición y a su vez el artículo 86 de la Constitución Política aparece la Tutela como acuerdo social generado entre la sociedad y la garantía de los desprecios por parte de particulares o del sector privado, convirtiéndose en un instrumento de uso regular en el sector, como mecanismo adicionado para la autorización y provisión de servicios que el usuario requería y el sistema no proveía. Ello llevó a un desarrollo jurisprudencial de Alta Corte, que bien podría decirse se consolida en el pronunciamiento de las Sentencias C-140 de 2002 y C-463 y T-760 de 2008, definiendo

la interpretación jurisprudencial de los diferentes aspectos que están generando la vulneración del Derecho a la Salud, inicialmente considerado fundamental por su conexidad con la vida, la dignidad y la integridad, pero que a la luz de la evolución del jurisprudencial de este derecho, hoy se define como fundamental y autónomo, en los contenidos del POS, concepción acompañada del principio de progresividad.

Todavía cabe señalar que la atención de enfermedades de alto costo estaba garantizada antes de 1991 a solo una minoría privilegiada de afiliados a la seguridad social, los cuales no representaban siquiera el 20% de la población. Con la Ley 100 de 1993 se plantea “el reaseguro colectivo y obligatorio para enfermedades de Alto Costo” con lo que se esperaba evitar la selección adversa de los pacientes con tratamientos de alto costo.

Es así como después de haberse configurado el nuevo mercado de los reaseguros por alto costo, las aseguradoras ha tenido que luchar con las reaseguradoras puesto que en la mayoría de veces no se reconocen oportunamente los siniestros, o reembolsan a tarifas no remunerativas y lo que es más grave han tratado de estimular la selección adversa de los enfermos de alto costo, invitando a las EPS a participar de las “utilidades” que produciría la supuesta buena administración del reaseguro.

En consecuencia, Colombia ha sido un país donde se predice la estructura y el comportamiento de la demanda de servicios de salud para el tratamiento de enfermedades de alto costo en una población para ser tomada en cuenta dentro de un ejercicio de planeación prospectiva de la oferta, para el planteamiento del presupuesto del gasto en salud por este rubro, y para la negociación del reaseguro bajo esquemas más eficientes en el mercado.

Es así como el cubrimiento de la población colombiana para el tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas se debe, primero que todo, a la introducción del artículo 49 de la Constitución Política que hizo de la Seguridad Social un derecho irrenunciable y universal.

Adicionalmente la Ley 100 de 1993 acogió el principio de la integralidad que fue desarrollado por el parágrafo 4 del artículo 162 en donde el “reaseguro” es para garantizar el cumplimiento integral del Plan Obligatorio de Salud dentro del manejo de las enfermedades de alto costo y como mecanismo que evitaría la selección adversa de los riesgos costosos por parte de las EPS de ambos regímenes.

Si nos remontamos al pasado, cabe recordar que cuando el anterior Sistema Nacional de Salud (1975 – 1993) clasificó los niveles de complejidad en salud por los cuales debería responder el sistema público llegó hasta el tercer nivel (no existía el cuarto nivel de complejidad, denominado así después de la reforma para señalar la responsabilidad explícita de los tratamientos de las enfermedades ruinosas o catastróficas) y lo que si existía era una seria limitación de los recursos para las tecnologías costosas en salud; sin embargo no se excluyó que como espacio de práctica académica y docente se desarrollaran los Hospitales Universitarios de la más alta complejidad.

Ante esto, en 2003, Toro refiere que:

La atención de las enfermedades de alto costo estaban garantizadas antes de 1991 a solo una minoría privilegiada de los afiliados a la seguridad social lo cuales no eran más del 20% de la población. Pero la seguridad social en ese entonces estaba cerrada de hecho para la mitad de los asalariados que nunca lograron la afiliación obligatoria y más aún para el 35% de la población trabajadora independiente e informal, que no podía entrar a las cajas públicas de previsión, y que encontraba serias barreras a la

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ²³

entrada del ISS (Instituto de Seguros Sociales), entidad que por cierto levantó un muro impenetrable frente a los trabajadores independientes precisamente para evitar que le ingresaran enfermos de alto costo.

En conclusión, antes de la Ley 100, la cobertura de los tratamientos de las enfermedades de alto costo se restringía a los afiliados a la seguridad social, es decir, tan sólo el 20% del total de la población, pues las instituciones hospitalarias públicas no tenían tal capacidad tecnológica ni financiera para el cubrimiento de la población a su cargo. Por otra parte, la medicina prepagada, con sus mecanismos de selección adversa, exclusiones contractuales, periodos de carencia y preexistencias eludía su cubrimiento.

Con la reforma a la Constitución Nacional en 1991 y todo el desarrollo legal a través de la ley 100 de 1993 se hizo un planteamiento que daba cubrimiento a los tratamientos de alto costo de las enfermedades, pero se vio truncado por la posición de las empresas de medicina prepagada y un informe del Banco Mundial tema que se desarrollará más adelante, dada la influencia internacional que tuvo.

El Doctor Walter Toro afirma que no obstante el gobierno en ese entonces no restringió el acceso a tratamientos muy costosos y reguló la atención de las enfermedades catastróficas reglamentando que las mismas estarían sometidas a un sistema de períodos mínimos de cotización y copagos, lo cual en la práctica hacía inaccesible estos servicios para la mayor parte de los asegurado, pues el POS no podía ser inferior al plan de beneficios que tenía el ISS.

A pesar de ello, hubo EPS que en la práctica adoptaron mecanismos de selección adversa y consideraron el derecho a la atención de tales enfermedades como algo opcional, aplicando el concepto de las preexistencias de las Empresas de Medicina Prepagada y amarrándose por otra parte a las restricciones del POS. Por esta causa las altas cortes de justicia y control

Constitucional tuvieron que intervenir para dilucidar tales interpretaciones y poner en orden los derechos de los afiliados, como ya se mencionó anteriormente.

Se debe agregar que, más adelante cuando por medio de un sin número de sentencias y fallos de las Altas Cortes, se dio aceptación a la obligatoriedad de la atención sin restricciones, sin preexistencias, sin exclusiones contractuales y sin copagos al menos excesivos, y una vez configurado el nuevo mercado de los reaseguros por alto costo, el Sistema inició una lucha contra el mal comportamiento de las reaseguradoras, las cuales han tratado por todos los medios de no reconocer oportunamente los siniestros, o reembolsarlos a tarifas no remunerativas y lo que es más grave han tratado de estimular la selección del riesgo de los enfermos de alto costo con el tipo de contratos que generen este incentivo, invitando a las EPS de ambos regímenes a participar de las “utilidades” que produciría la supuesta buena administración del reaseguro, llegando incluso a ofrecer beneficios camuflados como asistencia técnica a los administradores de la seguridad social para evitar la referencia de pacientes con problemas de alto costo.

Todo lo anterior ha reflejado que las aseguradoras del sector privado no han aprovechado la confianza que el Estado depositó al cederles la administración financiera del SGSSS dejando ver cómo ha mediano plazo el FOSYGA pudiera ser quien maneje este reaseguro con una cuenta especial, aunque con la reforma planteada en el presente año ya se tenga un fondo diferente quitándole el manejo del recurso de la salud a las EPS. Es así como con la aprobación en primer debate de la Ley Ordinaria en Salud proponía un ente llamado ‘Salud Mía’, lo que se explicará mas adelante, y es aquí como en Colombia desaparecería la figura del reaseguro, la idea para que el reaseguro funcione adecuadamente es que al haber múltiples

aseguradoras haya una adecuada distribución del riesgo ya que se evita concentrar el riesgo en una sola aseguradora que fue lo que pasó con el Instituto de Seguros Sociales ahora Nueva EPS, teniendo en cuenta así la definición inicial de reaseguro.

Ahora bien, como se mencionó anteriormente, a continuación se amplía el concepto de reaseguro, que en términos generales es “el mecanismo mediante el cual una entidad aseguradora o de aseguramiento (Tomador) comparte el riesgo con otra entidad denominada Reaseguradora”, con ello lo que se busca es garantizar la solidez financiera del tomador ante la presencia de ciertas contingencias que considera no está en capacidad de atender ni prevenir de inmediato sin afectar de gran manera sus finanzas.

