

EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Situación actual y perspectivas

Juan Manuel Díaz-Granados
DÍAZ-GRANADOS &
ABOGADOS CONSULTORES

2014

Contenido

1. Descripción del Sistema
2. La judicialización del sistema
3. Balance y lecciones aprendidas

1. Descripción del Sistema

Estructura del Sistema de Seguridad Social

	Cobertura según origen del daño			
Contingencia	Accidente de Tránsito	Origen Común	Origen profesional	Origen desastre natural o evento terrorista
Muerte	SOAT indemnización	AFP pensión	ARP pensión	FOSYGA Indemnización
Gastos funerarios	SOAT	AFP	ARP	FOSYGA
Invalidez (+50%)	SOAT indemnización	AFP pensión	ARP pensión	FOSYGA indemnización
Incapacidad permanente (-50%)	SOAT indemnización	NO	ARP indemnización	FOSYGA indemnización
Incapacidad temporal	NO	EPS	ARP	NO
Gastos médicos	1 capa SOAT 2 capa FOSYGA 3 capa EPS/ARP	EPS	ARP	FOSYGA

Cotizaciones a la Seguridad Social

Régimen anterior a Ley 100 - ISS	Ley 100 de 1993	Reformas posteriores
Pensiones: 6.5% Empleador: 4.33% Trabajador: 2.17%	Pensiones: 13.5% Empleador: 10.125% Trabajador: 3.375%	Pensiones: 16% Empleador: 12% Trabajador: 4%
Salud: 7% Empleador: 4.66% Trabajador: 2.33%	Salud: 12% (1% a RS) Empleador: 8% Trabajador: 4%	Salud: 12.5 % Empleador: 8.5% o 0% si paga impuesto CREE Trabajador: 4%
Riesgos Profesionales: Empleador: Min. 0.28%. Máx. 7%.	Riesgos Profesionales: Empleador: Min. 0.348%. Máx. 8.7%.	Riesgos Profesionales: Igual

Características del sistema de salud

1. Modelo de aseguramiento
2. Universal. Toda persona debe afiliarse a:
 - Régimen Contributivo: Las personas con capacidad de pago
 - Régimen Subsidiado: Las personas sin recursos
 - Regímenes especiales: militares, maestros y Ecopetrol
 - Se cubre al afiliado y su grupo familiar
3. Financiación (mixta):
 - Régimen Contributivo: cotizaciones y a partir del 2014 con impuesto CREE (reemplaza el 8.5% de la cotización del empleador para trabajadores de menos de 20 salarios mínimos)
 - Régimen Subsidiado: impuestos generales
 - Regímenes especiales: cotizaciones y recursos públicos

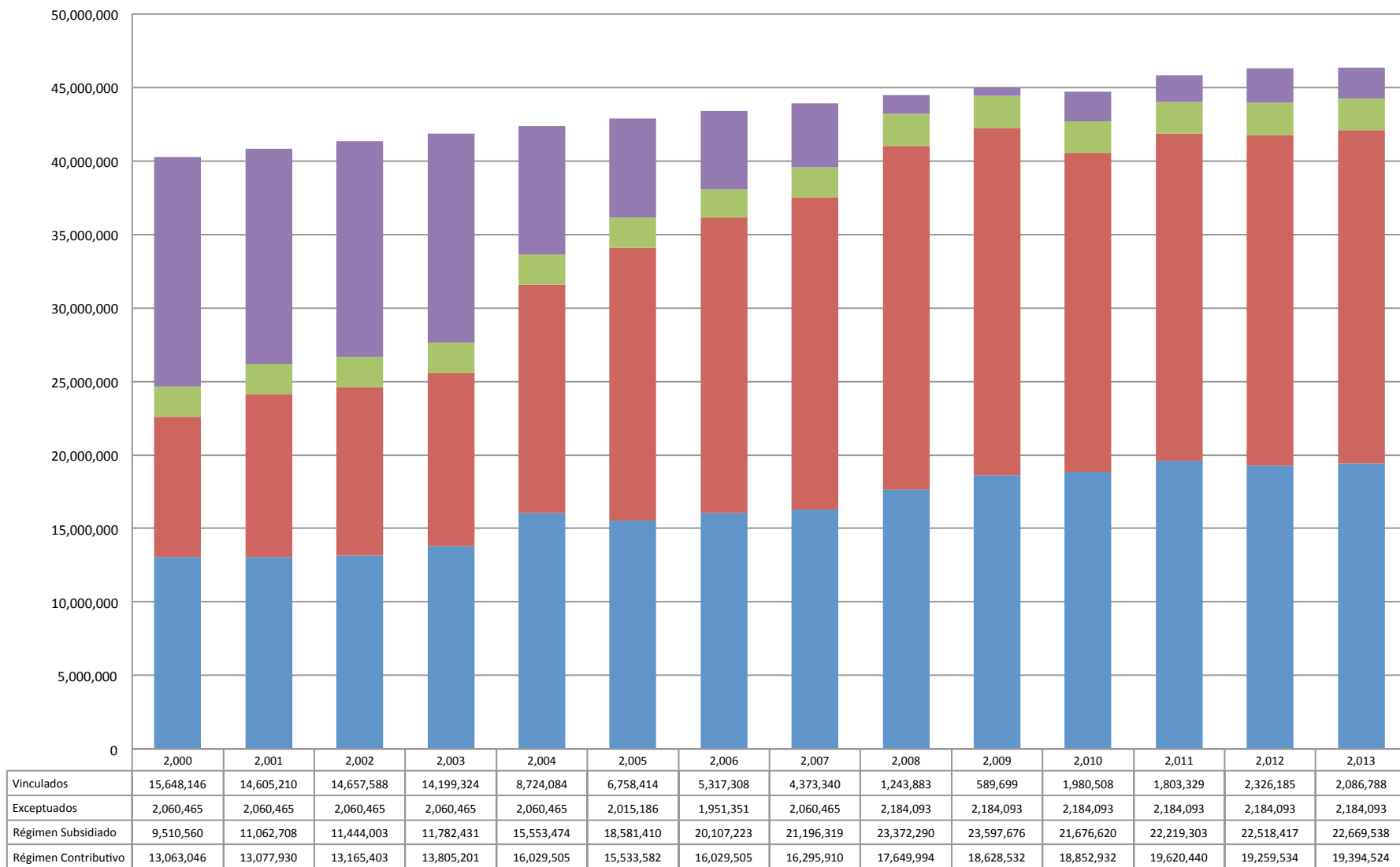
Características del sistema de salud

4. Participación del sector privado en:
 - Aseguramiento (EPS)
 - Prestación (IPS)
5. Existencia de un plan de beneficios POS establecido por el Gobierno-Res. 5521 de 2013 MPS
6. El POS del régimen subsidiado se niveló en 2012
7. Las cotizaciones y otros recursos son del sistema (FOSYGA), quien paga a las aseguradoras (EPS) una prima por cada afiliado (UPC).
8. Los recursos son de naturaleza pública
9. Definición de una prima de seguros (UPC), la cual debe cubrir los costos del POS (90%) y su administración (10%)

Características Sistema de Salud

- 10.Existencia de planes obligatorios según el origen: ATEP, SOAT, ECAT
- 11.Posibilidad de tomar en adición planes voluntarios de salud con financiación independiente o complementaria
- 12.Decisiones de los jueces sobre servicios de salud fuera del POS