Este concepto aplicado a salud puede interpretarse como un “mecanismo de dispersión de riesgos que protege a las entidades aseguradoras ante el peligro de desviaciones de gastos por atención. Esta protección es necesaria cuando la entidad aseguradora no puede responder con recursos propios por la totalidad del riesgo a su cargo, pues los recursos que administra son limitados.” Es así como con el reaseguro lo que se hace es una distribución geográfica del riesgo, en donde se mitiga la desviación de la siniestralidad por aumento de frecuencia, por presencia de grandes siniestros o por incremento inesperado en el costo de los mismos. Además de obligar, por medio de la normatividad planteada, a que los administradores de planes de beneficios tomen un "reaseguro" con el propósito de cubrir las posibles desviaciones en el costo de los eventos presentados.

Se debe agregar que, a pesar de los diferentes modelos de reaseguro en todos los esquemas se mantiene el principio del pago de una “prima” con coberturas delimitadas y esquemas diferenciales para aplicación de deducibles, mediante la cual las EPS transfieren parte del

riesgo al reasegurador. Los efectos financieros y la decisión de optar por uno u otro de los esquemas de deducibles dependen de la siniestralidad presentada frente a modelos probabilísticos predeterminados.

Teniendo en cuenta lo anterior, se puede deducir que no es fácil poner en práctica el reaseguro tradicional, pues muchas veces existe la “aversión del riesgo” del tomador, esto hace que haya sobrecostos de reaseguro o por asimetría de la información, desconociendo las características epidemiológicas, en otros casos hay una protección reaseguradora, al asumir mayor riesgo al tomador se le incrementaría la siniestralidad sin pensar en sobrecostos. Es así, como para neutralizar lo anterior se hacen cláusulas como la de participación de utilidades para compartir el riesgo.

Relacionado con lo anterior, el reaseguro puede garantizar la atención de las enfermedades o eventos de alto costo, pues significa mayor riesgo financiero social, un reaseguro protege a las empresas del sector, tanto aseguradoras como prestadoras pues al garantizar el pago, se facilita la distribución uniforme del riesgo y se evita la selección adversa. Es así como autores afirman que “el reaseguro es otra de las formas de garantizar la prestación de los servicios a todas las personas que por infortunio de la vida sufran o padezcan uno de estos eventos, procedimientos o enfermedades”.

Ahora bien, al mirar las diversas reformas y premisas del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano, basados en la sostenibilidad financiera como principio del Sistema, ha considerado al reaseguro como un mecanismo viable para el manejo de las enfermedades de alto costo.

Con relación a esto Toro (2003) afirma que,

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ²⁷

En resumen con el reaseguro de las enfermedades de alto costo, lo que en general se trata es de reasegurar, el exceso de riesgo, en la probabilidad de que un evento pase de una frecuencia y / o de un costo esperado, y reasegurar la desviación del costo de un evento por variación de la frecuencia o del mismo costo, por tanto la modalidad de reaseguro, corresponde a un esquema de compartir el riesgo con un tercero, para garantizar la prestación de este servicio a todos los pacientes que se les presente el evento.

Dentro de la Constitución Política de Colombia se plantea como debe ser la prestación de los servicios y la forma como las entidades públicas o privadas podrán asumir dicha prestación, aplicando esto al SGSSS el artículo 48 afirma que “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley”.

Así las cosas la Ley 100 de 1993, en correlación con la Ley 1122 de 2007, ajustó los fundamentos que rigen el SGSSS, determinando la dirección, organización y funcionamiento, normas administrativas, financieras y de control y obligaciones.

En la Ley 100 de 1993, artículo 162, parágrafo 4º se reza que “toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como de alto costo”, y el parágrafo del artículo 167, dispone que “El SGSSS podrá establecer un sistema de reaseguros para el cubrimiento de los riesgos catastróficos”.

También el Decreto 1804 de 1999, en su artículo 4 plantea las obligaciones de las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y en su numeral 6 afirma que es una

obligación “Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social (...)”.

Dentro de la normatividad en el Decreto 050 de 2003, con el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, el artículo 46 es explícito en lo relacionado con lo pertinente al reaseguro pues refiere que,

Las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y las Entidades Promotoras de Salud (EPS), reasegurarán los riesgos derivados de la atención de las enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como de alto costo, sin que ello implique la delegación de la función que les corresponde en materia de aseguramiento.

Se entiende como riesgo derivado de la atención de las enfermedades de alto costo, la desviación del costo previsible y razonable que debe ser asumido en primera instancia por las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado y las Entidades Promotoras Salud.

Constituye desviación del riesgo, la previsión de cobertura frente a excesos de pago que representen más del 120% del gasto promedio que hubiere tenido la atención de la enfermedad dentro de las estadísticas institucionales, excluyendo aquellos eventos que hubieran representado una desviación del promedio, durante el año anterior.

Por lo tanto, el deducible de las contrataciones no será inferior al valor antes mencionado.

Se considera práctica insegura la delegación de las funciones de aseguramiento a través del reaseguro, salvo lo correspondiente a la desviación del riesgo conforme a las proyecciones institucionales.

Y correlacionado esto el artículo 47 afirma los instrumentos colaterales de cobertura haciendo referencia a,

Las Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) o Entidades Promotoras de Salud en forma individual o asociada, y las Entidades Promotoras de Salud en razón de su número de afiliados, volumen de recursos a su cargo y manejo de costos, que estén en capacidad de asumir la desviación del

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ²⁹

riesgo conforme a una plena dispersión de riesgos, deberán elaborar los estudios técnicos que fundamenten estos hechos, los cuales estarán sujetos a la aprobación de la autoridad de supervisión correspondiente. En este evento podrán definir el mecanismo mediante el cual garantizarán la cobertura de eventos de alto costo sin exposición a riesgos financieros.

El instrumento colateral será procedente cuando en el mercado no exista oferta para el aseguramiento de la desviación y se pretenda atar la cobertura a otras contrataciones.

Es así como en la Resolución 838 de 2004 del Ministerio de Protección Social el numeral 9, exige que dentro del Aseguramiento del Régimen Subsidiado haya el compromiso de un reaseguro de enfermedades de alto costo de la población afiliada en el municipio, distrito o departamento.

En el artículo 19 de la Ley 1122 de 2007 se hace referencia al aseguramiento del alto costo, en donde se plantea que “para la atención de enfermedades de alto costo las Entidades Promotoras de Salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo (...)” es así como se empieza hablar de un ente no gubernamental, Cuenta de Alto Costo, de quien se hablará a continuación, pues se crea bajo el Decreto 2699 de 2007 en donde su artículo 1 dice que es un fondo donde,

Las Entidades Promotoras de Salud, de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente 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, que en sendos casos determine el Ministerio de la Protección Social, en una cuenta denominada “Cuenta de Alto Costo” que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados.

En consecuencia a lo anterior, nace con la Resolución 2565 de 2007 la primera Cuenta de Alto Costo destinada a lo relacionado con la Enfermedad Renal Crónica en fase cinco con

necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal y sus enfermedades precursoras tales como Hipertensión Arterial y Diabetes. Adicionalmente, para cumplir con lo planteado en el Decreto 2699 de 2007, en el artículo 1 de la Resolución 3974 de 2009 se incluyen como enfermedades de alto costo,

- a) Cáncer de cérvix
- b) Cáncer de mama
- c) Cáncer de estómago
- d) Cáncer de colon y recto
- e) Cáncer de próstata
- f) Leucemia linfocítica aguda
- g) Leucemia mieloide aguda
- h) Linfoma Hodgkin
- i) Linfoma no Hodgkin
- j) Epilepsia
- k) Artritis Reumatoidea
- l) Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Teniendo en cuenta la mencionada resolución, la inclusión de dichas enfermedades se hizo para evitar la selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales y evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo. Para ello se tuvo en cuenta ciertos criterios de selección y priorización tales como:

Su importancia relativa en la carga de enfermedad del país,
El carácter permanente o crónico de la enfermedad,
La disponibilidad o el actual desarrollo de guías de atención integral,
Las posibilidades de prevención de la enfermedad,
El costo de la enfermedad para el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ahora bien, al hacer un análisis de la normatividad anteriormente mencionada, se refleja como desde la Ley 100 de 1993 se ha venido obligando a todas las Entidades Promotoras de Salud a que se hiciera un reaseguro de las contingencias derivadas de la atención de enfermedades calificadas como de alto costo, esto fue ratificado con las normas posteriormente reglamentadas.

Al respecto, uno de los esfuerzos del Estado, ha sido el planteamiento del Acuerdo 245 de 2003, en donde se redistribuye por una sola vez los pacientes de dos de las enfermedades de alto costo, pues en sus dos primeros artículos se afirma que,

Artículo 1. Objeto. Establecer una política integral para el manejo del alto costo, garantizar la adecuada atención de los pacientes afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, realizar vigilancia epidemiológica y mejorar la utilización de los recursos financieros del Sistema. Así mismo se establecen medidas con el objeto de controlar y prevenir la selección del riesgo de los pacientes con los diagnósticos de VIH-SIDA e Insuficiencia Renal Crónica, que permita corregir y prevenir la concentración de estos enfermos para evitar el desequilibrio financiero de las EPS y ARS del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 2. Componentes de la política de alto costo. La política de alto costo de que trata el presente Acuerdo, tendrá los siguientes componentes:

1. Redistribución del riesgo

2. El control de la selección del riesgo
3. El Modelo de atención
4. Vigilancia Epidemiológica

También es necesario resaltar, el Decreto 050 de 2003 en donde se insiste que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben reasegurar los riesgos derivados de la provenientes de la atención de las enfermedades de alto costo, del mismo modo, define como riesgo derivado de la atención de las enfermedades de alto costo, la desviación del costo previsible y razonable que debe ser asumido en primer lugar por las EPS. También trata a las EPS en razón del número de afiliados, volumen de recursos a su cargo y manejo de costos, pues es de vital importancia que tengan la capacidad de asumir la desviación del riesgo conforme a una plena dispersión de riesgos, definiendo el mecanismo mediante el cual garantizarán la cobertura de eventos de alto costo sin exposición a riesgos financieros.

En este orden de ideas y teniendo en cuenta todo el planteamiento normativo alrededor de la temática del alto costo se podría decir que la figura del reaseguro enfermedades de alto costo está vigente y las Empresas Promotoras de Salud de ambos regímenes están obligadas a tomar dicha figura, para que haya una cobertura de patologías, eventos o procedimientos determinados por la Comisión de Regulación en Salud (actualmente en liquidación, sus funciones se trasladan al Ministerio de Salud y Protección Social) por medio del reaseguro.

Así las cosas surge el gran interrogante de si es o no, el reaseguro, un mecanismo de financiación viable, dado que se basa en la transferencia del riesgo, pues las sumas pagadas por primas son mayores que los recobros obtenidos lo que ha llevado a proponer un sistema de reaseguro universal que presenta ventajas por su capacidad para distribuir el riesgo y permitir

que las firmas manejen aquellos incidentes que se encuentren por debajo del valor esperado, por medio del autoseguro, tal como lo menciona Chicaiza (2002).

Pero a pesar de ello el reaseguro en Colombia no operaba como un sistema de distribución de riesgo sino como una fiducia, donde se colocaba el dinero para que se pagara el alto costo y si subía el alto costo, por ende subía la póliza dejando ver que no se distribuía el riesgo entre las aseguradoras del Sistema. Así las cosas, por esta razón dejó de ser útil y se aumentaron los deducibles, reflejando que no es necesario reasegurar todo el costo de estos tratamientos o enfermedades. De aquí surge un gran interrogante y es, por qué el Ministerio no licitó, por ejemplo, para que una sola reaseguradora distribuyera uniformemente el riesgo o el exceso del mismo en las aseguradoras y no simplemente cada “reaseguradora” le devolviera el riesgo a la EPS con el aumento del valor de la prima.

Es así también como, el Ministerio de Salud (2001), denomina como autoseguro a las pólizas de reaseguro de enfermedades de alto costo que son contratadas por las firmas de aseguramiento pero que hayan creado fondos de reserva para manejar sus riesgos hasta un cierto tope, que coincide con el valor deducible del reaseguro.

Ahora bien en un intento de reforma el Gobierno, teniendo en cuenta que con el tipo de organización institucional depende la distribución del riesgo y con ello el uso o no de un mecanismo como el reaseguro, por medio de la Ley Ordinaria en Salud proponía una nueva dinámica institucional del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en donde se dejaba de lado al reaseguro pues nacía un fondo único que funcionaría tal y como se muestra a continuación, en la figura 1.

Figura 1. Hacia un nuevo modelo de salud

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. *Cuatro grandes fórmulas*. Recuperado 06, 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mia.aspx>

Con esta organización se rompe con el reaseguro, tal como se mencionó anteriormente y adicionalmente con Salud Mía se busca que haya una sola entidad pública que afilie al Sistema, recaude, administre y distribuya los recursos públicos de la salud (provenientes de 14 fuentes de financiación que incluyen los aportes del Régimen contributivo, los recursos del Presupuesto General de la Nación y de los impuestos y parafiscales destinados a la salud, entre otros) para que sean invertidos de forma correcta para lo que será vigilada y controlada de la Superintendencia Financiera de Colombia ya que tendrá autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente.

Ahora como se muestra a continuación en la figura 2, Salud Mía será quien vigile que los gestores en salud por medio de resultados puedan obtener recursos, también les pagará directamente a los prestadores de servicios de salud, acabando con la intermediación financiera de las EPS.

Figura 2. Dinámica institucional SGSSS

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. *Cuatro grandes fórmulas*. Recuperado 06, 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mia.aspx>

Ahora bien, para ahondar en la mal interpretación de la normatividad, se hace necesario entrar a precisar los POS y no POS, puesto que el Plan de Beneficios de una u otra forma tiene separado el alto costo de lo no alto costo, aunque esté regularmente definido. Es así como dentro del POS se encuentran amparados ciertos tratamientos para las enfermedades de alto costo y dentro lo no POS entran las solicitudes realizadas por medio de la acción de tutela que muchas veces, aunque incluyen dichos tratamientos, son interpuestas para el cubrimiento de las exclusiones que hay dentro del plan de beneficios ocasionando grandes gastos para las aseguradoras y generando una gran problemática al momento de realizar los recobros ante el FOSYGA.

A continuación, en la Figura 3, se muestra cómo ha sido el comportamiento de la Tutela en el análisis presentado por la Defensoría del Pueblo en el año 2012 con motivo de los 20 años

de la tutela, es así como dicho estudio refleja que “en los 20 años del uso efectivo de la tutela se interpusieron 3.321.457 acciones, con un crecimiento del 3377%”.

Gráfica 1. Contenido de tutelas en salud

Fuente: Defensoría del Pueblo (2012). *La tutela y el derecho a la salud 2011, 20 años 1992 – 2011*. (pp 174) Bogotá D.C.

Relacionado con lo anterior, la gráfica muestra que un gran porcentaje de las acciones interpuestas corresponden a tratamientos y medicamentos que se encuentran fuera del POS, en la mayoría de los casos utilizados en las enfermedades de alto costo o enfermedades raras. Es así como en el régimen contributivo se tutelan los tratamientos integrales y tratamientos No POS como la ortodoncia y periodoncia, musicoterapia, rehabilitación de farmacodependencia, equinoterapia e hidroterapia; en el régimen subsidiado los tratamientos No POS, más solicitados fueron la equinoterapia, acuaterapia, integración sensorio-motriz, musicoterapia y rehabilitación de farmacodependencia.

En cuanto a los medicamentos no POS, en el régimen contributivo los más solicitados fueron los suplementos alimenticios, somatropina, plavix, adalimumab, memantina, tegretol,

gabapentina y rivotril; en el régimen subsidiado los 10 más solicitados fueron los suplementos alimenticios, palivizumab, toxina botulínica, gabapentina, levitacera, enoxaparina, timolol + dorzolamida y montelukast. Se puede ver como la mayoría de estos medicamentos son para tratamientos de enfermedades de alto costo y son solicitados en presentaciones comerciales, lo cual refleja la presión de las empresas transnacionales por vender productos que a veces ponen duda su efectividad.

Finalmente, se ve como en tercer lugar y no menos importante, como las cirugías tienen un gran porcentaje pues en el régimen contributivo, las cirugías No POS, más comunes son las mamoplastias, cirugía ortognática, plástica de cualquier tipo, mastopexia con implante y abdominoplastia; y en el régimen subsidiado fueron la bariátrica, bypass gástrico, mamoplastias bilaterales, implante coclear, resección de pterigios y balón gástrico.

Ahora bien, otro tema importante que ha afectado la problemática del alto costo, es conocido como la “presión tecnológica” (Martínez, 2013), forma en la cual grandes empresas transnacionales capturan dineros provenientes de la salud generando recursos tecnológicos que tienen un costo elevado dirigidos a la atención de enfermedades, especialmente, las de alto costo llevando al aumento de monopolios, patentes y estrategias tecnológicas que hacen que la gente acuda al sistema de salud pensando que son una solución correcta para su enfermedad incrementando costos en la atención en salud, por ende los recobros generados por las tutelas interpuestas para acceder a ciertos tratamientos y procedimientos costosos.