Afiliados al Sistema - Cobertura



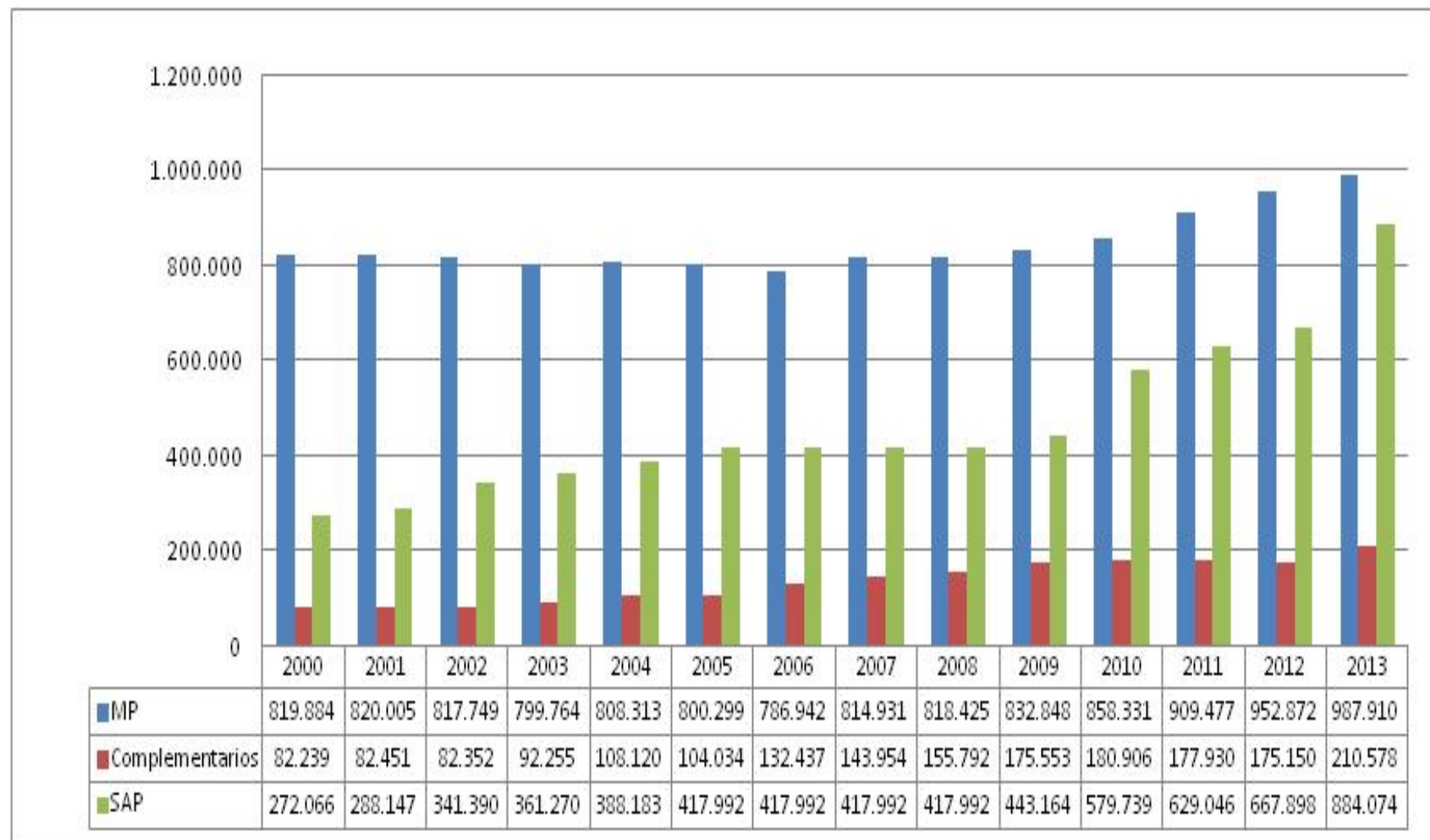
Cobertura del sistema 2013

COBERTURA DEL ASEGURAMIENTO

	Corte Diciembre 2013	Part. %
Población DANE	47.444.054	100,00%
Régimen Contributivo	20.150.248	42,47%
Régimen Subsidiado	22.669.543	47,78%
Regímenes de Excepción	2.312.429	4,87%
Total Cobertura	45.132.220	95,13%

Tomado de SISPRO a 31 de diciembre de 2013. La información del régimen de excepción se tomó del informe del Ministerio de Salud al Congreso ya que el SISPRO no tiene información completa

Afiliados a planes de prepago



Fuente: ACEMI hasta 2010 y años recientes SNS

Destinación cotizaciones Régimen contributivo

Cotización 12.5% del IBC

Empleador 8.5% o 0% si paga el CREE

Empleado 4%

Presupuesto Nacional

CREE (equivale al anterior 8.5%)