La “presión tecnológica”, se hace evidente debido a la influencia de las estrategias de mercado de las empresas transnacionales de medicamentos y tecnologías médicas, pues muchas veces logran su cometido ejerciendo presión en los gobiernos y abusando de los tratados de

“libre comercio”, con énfasis en la “propiedad intelectual” y la “libertad de precios” pues aparecen las llamadas “patentes débiles” las cuales buscan alargar sus derechos de comercio monopolístico de medicamentos innovadores para lograr la prohibición de replicar los medicamentos biotecnológicos (Martínez, 2013, p. 44).

Así las cosas, la libertad de precios, la influencia de los médicos, las asociaciones de pacientes y el asesoramiento jurídico han logrado que Fondos como el FOSYGA tengan que pagar por medicamentos “innovadores” no incluidos en el Plan de Beneficios dejando como consecuencia una gran crisis financiera dentro del Sistema de Salud la cual se refleja en la actualidad del mismo.

Como evidencia, la Contraloría General de la República en el año 2012 (citado en Martínez, 2013) y otros sectores afirman que,

el crecimiento dramático y desmesurado de los recobros al FOSYGA por medicamentos y otras prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) constituye uno de los factores determinantes en la crisis social y financiera del sector salud considerando que entre los años 1997 a 2000 los recobros alcanzaron la suma de \$4.244 millones, que en el 2002 pasaron a \$56.174 millones y llegaron a \$2.236.120 millones el año 2010 ya sea por vía Tutela o los denominados Comités Técnicos Científicos (CTC).

Lo anterior también pone en duda el papel de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, pues dio luz verde a una desregulación y libertad en los precios de los medicamentos sin calcular el impacto en el principio de sostenibilidad financiera del SGSSS, dejando en entredicho el funcionamiento de los entes de inspección, vigilancia y control teniendo en cuenta todo el problema que se desató en cuanto los recobros en años pasados, sumado la configuración del POS, ya que actualmente dada su “especificidad” en cuanto a la

inclusión del principio activo, la concentración y la forma farmacéutica, generó que aunque no hayan diferencias terapéuticas se recobrarán medicamentos no incluidos en el plan de beneficios pero que cuentan con sustitutos dentro del mismo, pues como lo afirma el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) al cruzar la base de datos CUMS del INVIMA y el Acuerdo 29 de la CRES, se encuentra que el POS actual contempla 442 principios activos, de los cuales 372 tienen concentraciones o formas farmacéuticas no incluidas en el POS, esto es, potencialmente existen maneras de “recobrar”, como sustancias activas No POS, 84,2% de las sustancias activas POS.

En cifras el FOSYGA presenta que en el año 2009, el 87% del valor de los recobros es por medicamentos no POS, la mayoría corresponden a medicamentos de origen biotecnológico, mostrando una relación de 10:8 y es muy posible que también sean de medicamentos no autorizados por el INVIMA. Así las cosas el Ministerio de Salud y Protección Social (citado en Martínez, 2013) en su proyecto de Ley Ordinaria para reformar la Ley 100 de 1993 afirma que:

En 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción (IMS, 2010); (Zapata, 2012). Aumentos en la carga de enfermedad y en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión del valor de recobros corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera que cabe preguntarse si el aumento en la demanda se origina en los malos incentivos, en inducción inadecuada de la demanda y en ineficiencias administrativas como la estructura y configuración del POS, ya descrita.

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO ⁴⁰

Las dinámicas de innovación terapéutica y diagnóstica son también factores que influyen sobre el gasto en salud, tanto de las prestaciones POS como de las prestaciones del No POS. Por ejemplo, en Colombia, un promedio de 20 de nuevos principios activos entran al mercado cada año, según cifras del INVIMA. Estos principios activos aparecen rápidamente en el top del perfil de los recobros sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio, excepto los conceptos de los Comités Técnico Científicos. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y solo 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los recobros para el mismo año (FOSYGA 2012).

Esto quiere decir que no solo hubo un aumento en los recobros, sino también en el valor que se pagó por ellos, pues en 2010 el gasto de lo no POS en cuanto a las coberturas del Sistema se incrementó hasta superar los dos billones de pesos en ese mismo año, tal como se muestra en la Gráfica 2, donde se refleja que al haber un aumento en los recobros, la inequidad en el Sistema también crece.

Gráfica 2. Valor anual pagado por recobros de servicios No POS 2005 – 2012

Fuente: FOSYGA; cálculos Ministerio de Salud y Protección Social

Nota: La tendencia decreciente de la gráfica coincide con el establecimiento de topes a los valores de recobro.

De la misma forma como los medicamentos han aumentado el costo en salud, la incorporación de nuevas tecnologías médicas no se queda atrás, puesto que por la exigencia y

la llegada de equipos e insumos de alta tecnología, el Ministerio de Salud y Protección Social (2013) se atreve a afirmar que debido al exceso en la demanda de estos servicios dada la “la baja resolutivez en los niveles básicos de atención y a los poderosos incentivos para la inducción de demanda en los hospitales de alta complejidad” se ha aumentado el índice de hospitalización en toda la región, pues la Encuesta de Calidad de Vida de 2010 refleja que dicho índice aumentó en un 8%. Esto afecta enormemente al Sistema pues las EPS se descompensan lo cual se refleja “tanto a través de la cartera hospitalaria como del recobro de medicamentos por fuera del Plan Obligatorio de Servicios (No POS)”.

Así las cosas, se puede concluir una verdadera desconfiguración del sistema hospitalario, pues las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se han dejado llevar por los “incentivos para la selección de unidades de servicio compensadas con base en la rentabilidad” lo que tiene como consecuencia el “cierre de las unidades no compensadas o menos productivas tales como pediatría, urgencias y medicina interna”. Del mismo modo, esto ha un incremento de las “unidades productivas de mayor agregado tecnológico tales como cuidado intensivo, imagneología o hemodinamia con efectos perversos sobre el costo de los servicios y dudosos resultados en la resolutivez final del sistema hospitalario”, tal como lo afirma el Ministerio de Salud y Protección Social (2013).

Se puede condensar lo dicho hasta aquí, que en conjunto se refleja un aumento desmedido en los gastos de servicios hospitalarios en cuanto a la atención ambulatoria y servicios básicos pues al paso del tiempo se ha dejado concentrar el gasto en IPS de alta complejidad.

Es así como en la actualidad hay un vacío en cuanto a la definición exacta y más específica de lo que es alto costo, pues como se mostró anteriormente es un vacío normativo y

conceptual el salud que a lo largo del tiempo ha venido afectando la sostenibilidad financiera y la distribución de los recursos del sistema, a las IPS y a los usuarios quienes son la población que adolece estas consecuencias, pues son quienes deben recibir finalmente los tratamientos de alto costo para las patologías o dolencia que padezcan.

Finalmente, como aporte a la diferenciación de una enfermedad catastrófica y de alto costo se puede tomar de referencia la definición de la OMS (2010), pues menciona que una enfermedad catastrófica “hace referencia al gasto de bolsillo en los hogares relacionado con salud cuando excede el 40% del ingreso familiar, luego de haber cubierto los gastos esenciales para su subsistencia”; así pues se puede diferenciar que una enfermedad de alto costo es aquella que requiere una alta complejidad técnica en su manejo y tratamiento lo cual afecta financieramente a los aseguradores.

6. Una mirada internacional a la problemática del alto costo

La presencia de las Enfermedades de Alto Costo en un Sistema de Salud en cualquier país del mundo, se ha convertido en una de las principales amenazas macroeconómicas ya que su impacto afecta de forma relevante la sostenibilidad financiera del sistema y por ende del país.

Es por esto que los sistemas de salud del mundo ven al reaseguro como una de las herramientas para evitar un colapso financiero, lo que más asusta a las Entidades Administradoras de los recursos financieros y del riesgo en salud, pues son conscientes de su exposición a los gastos ocasionados por el alto costo y más aún de que sus recursos y los del Estado pueda que no sean suficientes para cubrir todas las prestaciones generadas por dicha causa, para lo cual ven como una opción compartir el riesgo con Reaseguradoras para redistribuirlo en el número de afiliados junto con el capital que tiene para responder.

A nivel internacional, se han aplicado diversos modelos de ajuste del riesgo, como se verá mas adelante, donde se muestra cómo se han aplicado dos fórmulas, actuarial o celdas donde cada una es un grupo de riesgo definido y se calcula el promedio de gastos de cada persona que haga parte de dicho grupo, esto para conseguir una tabla de factores de riesgo y así distribuir el riesgo como en Chile.