Subcuenta de Solidaridad

1.5% del IBC de los cotizantes

1% del IBC de los pensionados

1.5% del IBC de los regímenes de excepción

Subcuenta de Promoción y Prevención

0.4% del IBC

Subcuenta de Compensación

10.6 % del IBC

Incapacidades
enfermedad general
0.29% del IBC
Prima de Seguro

Licencias maternidad
Paternidad
0.2% del IBC
Reembolso

Disponibles para
UPC
8,7 % del IBC

Prestaciones
Económicas

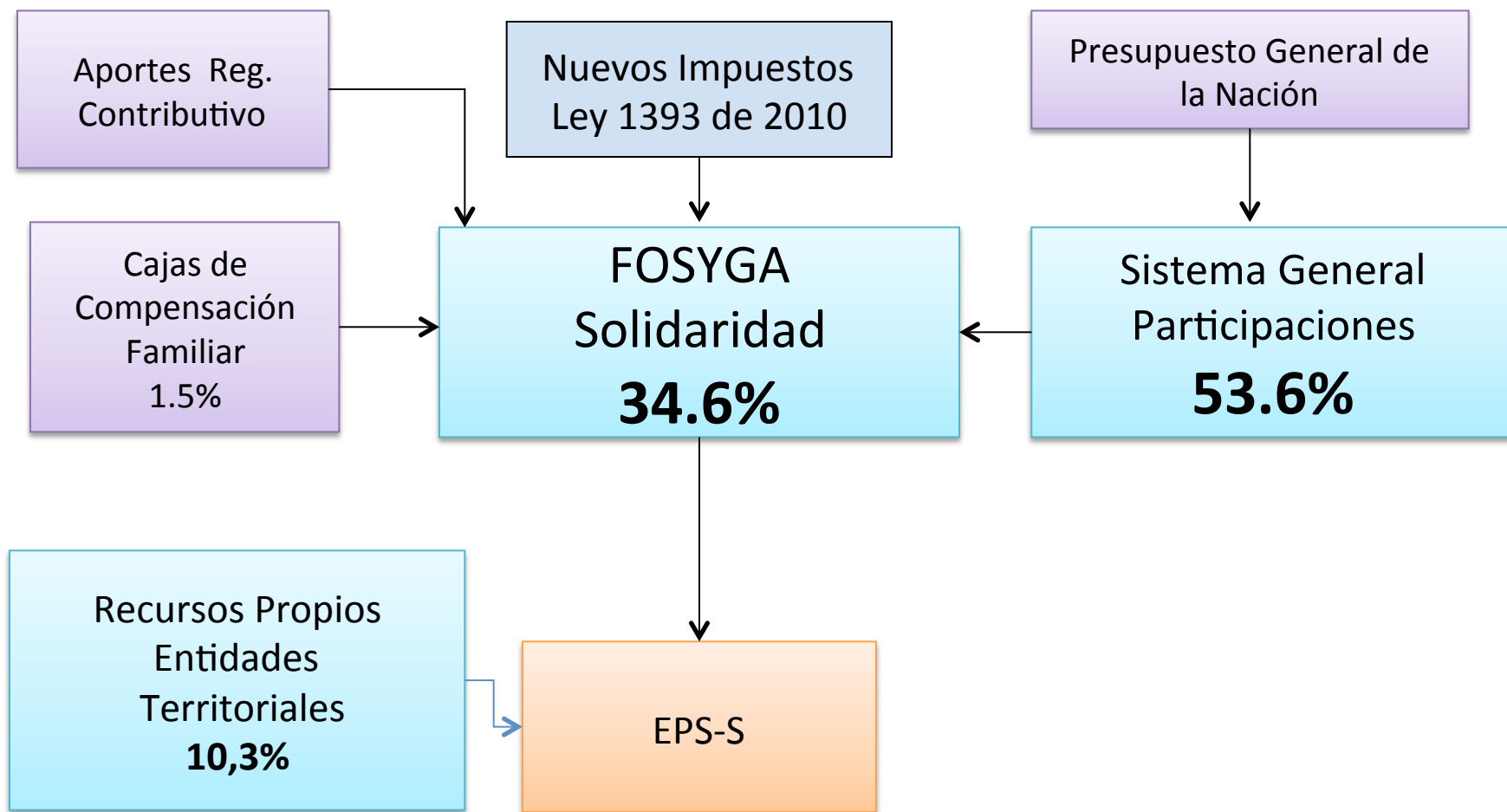
Prestaciones
Asistenciales

POS

Servicios
NO POS

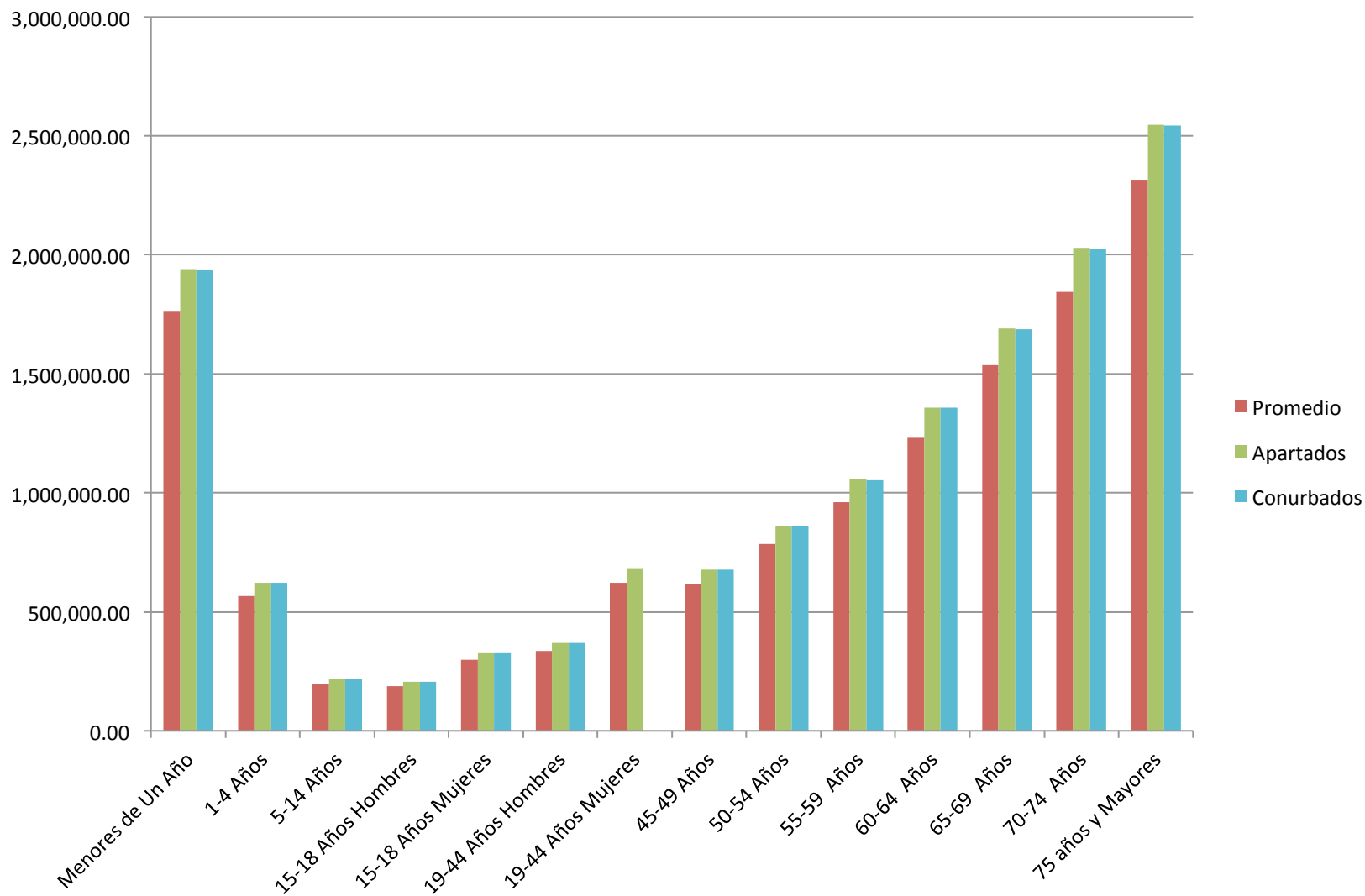
Tutelas
Medicamentos CTC
1.4 % del IBC

Financiación del Régimen subsidiado - hoy



Nota: En el 2010 se modificaron las fuentes de financiación de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA: Se crearon nuevos impuestos Ley 1393 de 2010 y se complementa con presupuesto nacional. Salvo las rentas propias, el resto lo gira directamente el FOSYGA a las IPS por cuenta de las EPS.

UPC por grupo de edad y zona geográfica (valores pagados en 2014)



Valores anuales por grupo de edad y zona geográfica

Resolución 5522 de 2013

Grupo etareo	Promedio	Apartados	Conurbados
Menores de Un Año	1.762.869,60	1.939.150,80	1.936.681,20
1-4 Años	566.060,40	622.666,80	621.874,80
5-14 Años	197.737,20	217.508,40	217.231,20
15-18 Años Hombres	188.470,80	207.316,80	207.050,40
15-18 Años Mujeres	297.820,80	327.603,60	327.186,00
19-44 Años Hombres	335.361,60	368.895,60	368.427,60
19-44 Años Mujeres	622.191,60	684.410,40	683.539,20
45-49 Años	615.420,00	676.962,00	676.101,60
50-54 Años	784.944,00	863.434,80	862.336,80
55-59 Años	959.511,60	1.055.462,40	1.054.119,60
60-64 Años	1.234.882,80	1.358.366,40	1.356.638,40
65-69 Años	1536087,6	1.689.692,40	1.687.543,20
70-74 Años	1.843.293,60	2.027.617,20	2.025.036,00
75 años y Mayores	2.316.337,20	2.547.964,80	2.544.721,20

Elementos esenciales de gestión en el sistema de salud

Gobierno	EPS	Clínicas	Médicos
• Planeación	<ul style="list-style-type: none">• Afiliación• Protección financiera• Organizar y garantizar los servicios de salud para su población (red)• Verificar calidad de los servicios de los prestadores (auditoria médica)• Gestión del riesgo en salud• Gestión de costos - Búsqueda de eficiencia	• Prestar servicios de salud	• Prestar servicios de salud
• Regulación			
• Supervisión		• Prestar servicios de salud	
• Financiamiento			

Comparación entre el seguro tradicional y las EPS

Elemento del aseguramiento	Seguro tradicional de reembolso	EPS
Selección del riesgo	Aseguradora selecciona riesgo a asumir	La EPS no selecciona el riesgo, afilia a todos
Voluntad del tomador	Sistema voluntario	Sistema obligatorio
Alcance de la cobertura	Establecida por asegurador	Definida por el Estado
Prima	Establecida por asegurador	Definida por el Estado
Deducibles	Pacto asegurador-tomador	Definidos por el Estado
Gestión de riesgo	Énfasis indemnizatorio	Énfasis preventivo
Gestión del costo	Reembolso	Búsqueda de eficiencia (control de frecuencias y tarifas)
Gestión de prestadores	Baja intensidad	Elemento crítico para las EPS

EPS-Marco general de organización

	Compañías de Seguros	Sistema de Salud EPS
ORGANIZACIÓN GENERAL	CONGRESO	CONGRESO
NORMAS	<ul style="list-style-type: none"> • Estatuto Orgánico del Sistema Financiero • Circular Única (jurídica y contable) de la Súper financiera 	<ul style="list-style-type: none"> • Ley 100/1993 y leyes posteriores • Decretos reglamentarios • Acuerdos CNSSS • Resolución MPS • Circular Única Súper Salud
DIRECCION	<ul style="list-style-type: none"> • Min Hacienda (baja intensidad) • MPS (con baja intensidad) 	<ul style="list-style-type: none"> • MPS (alta intensidad) • CNSSS • CRES
MECANISMOS DE COORDINACION Y OPERACIÓN	N/A	FOSYGA
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL	SUPERFINANCIERA	SUPERSALUD

EPS-Marco general de organización

Elemento	Compañías de Seguros	Sistemas de Salud EPS
AUTORIZACION ESTATAL	SUPERFINANCIERA	SUPERSALUD
INVERSION EXTRANJERA	ADMITIDA	ADMITIDA
TIPOS DE ENTIDAD	<ul style="list-style-type: none"> •S.A. •Cooperativas 	<ul style="list-style-type: none"> •S.A. •Cooperativas •Cajas de Compensación •Asociativas (EPS-S)
REGIMEN CONTABLE	PUC - SEGUROS	PUC – EPS
REGIMEN SANCIONATORIO	SI	SI
REGIMEN DE INTERVENCION Y LIQUIDACION	SI	SI
INSPECCION, VIGILANCIA Y CONTROL	SUPERFINANCIERA	SUPERSALUD

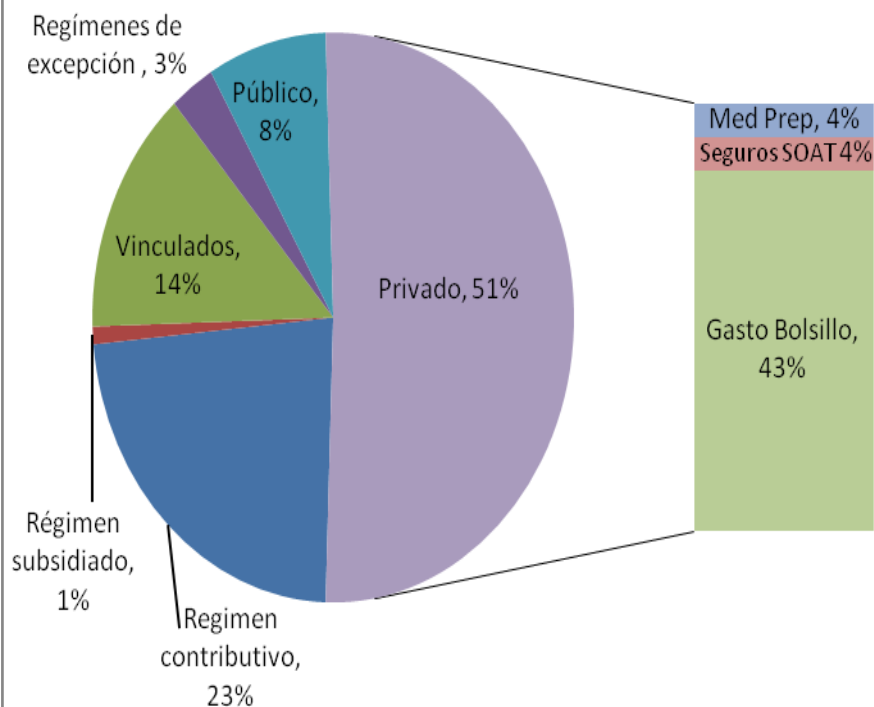
EPS-Marco general de organización

Elemento	Compañías de Seguros	Sistema de Salud – EPS
Capital mínimo	Si	Si
Patrimonio técnico mínimo	Si por ramo	No
Margen de solvencia	18% de las primas hasta \$7500000 16% del excedente	10% de lo ingresos operacionales anualizados
Sistema de gestión de riesgos	Si, sin impacto patrimonial	Si, con impacto patrimonial. Margen se reduce al 8%
Uso reaseguro	Si, el margen puede reducirse hasta en un 50%	Si, Margen se reduce al 7.2%
Reservas técnicas		
• Primas	Si	No
• Servicios autorizados	Si	Si
• Servicios facturados	Si	Si
• Siniestros ocurridos y no avisados	Si	Si
Inversiones de las reservas	Si	Si

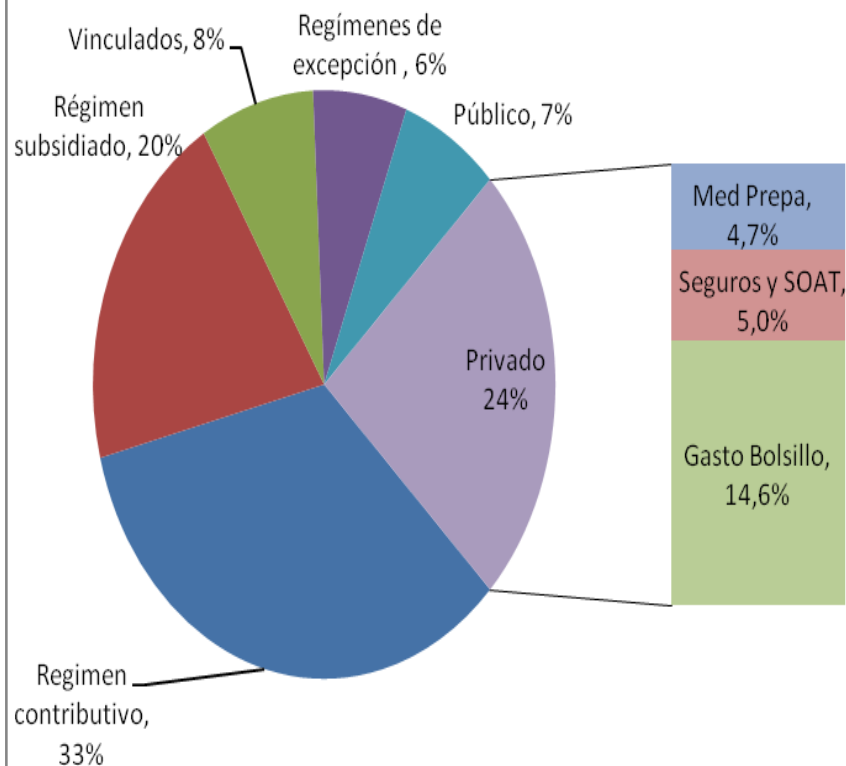
CIFRAS MACRO DEL GASTO EN SALUD

Distribución del gasto en salud 1993 - 2009

1993



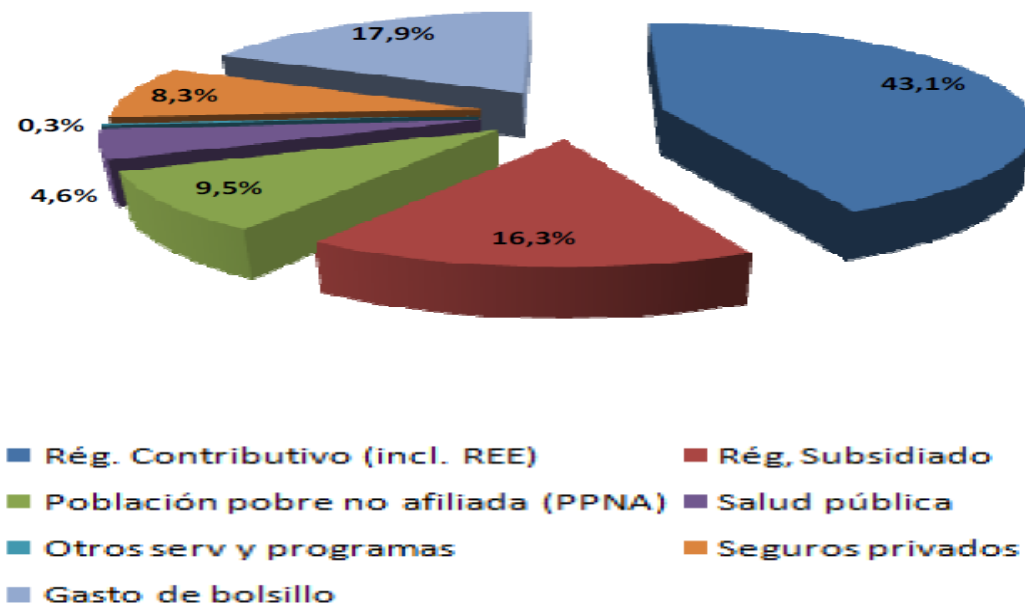
2009



Distribución del Gasto en Salud

Participación promedio del periodo 2004 - 2011

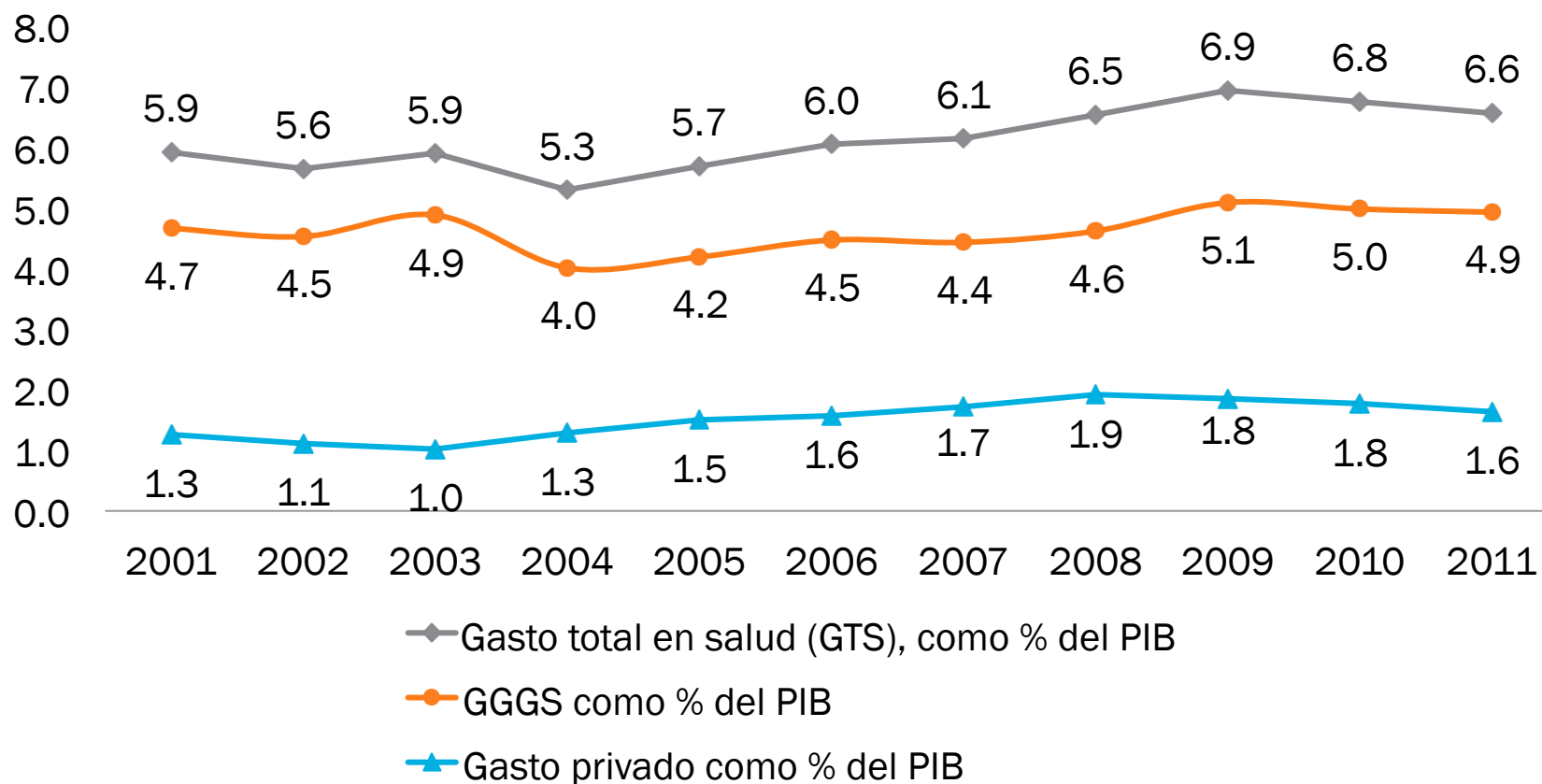
**Gasto total en salud según categorías
agregadas principales
(Porcentajes)**