Otro modelo usado es el análisis de regresión en donde se calculan los gastos esperados de forma individual o por grupo de riesgo, teniendo en cuenta variables independientes que son más relevantes, así se determina cuánto peso tiene cada una de dichas variables en cada uno de los grupos de riesgo.

El modelo de celdas es el más usado como es el caso Alemania y Suiza, las estimaciones econométricas en Estados Unidos, Holanda y Bélgica en donde se usan variables agregadas. Estos son modelos de más de 10 años, en donde se debe analizar su parte actuarial y una regresión, pues las variables aumentan significativamente y ahora es de vital importancia tener en cuenta, además de los modelos demográficos, las variables que indiquen el estado de salud y tengan una relación completa y amplia de los niveles de información sobre los eventos de salud que se presenten en las personas de una población; es el proceso que hacen Holanda y Alemania.

Tabla 1
Resumen de los aspectos relevantes de los Modelos de Ajuste de Riesgo a nivel internacional

Resumen Aspectos Relevantes de Modelos de Ajuste de Riesgos a Nivel Internacional y Modelo Inter-isapre-Chile							
País	Organización Flujos financieros	Tipo de Contribución Solidaria ¹⁵	Tipo de ajuste y Variables	Modelos Ex – ante o Ex – post	Técnica de cálculo	Costos aceptables	Sistema de riesgo compartido
Alemania	Interno	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico- socioeconómico (sexo, edad, discapacidad, SIL, ingreso, DMPs)	Ex - post	Actuarial de celdas	Restringe los cuidados en el hogar	Si, riesgo compartido de altos costos
Bélgica	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico-socioeconómico (sexo, edad, urbanización, discapacidad, ingreso, ocupación, mortalidad)	Ex – ante	Regresión con datos agregados	Restringe fisioterapia, atención dental y psiquiatría	No
Holanda	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Estatus de Salud (Diagnostic Cost Group (DCGs), incluye sexo edad y cerca de 180 categorías diagnósticas, autoempleado (si, no)	Ex – ante	Regresión DxCG	Restringe fisioterapia y atención dental	Si, riesgo compartido y riesgo compartido proporcional
Israel	Externo	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico (Edad)	Ex – ante	Actuarial de celdas	Restringe fisioterapia, atención dental, cuidados en el hogar y psiquiatría	Si, riesgo compartido por condición específica
Suiza	Interno	Prima comunitaria asociada al ingreso	Demográfico (Sexo, edad, región)	Ex – post	Actuarial de celdas	Restringe psiquiatría	No
EE.UU. - Medicare	Externo	No aplica	Estatus de Salud (Diagnostic Cost Group (DCGs), incluye sexo, edad, región y cerca de 180 categorías diagnósticas)	Ex – ante	Regresión DxCG	Restringe servicios de enfermería prolongados, atención dental, lentes, audífonos y gran parte de medicamentos	No
EE.UU. - Medicaid	Externo	No aplica	Estatus de Salud (Ambulatory Cost Group ACG, CDPS y otros, sexo y edad)	Ex – ante	Regresión ACG, otros	Varia según Estado.	No
EE.UU. - Minnesota	Externo	No aplica	Estatus de salud (ACG, sexo y edad)	Ex - ante	Regresión ACG		No
EE.UU. - Massachusetts, Estado Washington	Externo	No aplica	Estatus de salud (DCGs, sexo y edad)	Ex - ante	Regresión DxCG		No
Chile-inter-isapre	Interno	Prima comunitaria (única per-cápita (tarifa plana)	Demográfico (sexo y edad)	Ex – ante con ajuste ex -post	Actuarial de celdas	Dado por las GES	Existe Cobertura Financiera Adicional

Fuente: Elaborado desde van de Ven, et. al. (2001), Ellis (2002), Wasem (2005), Pope et. al, (2000).

¹⁵ En esta tabla se describe el aspecto fundamental de la prima comunitaria en cada caso. No obstante, se debe tener en cuenta que puede diferir de país en país, en cuanto a monto, si se considera por región, si se cobra por seguro, etc.; y que puede ser combinada.

Ahora bien, a continuación se presentan dos experiencias a nivel mundial, en donde se le da un manejo prioritario a las enfermedades de alto costo, como es el caso de Holanda en donde se tiene un seguro de alto costo obligatorio y universal para brindar la protección requerida en estos casos y otro ejemplo de seguro es el Medicare que se usa en Estados Unidos para los mayores de 65 años y tiene una forma diferente de financiación.

Como se mencionó anteriormente, el Medicare es un programa de seguro aprobado por el gobierno de Estados Unidos que está dirigido a las personas mayores de 65 años principalmente, personas menores de 65 años que reúnen los requisitos para acceder además de presentar discapacidad, Insuficiencia Renal Crónica (en Terapia de Reemplazo Renal o Trasplante) o esclerosis lateral amiotrófica.

EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DEL MANEJO Y DEFINICIÓN DEL CONCEPTO DE ALTO COSTO EN SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DEL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO 45

Este seguro lo que hace es cubrir el costo de la atención en salud pero no los gastos médicos ni los cuidados que puedan sobrevenir a largo plazo, por esto este programa se divide en cuatro partes:

Tabla 2
Partes Medicare – Estados Unidos de América

MEDICARE	DESCRIPCIÓN
<p>Parte A</p> <p>Seguro Hospitalario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cubre al paciente internado en un hospital. • Cubre gastos de cuidados de enfermería especializada, paliativos y en casa.
<p>Parte B</p> <p>Seguro Médico</p>	<p>Ayuda a pagar los servicios médicos que la parte A no cubre, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Servicios médicos y de otros proveedores de cuidado de salud, servicios para pacientes ambulatorios, equipo médico y cuidado de la salud en casa. • Algunos de los servicios de prevención para mantener el estado de salud y evitar complicaciones relacionadas con la enfermedad.
<p>Parte C</p> <p>Medicare Advantage</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para acceder se debe tener A y B. • Se recibe atención médica a través de una HMO (Health Maintenance Organization – Organización para el Mantenimiento de la Salud). • Ofrece opciones de planes de salud manejadas por compañías de

	<p>seguro privadas aprobadas por Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mayoría ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare (Parte D). <p>Algunos planes incluyen beneficios extras por un costo adicional.</p>
Parte D	<ul style="list-style-type: none"> • Da cobertura al costo de los medicamentos recetados. • Es administrado por compañías de seguro privadas aprobadas por Medicare.

Fuente: Elaboración propia

Así las cosas, se puede concluir que en Estados Unidos predomina un Sistema completamente privado, en donde las personas deben acceder teniendo en cuenta unas condiciones estrictas y si quieren obtener servicios adicionales deben pagar un costo a una de las compañías de seguro privadas aprobadas por el Medicare. Es así como se refleja que en este modelo se tiene en cuenta y se le da prioridad a las aseguradoras y a los usuarios.

Ahora bien, en Holanda el sistema de salud tiene tres compartimentos:

Tabla 3
Compartimiento Sistema de Salud en Holanda

COMPARTIMIENTO	DESCRIPCION
1	<ul style="list-style-type: none"> • Plan seguro social de salud obligatorio (SHI – Social Health Insurance). • Asistencia de enfermedades que requieren tratamiento prolongado y casos de enfermedades crónicas de gran impacto

	<p>financiero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regulado por “Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ” (Reglamento para gastos médicos extraordinario). • Financiado por contribuciones relacionadas al salario. • Asistencia médica organizada por las Oficinas de Salud (Zorgkantoren).
2	<ul style="list-style-type: none"> • Es un SHI, que cubre a toda la población con un “seguro de salud básico” (medicina asistencial). • Regulado por “Zorgverzekeringswet, ZVW” (Reglamento de los seguros de salud). • Se contribuyen de dos maneras: <ul style="list-style-type: none"> - <u>Prima fija</u> (nominal Premium o prima comunitaria) pagada directamente al asegurador. Los menores de 18 años son subsidiados por el Fondo de Seguro de Salud (Health Insurance Fund). El valor de la prima puede ser fijada por las compañías aseguradoras. - <u>Contribución de la renta</u> (relacionadas al salario) deducido por el empleador y transferido al Fondo de seguro de salud. Las contribuciones son recaudadas por el Tax Office, quien las transfiere Fondo y luego a los aseguradores de acuerdo al sistema de ajuste por riesgo. El ajuste por riesgo es un sistema

	<p>de reembolsos a las aseguradoras que incorpora compensaciones por el riesgo asumido teniendo en cuenta la edad, el género, la región, información sobre si el asegurado trabaja o no, por cuenta propia o ajena, o si está discapacitado. Así para los aseguradores las personas son igualmente rentables. Aquí se reciben los aportes del Gobierno para menores de 18 años. Las prestaciones están estandarizadas y al aplicarse el sistema de ajuste por riesgo, si hay diferencias en las primas cobradas por los aseguradores, son por diferencias en la eficiencia en la administración, la gestión y la red de prestadores de salud.</p>
3	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro Voluntario de Salud Complementario (VHI – Voluntary Health Insurance). • Cubre servicios de salud no cubiertos por los compartimientos 1 y 2.