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, "CIFRAS Financieras del Sector Salud, Boletín No.2
Abril 2014

Evolución Gasto en salud

Gasto en Salud como % del PIB



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social

Distribución del Gasto Privado

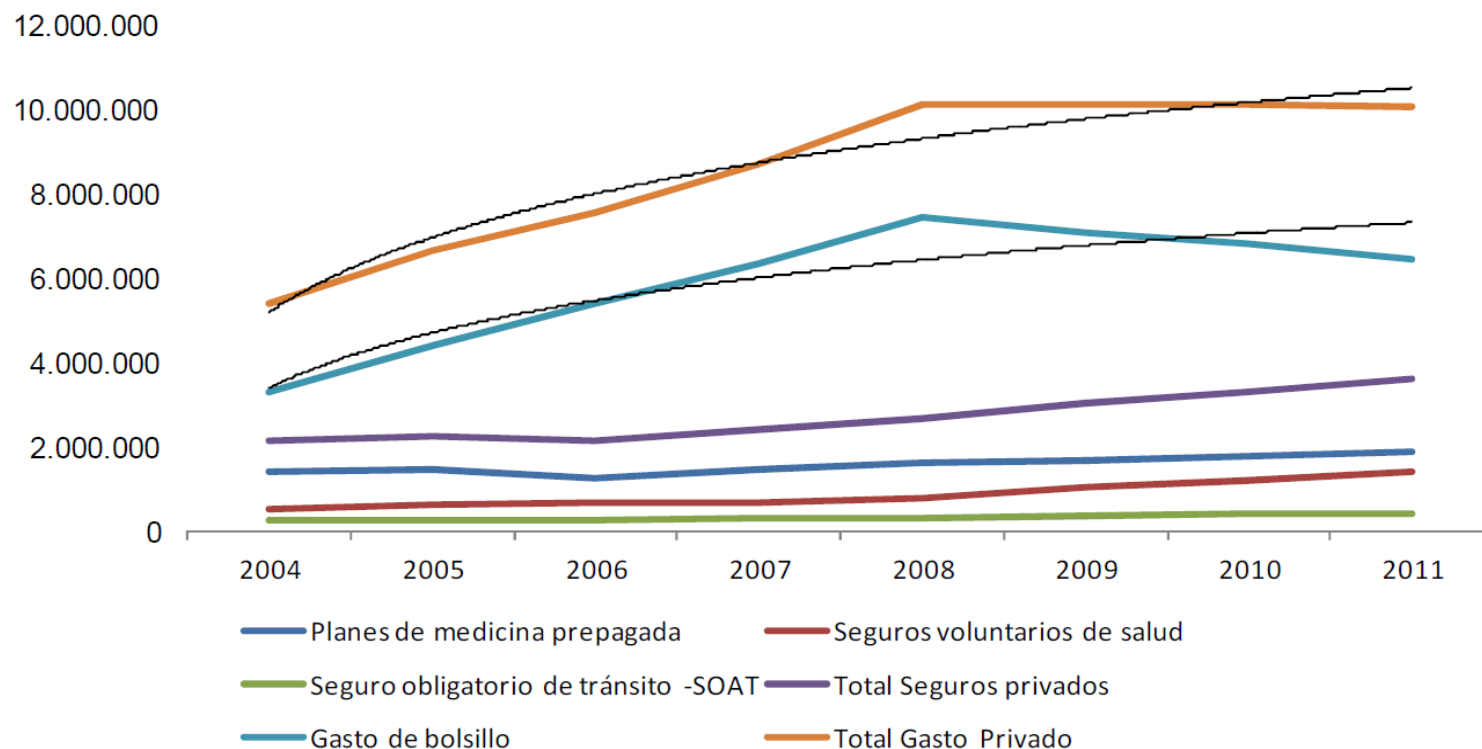
Composición del gasto privado en salud, 2004-2011 (Porcentajes)

Año	Planes de medicina prepagada	Seguros voluntarios de salud	Seguro obligatorio de tránsito - SOAT	Total Seguros privados	Gasto de bolsillo	Gasto Privado
2004	26,0%	9,6%	3,9%	39,5%	60,5%	100,0%
2005	21,5%	9,1%	3,4%	34,1%	65,9%	100,0%
2006	16,5%	8,5%	3,4%	28,4%	71,6%	100,0%
2007	16,7%	7,4%	3,5%	27,5%	72,5%	100,0%
2008	15,6%	7,5%	3,1%	26,3%	73,7%	100,0%
2009	16,4%	10,1%	3,3%	29,8%	70,2%	100,0%
2010	17,3%	11,6%	3,8%	32,6%	67,4%	100,0%
2011	18,5%	13,7%	3,7%	36,0%	64,0%	100,0%
Promedio 2011/2004	18,6%	9,7%	3,5%	31,8%	68,2%	100,0%

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, "CIFRAS Financieras del Sector Salud, Boletín No.2
Abril 2014

Distribución del Gasto Privado

Gasto privado en salud, 2004-2011
(En millones de pesos constantes de 2011)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, "CIFRAS Financieras del Sector Salud, Boletín No.2
Abril 2014

2. La judicialización del sistema

El derecho a la salud

- La salud forma parte de los derechos económicos, sociales y culturales (DESC)
“El mas alto nivel posible de salud”. Art 12 Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales – ONU,1976
- El derecho a la salud no es inmediato ni ilimitado
“El derecho a disfrutar del mas alto nivel posible de salud está subordinado a su realización progresiva y a la disponibilidad de recursos” Informe relator especial ONU, Paul Hunt, 31 enero de 2008

El derecho a la salud

- La salud se enmarca en los derechos humanos y es relevante desde el punto de vista constitucional en muchos países
- Cada Estado debe equilibrar la asignación de recursos entre los distintos DESC
- A su turno, dentro de la salud, se requiere una priorización del gasto y la definición de la organización de un sistema
- La salud es hoy uno de los temas medulares en todos los países

La efectividad del derecho a través del sistema de salud

- El sistema de salud es la herramienta que permite que el derecho a la salud sea una realidad
- El sistema necesita recursos:
 - ✓ Recursos Humanos
 - ✓ Infraestructura
 - ✓ Información
 - ✓ Productos farmacéuticos
 - ✓ Recursos financieros
 - ✓ Gestión
 - ✓ Rectoría
- Los recursos son finitos

La exigibilidad del derecho a través de la judicialización

- Principio general: progresividad
- El Gobierno debe contar con un plan de desarrollo de su sistema de salud que comprenda el sector público y el privado - Informe del relator especial ONU, Paul Hunt
- La salud será exigible en la medida que el Estado tenga los recursos
- No existe ningún país que pueda dar todos los servicios a toda la población