Fuente: Elaboración propia

Lo anterior refleja que en países como Holanda, el seguro destinado a la enfermedades de alto costo es obligatorio y universal por medio del cual se protege todo tipo de patologías crónicas y todas aquellas que conlleven grandes gastos. Pues en este tipo de Sistema se da prioridad a las personas y a los prestadores de los servicios en salud.

Es así como se deduce que un gran porcentaje de la población estaría conforme con tener protección para todas las contingencias derivadas de la salud en caso de ser una enfermedad

crónica o invalidante que ocasione grandes gastos, como por ejemplo el requerir de cuidados adicionales por parte de personal de enfermería o un cuidador.

Como se dijo en el anterior capítulo la Ley 100 de 1993 plantea como mecanismo de financiación “el reaseguro colectivo y obligatorio para enfermedades de alto costo” el cual se mostró con el seguro holandés, por medio del estado da cubrimiento para las enfermedades de alto costo, con este mecanismo se pretendía evitar y frenar la selección adversa en los grupos de bajos recursos y elevados costos en la atención en salud.

También, la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma como principales obstáculos para la cobertura universal de las enfermedades de alto costo, la insuficiente disponibilidad de los recursos, pues hasta el momento ningún país ha logrado extender la salud a totalidad de la población, brindar acceso a las tecnologías en salud, pues el gasto de bolsillo en varios países va desde un 10% hasta un 80% de los ingresos, el Departamento de Administración Nacional de Estadística (DANE) (febrero, 2012) afirma que tan sólo un 89,6% tiene acceso a protección social en salud lo que equivale aproximadamente a 19 millones de personas (Población Económicamente Activa: 21.127.000)

Es así como la OIT establece en el artículo 10 de la parte 2 (Asistencia Médica) del Convenio 102 unos elementos mínimos para que en cada país se creen unos paquetes para el manejo y reducción de gastos de las enfermedades de alto costo y así prevenir el empobrecimiento del país,

Artículo 10.

1. Las prestaciones deberán comprender, por lo menos:

En caso de estado mórbido:

i) la asistencia médica general, comprendida la visita a domicilio;

- ii) la asistencia por especialistas, prestada en hospitales a personas hospitalizadas o no hospitalizadas, y la asistencia que pueda ser prestada por especialistas fuera de los hospitales;
- iii) el suministro de productos farmacéuticos esenciales recetados por médicos u otros profesionales calificados;
- iv) la hospitalización, cuando fuere necesaria;

En caso de embarazo, parto y sus consecuencias:

- i) la asistencia prenatal, la asistencia durante el parto y la asistencia puerperal prestada por un médico o por una comadrona diplomada;
- ii) la hospitalización, cuando fuere necesaria.

2. El beneficiario o su sostén de familia podrá ser obligado a participar en los gastos de asistencia médica recibida por él mismo en caso de estado mórbido; la participación del beneficiario o del sostén de familia deberá reglamentarse de manera tal que no entrañe un gravamen excesivo.
3. La asistencia médica prestada de conformidad con este artículo tendrá por objeto conservar, restablecer o mejorar la salud de la persona protegida, así como su aptitud para el trabajo y para hacer frente a sus necesidades personales.
4. Los departamentos gubernamentales o las instituciones que concedan las prestaciones deberán estimular a las personas protegidas, por cuantos medios puedan ser considerados apropiados, para que utilicen los servicios generales de salud puestos a su disposición por las autoridades públicas o por otros organismos reconocidos por las autoridades públicas.

Es así como la OIT propone el desarrollo de políticas sobre paquetes de prestaciones que incluyan todas las prestaciones que cubran los gastos ocasionados por enfermedades de alto costo, esto debe ser de acuerdo a los ingresos de cada país, lo más importante es que al formar estos paquetes se tengan en cuenta los planteamientos y conceptos de los diferentes grupos de la población que puedan verse implicados como por ejemplo el gremio de los médicos, las agremiaciones de entidades aseguradoras, grupos de pacientes, entre otros; pues en la actualidad, el utilizar solamente el criterio médico no solo ha llevado a ocasionar confusiones

sino que también deja ver como ciertos eventos de alta frecuencia y bajo costo se encuentren (OIT, 2007).

Entonces, para evitar confusiones varios países tales como Uruguay y algunos lugares de Estados Unidos han desarrollado un esquema en donde se tiene en cuenta el diagnóstico y la intervención lo que ha permitido una mayor precisión a la hora de definir lo que verdaderamente es alto costo además de permitir un avance a la construcción de paquetes definidos sobre atenciones y costos promedio o tarifas estándar así como de esquemas de vigilancia de calidad (Martínez, 2002) .

Teniendo en cuenta lo anteriormente dicho, lo que se debe formar es una diversidad de paquetes que permiten el acceso equitativo y universal de toda la población a los servicios de salud aplicando las normas mínimas para hacer valer los derechos sociales fundamentales y así tener condiciones competitivas en la economía global.

Ahora bien, al momento de seguir haciendo el análisis de la visión internacional del Alto Costo, existe una limitación desde el punto de vista del reaseguro, pues solo se ve la necesidad de distribuir uniformemente el riesgo entre varios aseguradores y esta no es la condición de la mayoría de los países.

Es así, como en la actualidad el alto costo en los diversos países, se inclina hacia la presión tecnológica, pues los tratamientos para la enfermedades de alto costo tiene elevados precios lo cual hace que los sistemas de salud deban invertir más recursos al momento de manejar estos tratamientos, pues la mayoría de la industria se está moviendo hacia este mercado.

A nivel internacional, se pueden recoger importantes aspectos en lo relacionado con la creación de agencias o entidades que se encargan de la Evaluación de Tecnologías en Salud (ETS).

Para empezar, Canadá tiene un sistema federal de salud con limitaciones presupuestales en donde existe una agencia nacional que debe coordinar y seguir los objetivos de las necesidad en tecnología en salud, es la Oficina Canadiense Coordinadora para la Evaluación de Tecnología en Salud, hay varias agencia subnacionales lo cual hace que no sea centralizado pero aún así mantiene la coordinación para lograr los objetivos del sistema y sus diversos subsistemas.

Teniendo en cuenta que México y Argentina tienen un perfil socioeconómico y epidemiológico parecido al Colombiano, han desarrollado varias agencias de evaluación de tecnología. En Argentina existe el Instituto para la Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) respaldado por la Universidad de Buenos Aires y aunque el presupuesto no es alto es uno de los centros de excelencia a nivel latinoamericano. Y en México está el Instituto Mexicano de los Seguros Sociales.

En Inglaterra está el Instituto Nacional para la Excelencia Clínica de Inglaterra (NICE) el cual concentra procesos administrativos y técnicos que conducen a un reporte de evaluación de tecnología; es muy sistemático para evitar sesgos, es por esto que hay participación de múltiples agentes en el proceso de evaluación que hace explícita la referencia a los pacientes (clientes).

En España, ciertas regiones como Catalunya, el País Vasco y Madrid han realizado esfuerzos por producir información de valor científico y utilidad en la toma de decisiones, es

así como la investigación que desarrolla cada agencia subnacional, refleja las necesidades de cada región.

A nivel mundial existe la Red Internacional de Agencias para la Evaluación de Tecnologías en Salud (43 agencias de 21 países miembros) que ha sido la encargada de la administración, organización y procesos conducentes a la producción de reportes de evaluación de tecnología.

Es así como en varios países la capacidad presupuestal influye en el desempeño de cada agencia así como también las características de cada Sistema de Salud. Igualmente la ETS ha dejado de ser vista como una “sofisticación técnica y un capricho tecnócrata” y ahora es una necesidad para establecer adecuados lineamientos para satisfacer las necesidades que muestren los sistemas de salud.