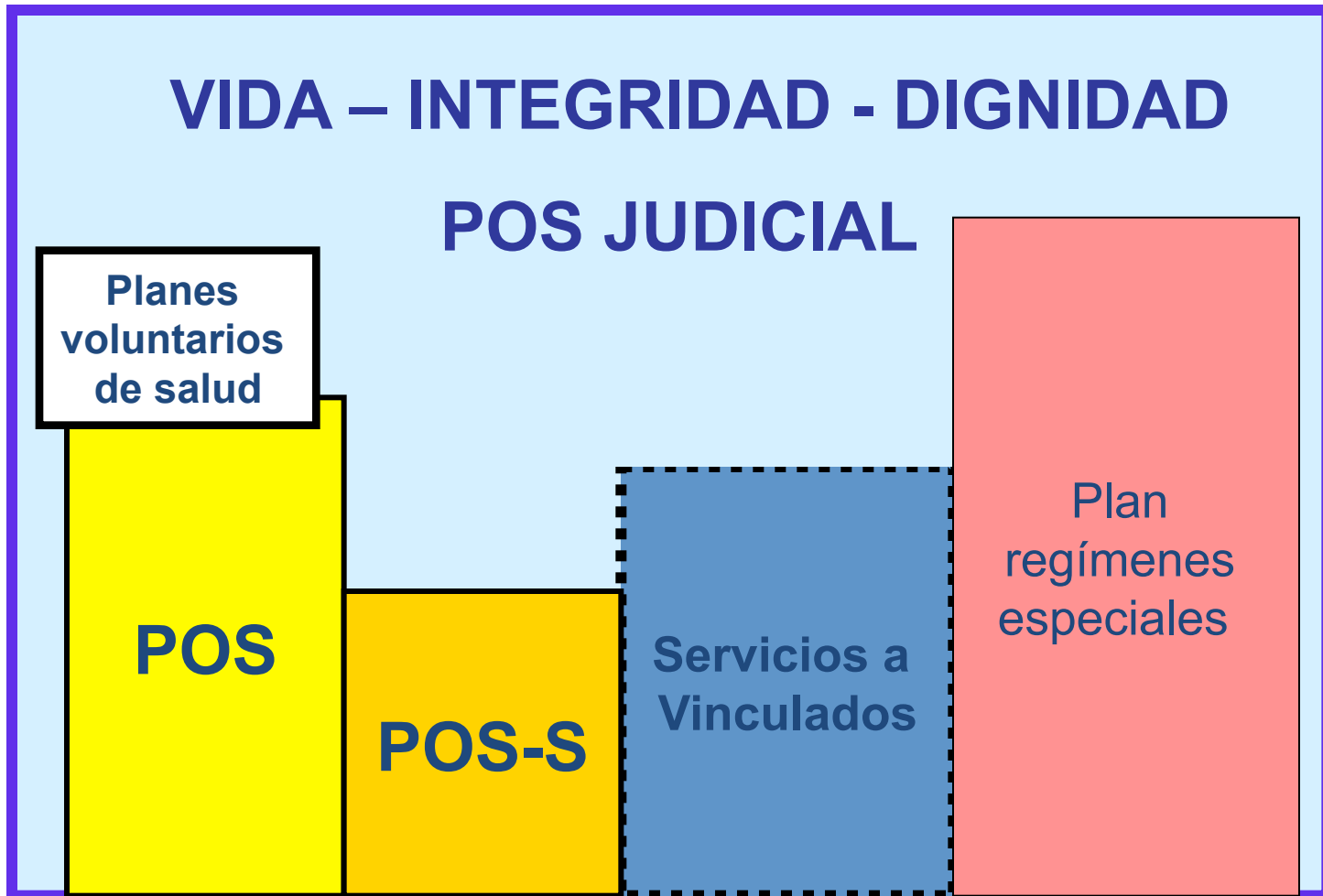
Judicialización de la salud en Colombia

- En la constitución la salud por ser un derecho prestacional (no es fundamental) no era exigible por acción de tutela.
- La Corte Constitucional conectó el derecho a la salud con el derecho a la vida y lo transformó en fundamental.
- Luego la Corte Constitucional decidió que el derecho a la salud era fundamental en si mismo (sentencia T-760 de 2008)

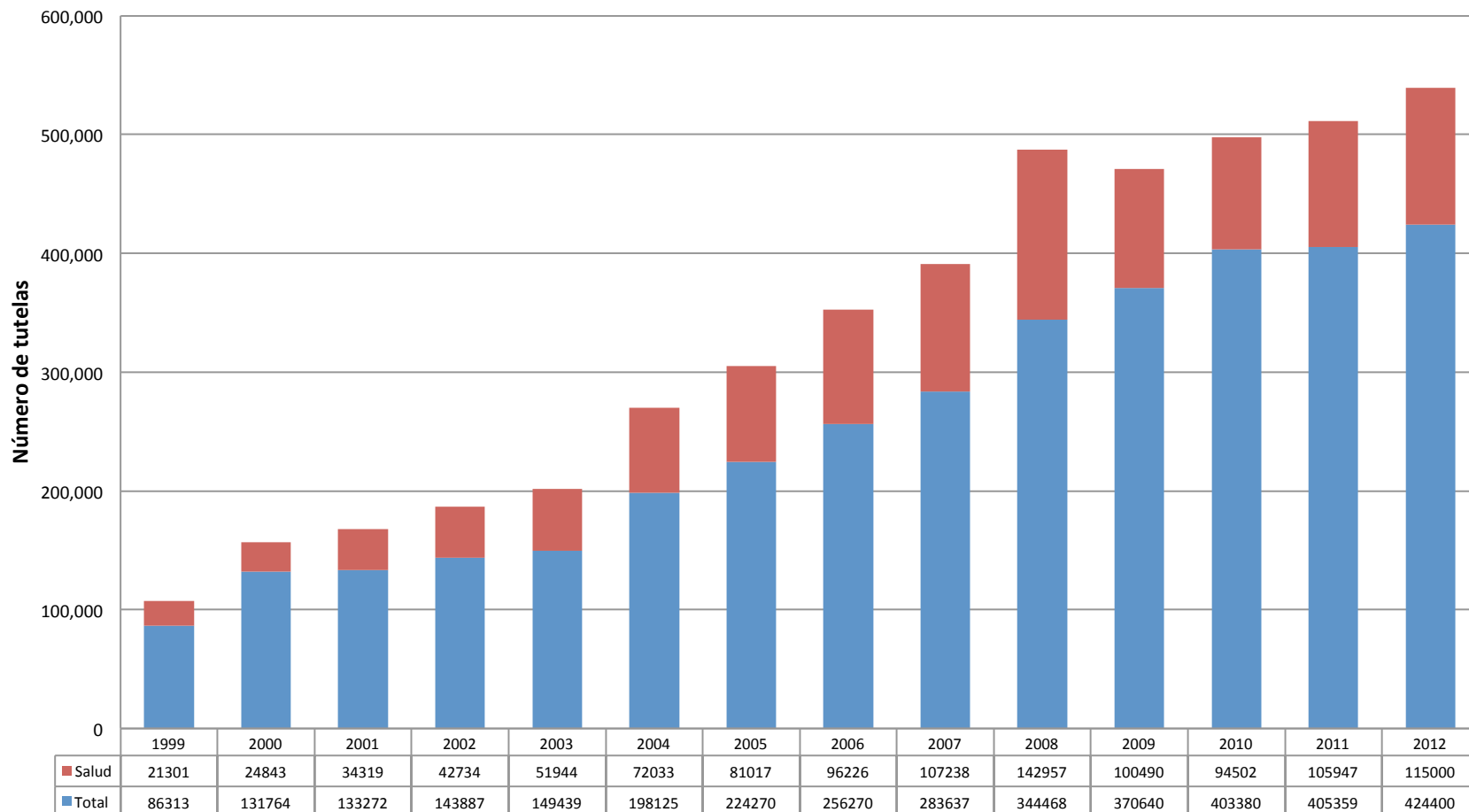
Judicialización de la salud en Colombia

- La tutela se utiliza para solicitar a las EPS prestaciones no cubiertas por el POS.
- El juez no verifica capacidad de pago de solicitante o DE su familia.
- Se facultó a los Comités Técnico Científicos, CTC de las EPS para autorizar prestaciones en salud.
- La EPS que paga las prestaciones tiene derecho a recobrar su valor del sistema (FOSYGA).

Ruptura de los límites del POS por doctrina constitucional



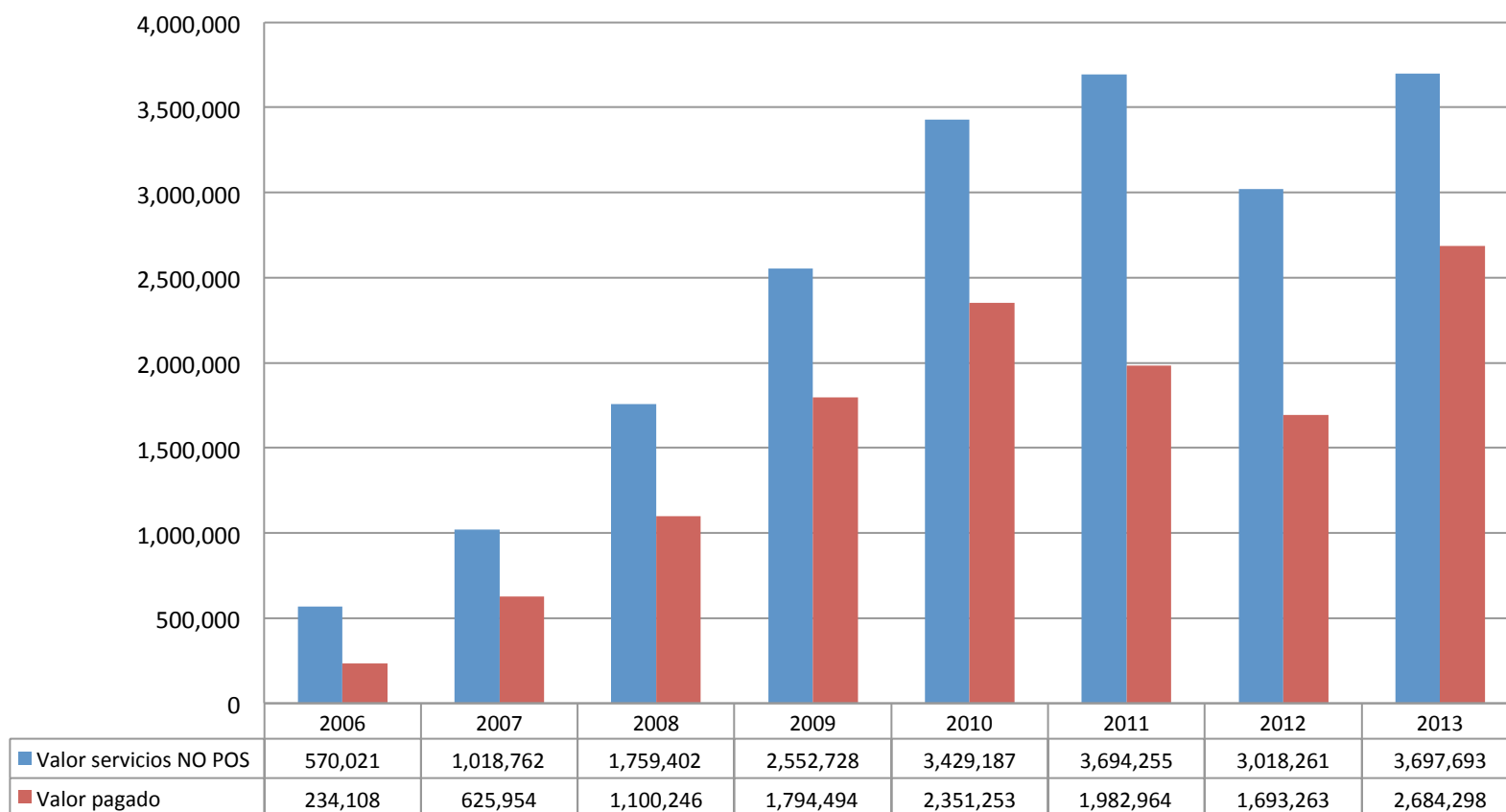
Importancia de la Tutela en Salud



Fuente: informes de la Defensoría del Pueblo

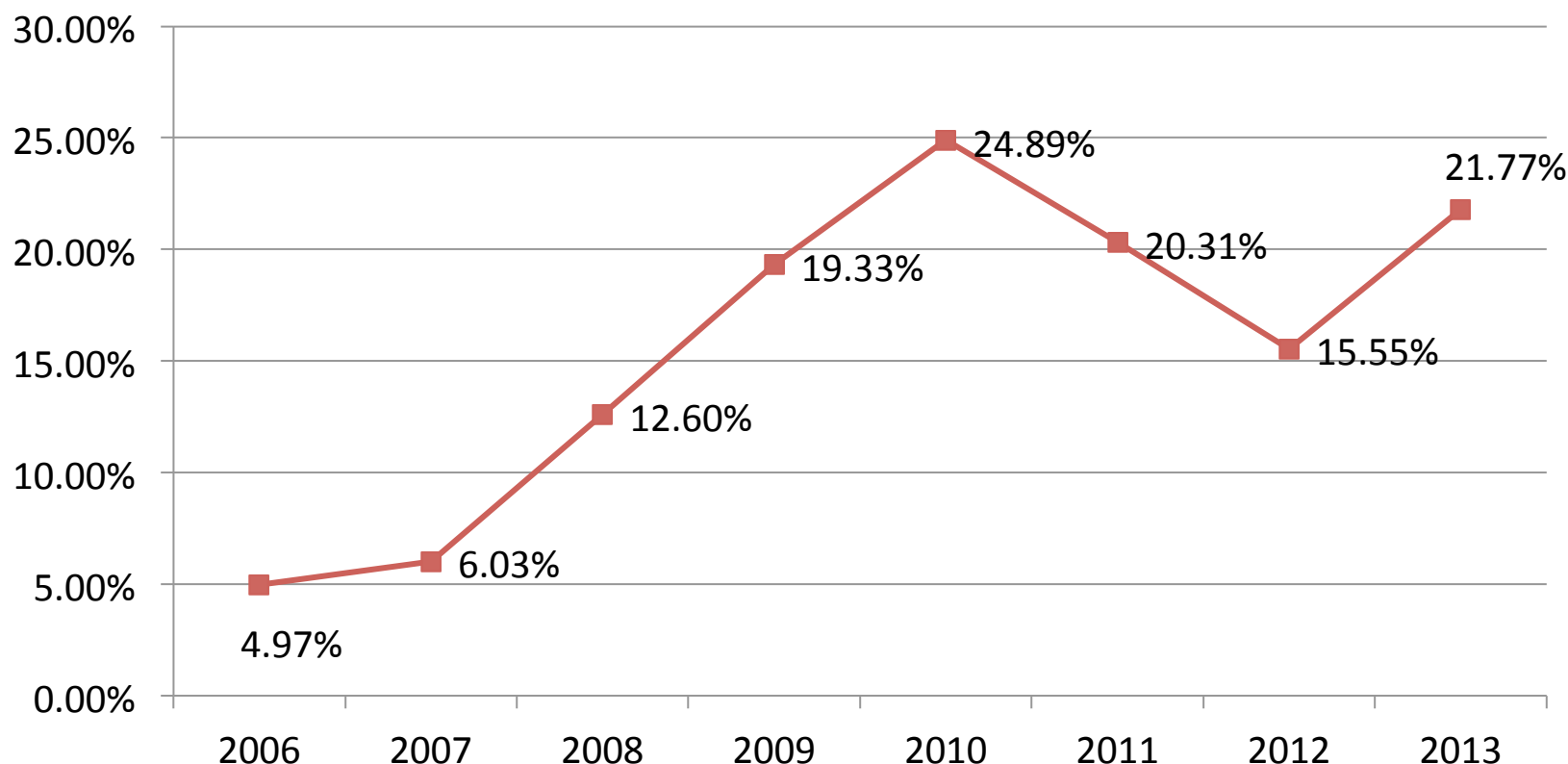
Valor de servicios NO POS presentados y pagados 2006 -2013