En Colombia, el SGSSS busca cómo utilizar la información disponible lo mejor posible, para tomar las decisiones de políticas en salud basadas en la mejor evidencia que exista, dado a que deben ir encaminadas a las necesidades y prioridades del Sistema. Es así, como la tecnología en salud (TS) ha ganado un espacio importante dentro de la toma de decisiones en el Sistema, pues hay una creciente dependencia, sobreoferta y aporte al crecimiento en los costos.

Así las cosas, el uso de la mejor evidencia disponible da como resultado políticas en salud basadas en la evidencia, dentro de los planes de beneficios, pues la agregación de TS ha influido en la formulación, adecuación y desarrollo de las políticas de TS, convirtiéndose en un mecanismo de alto impacto. Para esto es necesario que el país cambie el esquema de las instancias que actualmente asesoran y estudian el tema, pues a nivel internacional la

experiencia demuestra que las agencias de ETS han contribuido a la solución de importantes problemas en la formulación y evaluación de las políticas en salud.

7. Revisión a posibles soluciones y acciones de mejoramiento a la política del Alto Costo

Tanto en Colombia como en el resto del mundo es muy complejo lograr y tener la capacidad de sostener planes de salud que cubran de forma ilimitada a toda la población. Actualmente el Gobierno Nacional por medio del Ministerio de Salud y Protección Social se han puesto como meta garantizar de forma periódica la actualización del POS, así como también el desarrollar mecanismos que permitan el acceso equitativo, de calidad e integral a todas y cada una de las prestaciones que pueden quedar por fuera del plan de beneficios, bien sea por pertenecer a las llamadas “enfermedades huérfanas”, por tener un grupo de pacientes que estén concentrados en centros especializados internacionales o nacionales debida y científicamente aceptadas o porque teniendo en cuenta su alto costo se pueden obtener ventajas significativas para el sistema financiera del país por medio de negociaciones en las que se hagan compras masivas de medicamentos e insumos directamente en las grandes multinacionales.

Ahora bien, cabe destacar que actualmente dentro del sistema de salud existe una debate coyuntural pero a pesar de ello no se deben dejar de lado los problemas estructurales que tiene el sector y que pueden generar importantes consecuencias a futuro. Es así de donde parten la discusión entre si es válido y viable el modelo actual de prestación de servicios de salud en Colombia; a pesar de ello lo que se ve actualmente es totalmente diferente.

El gran problema que se presenta en el sistema de salud, Castañeda y otros (2012) comenta que,

se concentra en ajustar el actual modelo de aseguramiento, pues el país carece de opciones serias o modelos alternos diferentes a asumir directamente el aseguramiento de toda la población colombiana, lo cual a nuestro entender no proporcionaría ventajas sobre el modelo actual para los usuarios ni para los profesionales de la salud, ya que ambos perderían la capacidad de elección, unos para su aseguramiento y gestión de riesgo, y otros como posibles empleadores. Para las IPS un aseguramiento único estatal, tal como fue el modelo del ISS hace dos décadas, representa tener el monopolio de un pagador único con la asimetría que esto implica a la hora de negociar, tanto esquemas de prestación de servicios, como tarifas y volúmenes.

Con lo anterior y según las cifras, el Gobierno destina anualmente alrededor de \$45 billones al sector salud, es por esto que se debe dar un buen manejo de los recursos a largo plazo para así evitar el aumento del gasto médico y bolsillo, todo esto para mantener el control del gasto en salud y la libertad de precios de medicamentos. Es un problema social y de cuidado en el manejo financiero pues las cifras que se manejan son muy grandes, lo que obliga a una disciplina técnica y fiscal pues el gasto en salud es tan alto que el Gobierno y Hacienda deben tener un control para evitar el desborde en el presupuesto nacional y controlar el gasto el salud.

Si no se controla y no se regula el gasto en salud no hay sistema en el país que resista. El punto de la presión tecnológica, los tratamientos de alto costo y la nueva reglamentación de precios se da por esto, pues la liberación de precios iba a quebrar el sistema.

Adicionalmente, en los últimos años se ha venido unificando de forma gradual el plan de beneficios, orden que fue dictada por medio de la sentencia T-760 de 2008 y confirmada por la Ley 1438 de 2011, pues en la medida que se vayan dando los cambios se deberá ir presentando una redistribución en el número y tipo de afiliados entre las diferentes aseguradoras a pesar de la estabilidad que muestran en cuanto a la cantidad de afiliados y el volumen de los recursos

que administran. Es así, como desde el Ministerio de Salud ha venido teniendo en cuenta las diversas razones que se han tomado en búsqueda de garantizar la solidez del sistema de aseguramiento por medio de una depuración técnica basada en principios de calidad, capacidad y responsabilidad financiera, en conclusión, el Ministerio lo que busca es tener un menor grupo de aseguradoras en donde se refleje una gran capacidad gerencial y financiera para garantizar una mejor gestión del riesgo de la población afiliada con lo que se espera una estabilidad del SGSSS buscando la expansión en la cobertura y la mejorar la capacidad de manejo de los recursos en el sector y aumentar la capacidad de afiliación de la población vinculada existente.

Del mismo modo y viendo la importancia que tiene el equilibrio y sostenibilidad financiera, la cual ha sido considerada como un principio rector del SGSSS, se debe propender y velar por la distribución de los recursos de forma equitativa guardando la sinergia entre los diversos actores del sistema, pues teniendo en cuenta el valor de los recursos provenientes de Estado, más los aportes de los contribuyentes el mismo Estado es quien debe velar y busca dicha armonía de lo cual se parte para evitar que algunos actores tengan mayores ventajas financieras en detrimento de los demás, pues si uno falla se dañaría de inmediato la estabilidad del Sistema, algo que refleja la situación actual del mismo.

Así las cosas, una solución que se puede plantear es consolidar los ingresos del sector y equilibrar los canales de flujo de recursos por lo que en la actualidad se ha venido tomando la medida de crear un sistema único de cuentas nacionales y fiscales de la salud, también estas herramientas deben servir como fuente de información para la identificación del estado del Sistema en el presente y sirva de guía para el manejo que deben tener los entes que conforman

del mismo. Además, teniendo en cuenta el sistema unificado de información, se permite presentar el gasto por actores, por regiones, por grupos poblacionales y por patologías, es decir, un manejo acorde al perfil epidemiológico real y contextualizado a la situación del país.

Si la universalización y nivelación de los planes de beneficios, la atención a la población mejora pues la red de prestadores debe ser eficiente a pesar del problema financiero, es así como la Ley 1438 plantea cómo destinar los recursos y el proceso de restructuración de los hospitales.

En cuanto a la llamada “presión tecnológica”, el impacto en los recobros es considerable, es por esto que los elevados valores de los medicamentos han tenido una relación con la competencia de los mismos, pues en Colombia hay un dominio de las empresas multinacionales lo que ha llevado a una baja participación de los medicamentos genéricos, debido a esto la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos por medio de la Circular Número 04 de 2013 por medio del grupo técnico, anunció que cerca de 195 medicamentos ingresaron a control de regulación de precios teniendo como referencia los precios que tengan los mismos a nivel internacional pues son los que tienen un precio a nivel interno más alto que en otros países a nivel mundial; dentro del listado se encuentran medicamentos para el tratamiento de enfermedades de alto costo tales como el VIH – SIDA, cáncer y hemofilia, entre otras. Es así como el Ministerio lo que busca es que con la regulación Colombia se suba posiciones en el ranking de países por el nivel de precios de medicamentos.

En relación con la selección adversa se deben mejorar los mecanismos de compensación, adicionalmente las personas con alto riesgo de enfermedad están dispuestas a pagar más por

planes de seguro de calidad. La forma de solucionar este problema es por medio de un mecanismo de aseguramiento universal de la población que a su vez genere incentivos para las aseguradoras que obtengan mejores resultados en salud.

También se debe proponer un cambio en el manejo de la información de los actores del SGSS, pues la historia clínica individual, es una herramienta que debe ser manejada por las IPS y los actores del sistema para tener la capacidad de acceder a cada historia y así conocer la situación del usuario como afiliado y como paciente. Es así como la propuesta que se plantea es que el dueño de la historia clínica sea el usuario lo cual se complementa el carné de afiliación que brinda cobertura nacional. La propuesta se basa en que,

se hace urgente y prioritario que la información de calidad de cada uno de los actores esté publicada y disponible para permitir que los colombianos sean compradores educados de servicios de salud y tomen decisiones informadas, basadas en resultados en salud. Igualmente, es función de los diferentes organismos de control y del Gobierno Nacional, en cabeza del Ministerio de Salud, pensar en la articulación de la información desde el nivel micro, hasta el nivel macro para garantizar el mejoramiento continuo y la sostenibilidad del sistema de salud (Castañeda, 2012).