Cifras en miles de pesos



Fuente: Informe Consorcio Administrador del FOSYGA. Estimación ACEMI

NO POS como proporción del gasto en UPC del FOSYGA

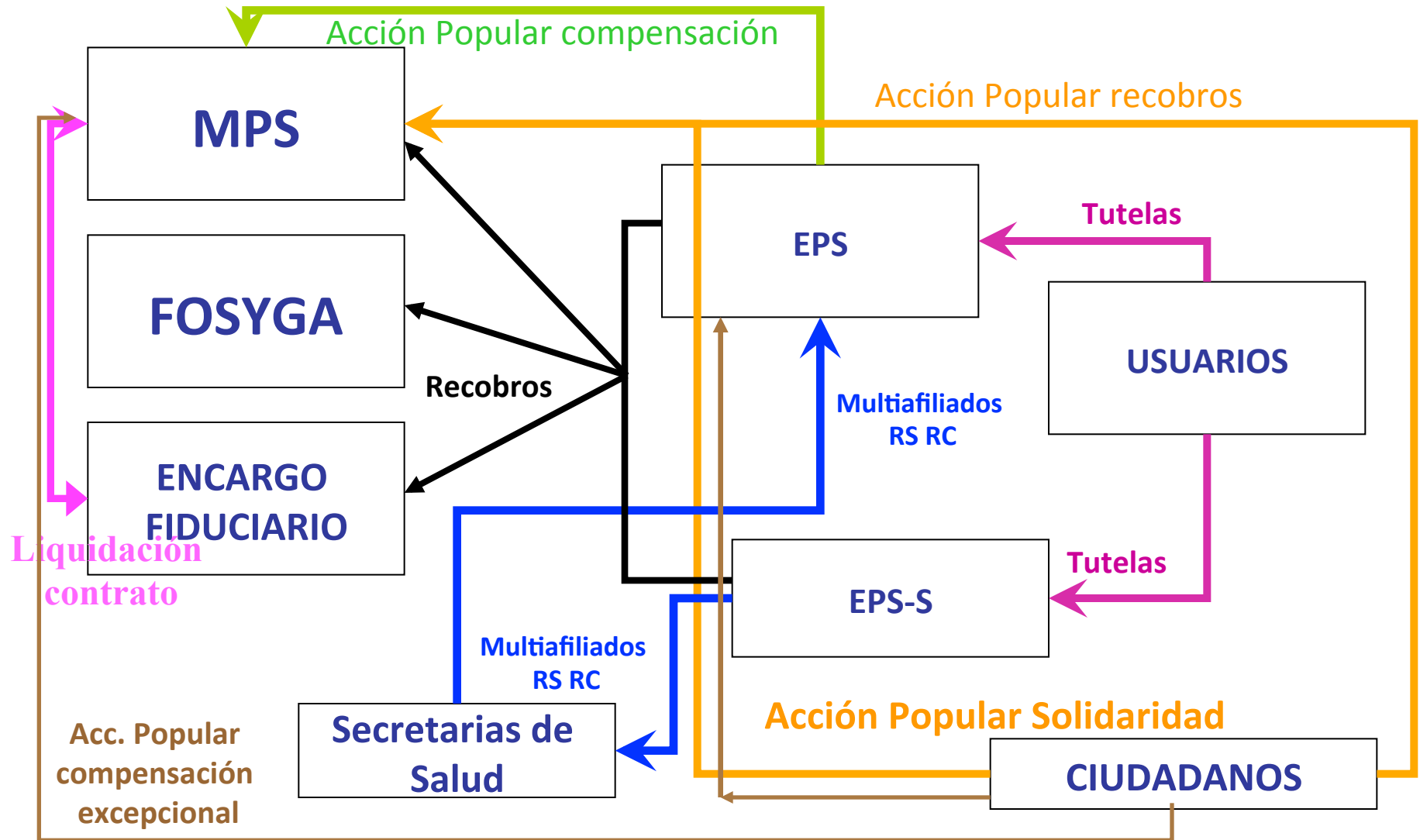


Nota: Corresponde a la relación pagos NO POS sobre pagos UPC que realiza el FOSYGA. El 2013 incluye pagos de recobros corrientes \$1,8 billones y pagos de procesos especiales de recobros de años anteriores

Judicialización de la salud en Colombia

- En 2013 se presentaron 454.500 acciones de tutela, de las cuales 115.147 (25%) correspondían a salud.
- Solicitud creciente de prestaciones no médicas (transporte y vivienda para acompañantes, pañales, alimentos especiales, etc).
- El crecimiento de lo NO POS ha puesto en dificultades financieras al sistema
- El tramite de recobros de las EPS al FOSYGA es muy complejo, como resultado de los cual un porcentaje importante de solicitudes son glosadas.
- Se estima que en la actualidad las EPS tiene en curso 800 procesos judiciales contra el Ministerio de salud por recobros no pagados.

Pluralismo judicializado



Perspectivas

- El congreso aprobó una ley estatutaria para regular el derecho a la salud como fundamental.
- La Corte Constitucional rechazó las normas que limitaban el derecho a la exigibilidad inmediata de prestaciones por parte de los pacientes.
- En opinión de la Corte Constitucional el derecho a la salud no puede estar subordinado a factores económicos ni a la disponibilidad de recursos por parte del Gobierno.
- Interrogantes sobre la sostenibilidad del sistema y la participación del sector privado.

3. Balance y lecciones aprendidas

Logros

- Cobertura de la población
- Acceso real a los servicios
- Protección financiera a las familias
- Solidaridad vía UPC (inter sistema)
- Solidaridad vía impuestos (extra sistema)
- Equidad (igualdad de plan sin diferencia por ingreso)
- Eficiencia en:
 - Comercialización
 - Administración
 - Prestación
- Amplio alcance de los beneficios del POS
- Mejora en indicadores de salud

Logros

Maternidad

- No antiselección de maternas
- Pago 100% salario 14 semanas o 8 días

Auxilio por incapacidad

- Deducible 2 días
- Formula de cálculo sencilla
- Duración cierta
- Prescripción medica obligatoria
- Control administrativo de la EPS

Aspectos negativos

- La base de datos del sistema no esta sincronizada con la oficial de la Registraduría del Estado Civil.
- La base de datos del sistema no acredita derechos.
- No existe un mecanismo de afiliación único.
- Complejidad en los procesos propios de la operación
- El Estado no paga a las EPS la UPC por las personas expuestas (glosas por base de datos y otros requisitos administrativos).
- La regulación es extensa, confusa y contradictoria.
- Inseguridad jurídica.

Aspectos negativos

- Indefinición sobre el carácter aseguradora / administradora de las EPS
- Cálculo de la UPC con ingredientes políticos.
- Los recursos pagados a las EPS se consideran públicos y no pierden tal condición cuando las EPS los reciben.
- Falta de estímulo a los planes voluntarios.
- Altísima litigiosidad.
- Situación de iliquidez en toda la cadena que afecta a EPS, IPS, proveedores y trabajadores del sector.
- El sector salud en materia laboral tiene niveles de remuneración por debajo del promedio.

Aspectos negativos

- Insuficiencia de recurso humano y de infraestructura de atención
- La ley estatutaria pretendía ser un mecanismo de racionalización, pero la Corte Constitucional eliminó los parámetros de control.
- La salud se convirtió en un tema de la agenda política con un alto grado de polarización
- La legitimidad del sistema ha sido cuestionada.
- En materia de responsabilidad civil, la Corte Suprema de Justicia señaló que las EPS son solidariamente responsables por los daños causados en la prestación de los servicios, incluido el acto médico.

Reforma OBAMA

	Reforma Obama	Colombia - Ley 100 de 1993
1. Obligación de estar asegurado	Se establece que es obligación de todas las personas estar aseguradas	Todas las personas con capacidad de pago deben estar afiliadas al Régimen Contributivo y las demás en el Subsidiado
2. Solidaridad en la financiación de la Salud	Crédito tributario para pequeñas empresas (35% de las primas y 50% desde 2014). Solidaridad vía impuestos	Solidaridad vía cotización e impuestos (Régimen contributivo). Solidaridad vía impuestos (Régimen subsidiado)
3. Preexistencias	Elimina su aplicación inmediata para los niños. En el 2014 para toda las personas con afecciones preexistentes	No se aplican preexistencias a ningún afiliado. Se aplican periodos mínimos de cotización máximo de 26 semanas
4. Preexistencias de no asegurados	Se crea un Fondo provisional de alto riesgo que subsidia estas atenciones	Las EPS no aplican preexistencias. Los no asegurados se atienden en la red pública de hospitales
5. Terminación de cobertura	Se prohíbe que las compañías de seguros terminen la cobertura cuando la persona se enferma.	La EPS no puede terminar la relación de cobertura con el afiliado.
6. Atención preventiva	Elimina deducibles y cuotas moderadoras a servicios preventivos (enero 1 de 2011)	No aplican copagos para los servicios preventivos
7. Cobertura familiar	Establece cobertura para los hijos hasta los 26 años en la misma póliza de seguro de los padres	Los hijos están cubiertos hasta los 25 años (estudiantes) en el grupo de los padres y sin pago adicional

Reforma OBAMA

	Reforma Obama	Colombia - Ley 100 de 1993
8. Límites de cobertura	Prohíbe poner topes anuales o vitalicios a la cobertura	No hay topes económicos a la cobertura ni anual ni a largo plazo
9. Selección de riesgos	Prohíbe la discriminación en contra de trabajadores de bajos ingresos	La EPS tiene la obligación de afiliar a todas las personas sin consideración del ingreso
10. Factor mínimo de gasto médico	Siniestralidad mínima del 85%	La UPC en el régimen contributivo se calcula con un factor de siniestralidad del 90%.
11. Plan mínimo	Plan mínimo de beneficios en 2014	Plan Obligatorio de Salud
12. Centros de salud	Apoyo a centros de salud comunitarios para duplicar número de servicios	Permitió a las EPS la ampliación de red propia y contratada (hoy restricción a la integración vertical)
13. Médicos de atención primaria	Ampliación del personal de atención primaria (médicos, enfermeras, auxiliares, entre otros)	No existe plan
14. Control de primas	Los aumentos de tarifas deben ser justificados	Control total de precios por parte del Estado
15. Investigación científica	Creación del Patient Centered Outcomes Research Institute	No existe
16. Planeación del recurso humano en salud	Creación del National Health Care Workforce Commission	Ley de talento humano (sin desarrollo)