Es así como en la exposición de motivos de la ley estatutaria se hace una definición de los mecanismos de redistribución del riesgo o reaseguro, en donde el gestor (actual EPS), se enfoque en la salud de los afiliados y no solamente en controlar el manejo de los pacientes de alto costo con lo que se disminuye los incentivos para la selección de riesgos, pues las aseguradoras ya no serían intermediarios y las EPS, ahora en su papel de gestoras, realizarían funciones de gestión del riesgo y garantizar resultados óptimos en salud.

También se busca determinar ciertos mecanismos de compensación y redistribución de los recursos entre gestores para eliminar los incentivos de la selección de riesgo o negación de

servicios cuando el costo sea elevado y garantizar la adecuada financiación de los eventos de alto costo. Además así también se garantiza la atención de enfermedades raras o huérfanas.

Esto se menciona en el artículo 36, el cual establece,

Artículo 36. Ajuste y redistribución de riesgo. El Ministerio de Salud y Protección Social determinará los mecanismos de redistribución y compensación de riesgo entre los Gestores de Servicios de Salud tomando en cuenta criterios etarios, poblacionales, geográficos, epidemiológicos o de alto costo por frecuencia de eventos o patologías. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

En cuanto a la actual reforma, se crea un Fondo Único que hace las veces de reaseguro para que usar el mecanismo del reaseguro. Con esta organización lo que se busca es romper con el reaseguro, Salud Mía busca que haya una sola entidad pública que afilie al Sistema, recaude, administre y distribuya los recursos públicos de la salud (provenientes de 14 fuentes de financiación que incluyen los aportes del Régimen contributivo, los recursos del Presupuesto General de la Nación y de los impuestos y parafiscales destinados a la salud, entre otros) para que sean invertidos de forma correcta para lo que será vigilada y controlada de la Superintendencia Financiera de Colombia ya que tendrá autonomía administrativa, presupuestal y patrimonio independiente. Dado a que no hay una adecuada distribución del riesgo se debe equilibrar la carga entre las aseguradoras y en este caso sería muy necesario el reaseguro pues también depende de la organización institucional.

Con relación a lo anterior el Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, asegura que *“este paso hacia la verdadera transformación del sistema es fruto de un trabajo serio y profundo”*. Pues teniendo en cuenta la Constitución Política en su artículo 49 se define que la salud es un servicio público esencial obligatorio al estar ligado al derecho a la vida, y lo que más adelante, en la sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional se reconoce la salud de ésta manera, en

lo que se basaron para crear una ley estatutaria y así darle una nueva relevancia a la salud.

Esto quiere decir que ya con la salud, reconocida como derecho fundamental, hace que el Estado sea el garante universal, donde no hayan mediaciones económicas, sociales, culturales y demás.

Con esto se busca mejorar el acceso de los usuarios a los servicios de salud, pues dicha ley plantea que las personas deben recibir todo lo necesario para garantizar el bienestar, aunque se plantearon ciertas exclusiones de tipo estético, siendo colectivas aunque si el médico tratante lo plantea se puede solicitar por medio de los recursos dispuestos, inclusive la tutela.

Es así como para el tratamiento de las enfermedades y los usuarios que reciban tratamientos no POS por vía tutela, deben quedar incluidos ya que la norma habla de una cobertura integral, pues también se prohíbe negar la prestación de un servicio y las barreras de tipo administrativo.

Finalmente, el alto costo debería estar dirigido hacia la forma en la cual se da la inversión y gasto de los recursos en salud teniendo en cuenta el tratamiento y todo lo que se devengue el atender una enfermedad que beneficie tanto a los pacientes, como a las aseguradoras e IPS.

Referencias

- Barón Leguizamón, G. (2007, 04). Gasto Nacional en Salud de Colombia 1993 – 2003: Composición y tendencias. *Salud pública*, 9, 167 – 179.
- Biblioteca Nacional de Medicina de EE.UU. (2012, 01). Medicare. *MedlinePlus*. Recuperado 05, 2013, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/medicare.html>
- Castañeda, C y otros. (2012). *La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano - Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro* (1 ed., Vol. 1, pp. 1-218). Bogotá D.C., FEDESARROLLO. Recuperado 06, 2013, de: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadDerechoCienciasPoliticas/BibliotecaDiseno/Archivos/01_Documentos/Ppios_internacionales_SS_y_Salud_UdeA_2012_v14-02.pdf
- Chicaiza, L. (2002, 10). El mercado de la salud en Colombia Y la problemática del alto costo. *Problemas del Desarrollo*, 33, 163 – 187.
- Chile. Superintendencia de Salud (2005, 10). *Los Beneficios de un Modelo de Ajuste de Riesgos en el Sistema ISAPRE*, Departamento de Estudios y Desarrollo. [documento de trabajo]
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. *Cuatro grandes fórmulas*. [documento de trabajo] Recuperado 06, 2013, de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/salud-mia.aspx>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013, 04). *Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”* [documento de trabajo] Recuperado 05, 2013 de <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/EscuelaMicrobiologia/BibliotecaDiseno/Archivos/ReformaSalud/130419%20Proyecto%20210%20de%20Ley%20ordinaria%20Redefinicion%20del%20S%20de%20salud.pdf>
- Estados Unidos de América (2012, 01). Beneficios de Medicare. *Medicare.gov*. Recuperado 05, 2013, de <http://es.medicare.gov/navigation/medicarebasics/medicarebenefits/medicare-benefits-overview.aspx?AspxAutoDetectCookieSupport=1>
- Giraldo Valencia, J. (2013, 02). De la Ley 100 a la Ley 1122: Un abordaje clínico. *Hospitalaria*, 51, 4 – 16.
- Jaramillo, I. (2000) La Protección Constitucional y Legal en Colombia sobre las Enfermedades Catastróficas. *Memorias del Primer Congreso Internacional de Enfermedades Catastróficas*, SOLINSA, Bogotá,.

KIENYKE. (2013, 06). Los mejores sistemas de salud del mundo. *KIENYKE, El placer de saber, ver y oír más*. Recuperado 06, 2013, de <http://www.kienyke.com/historias/los-mejores-sistemas-de-salud-del-mundo/>

Martínez, F. y otro (2002). *Enfermedades de Alto Costo, una propuesta para su regulación* (ed.1, Vol.1, pp. 55). Bogotá, CID.

_____. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?*, Bogotá D.C.

Molina, C. (2012, 02). Principios internacionales de la seguridad social y la salud. *Universidad de Antioquia*. Recuperado 06, 2013, de http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadDerechoCienciasPoliticas/BibliotecaDiseno/Archivos/01_Documentos/Ppios_internacionales_SS_y_Salud_UdeA_2012_v14-02.pdf

Muñoz López, O. (2003, 05). Podría atenderse alto costo con Subcuenta del FOSYGA. *Periódico “El pulso”*. Recuperado 05, 2013, de <http://www.periodicoelpulso.com/html/may03/debate/debate-07.htm>

Organización Internacional de Trabajo (2007, 08). *Protección Social de la Salud: Una estrategia de la OIT para el acceso universal a la asistencia médica*. Recuperado 02, 2013, de <http://www.ilo.org/public/spanish/protection/secsoc/downloads/healthpolicy>.

_____. (1952) *Convenio sobre la seguridad social (norma mínima)* Recuperado 05, 2013, http://www.catedradh.unesco.unam.mx/SeminarioCETis/Documentos/Doc_basicos/1_instrumentos_universales/4%20Convenios%20OIT/30.pdf

Osorio Villada, S. (2011, 01). Eficacia de la ley en el conflicto económico en el sector salud colombiano. *Hospitalaria*, 75, 2 – 48.

Toro Jiménez, W. (2003), *Modelo de simulación prospectiva de la demanda de servicios de salud para enfermedades de alto costo: aplicación para una entidad promotora de salud colombiana* [tesis doctoral], Valencia, Universidad Politécnica de Valencia, Doctorado en Economía y Gestión de la Salud.

Zapata, P. (2012, 01). Un destacado modelo: el Sistema de Salud Holandés. *Instituto de Salud Pública y Gestión Sanitaria*. Recuperado 05, 2013, de www.isg.org.ar

(2012, 01). Presente y Futuro de la atención de Enfermedades de Alto Costo en Colombia. *Revista Salud Colombia*. Recuperado 06, 2013, de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud53/portad53.htm>