



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

895  
MONICA TA

010

Bogotá DC

CORTE CONSTITUCIONAL  
De: SECRETARIA DE SALUD  
R: 96130 16/07/2013-11:42  
Folios: 0 Anexos: 1  
OFICIO -RESPUEST

Doctora  
MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO  
Secretaria General  
Corte Constitucional  
Palacio de Justicia Calle 12 No. 7 - 65  
Bogotá DC



92:AA

ASUNTO: Respuesta Oficio No. OPTB-343/2013  
Radicado SDS 96130 de 17/06/2013

Doctora Sáchica:

Atendiendo el Auto proferido por la Honorable Corte Constitucional con fecha 31 de mayo de 2013, como seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la Sentencia T-760 de 2008, de acuerdo con la literalidad de la petición que se transcribe, me permito presentar la siguiente información:

*"Ordenar a la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá Por lo anterior se dispondrá que la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá que, en un plazo no superior a veinte (20) días hábiles remita con destino al expediente de seguimiento un informe en el que se indique los efectos que, a juicio de esa entidad, generaron en la operación, financiación y atención de los pacientes en el Distrito Capital las regulaciones expedidas por la CRES en liquidación y el Ministerio de Salud y Protección social en relación con la unificación del Plan de Beneficios y la definición de una Unidad de Pago por Capitación diferencial para el régimen subsidiado. El informe contendrá las estadísticas que den cuenta del aumento o disminución de atención de los pacientes en el lapso señalado. Así mismo, deberá indicar los beneficios o perjuicios que pudo tener, dicha normatividad, en el flujo de recursos y atención de usuarios en el Distrito. El período de la información será desde 1 de julio de 2012 hasta el 28 de febrero de 2013."*

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y DE LA DEFINICIÓN DE UNA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN DIFERENCIAL PARA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO, EN LA OPERACIÓN, FINANCIACIÓN Y ATENCIÓN DE LOS PACIENTES EN EL DISTRITO CAPITAL

Según la orden enunciada, la Secretaría Distrital de Salud debe ilustrar los efectos generados por las regulaciones expedidas por la Comisión de Regulación en Salud -CRES- (en liquidación) y el Ministerio de Salud y Protección Social, en relación con la Unificación del Plan de Beneficios y la definición de una Unidad de Pago por Capitación diferencial para el régimen subsidiado, en la operación, financiación y atención de los pacientes en el Distrito Capital.

La información presenta las conclusiones del análisis del impacto de lo estipulado en el Acuerdo 32 de 2012 *"Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de Pago por Capitación (UPC), del Régimen Subsidiado"* proferido por la CRES, así como en la Resolución 4480 de 2012 *"Por la cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2013 y se dictan otras disposiciones"* proferida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Por tanto la primera parte del informe versará sobre los efectos probables en la operación del sistema y en la atención en salud dirigida a los pacientes del Distrito Capital. Para ello se presenta el comportamiento de los casos reportados por barreras de acceso como son clasificadas en el Sistema Integrado de Información Distrital sobre Barreras de Acceso (SIDBA). En el curso de la ilustración se analiza si es probable o no la relación causa efecto entre la expedición del Acuerdo 32 de 2012 y la incidencia de los casos reportados. Seguidamente se establecerá si hay cambios en la incidencia de fallos de tutela posteriores a la universalización del plan obligatorio de salud.

La información obtenida a partir del Sistema Distrital de Información sobre Barreras de Acceso a los Servicios de Salud (SIDBA) y la incidencia de tutelas, permiten establecer si las regulaciones en cuestión, tuvieron efecto alguno en la operación y en la atención de los pacientes del Régimen Subsidiado.

La segunda parte aportará información que permita establecer si existe algún efecto financiero derivado de la expedición del Acuerdo 32 de 2012 y de la Resolución 4480 del mismo año mediante la cual se pondera la Unidad de Pago por Capitación del régimen subsidiado (UPC-S).

De la firma forma, la información sobre tarifas pactadas entre las EPS-S y las Empresas Sociales del Estado (ESE) y el comportamiento de la facturación presentada por concepto de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

permitirán establecer los efectos de las regulaciones en la sostenibilidad financiera del sistema, en particular, de los prestadores de servicios de salud.

Se espera que, al final de su lectura, el documento haya dado cuenta de la evidencia necesaria que sustente debidamente las conclusiones presentadas.

## 1. ANTECEDENTES

Con los Acuerdos, 27 de 2011 *"Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de sesenta (60) y más años de edad y se modifica la Unidad de pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado"* y 29 del mismo año, *"Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud"* proferidos por la Comisión de Regulación en Salud, se amplió el Plan de Beneficios en materias prioritarias como la salud mental.

La extensión de la cobertura horizontal a los adultos mayores y de la cobertura vertical (de tecnologías en salud) conllevaron al incremento de la UPCS pero aún así, las EPSS adujeron que era un monto insuficiente frente a la ampliación de servicios y de población objeto de cobertura. Por ello, un impacto directo de esos dos Acuerdos fue el retiro voluntario de dos aseguradoras del Régimen Subsidiado en el Distrito Capital: ECOOPSOS y COLSUBSIDIO.

La expedición por parte de la Cres, del Acuerdo 32 de 2012 *"Por el cual se unifican los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado a nivel nacional, para las personas de dieciocho (18) a cincuenta y nueve (59) años de edad y se define la Unidad de pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado"* universalizó la cobertura horizontal del plan obligatorio de salud (POS) a través de la ampliación de los beneficios establecidos a la población de esa franja de edad generando la expectativa, frente a la reducción de barreras de acceso en la prestación de servicios para los afiliados que gozan del subsidio en salud.

De manera paralela con la aplicación del Acuerdo 32 surgen las dinámicas inherentes al anuncio de retiro en la ciudad de Bogotá, de las EPSS COLSUBSIDIO y ECOOPSOS así como los efectos de la liquidación de la EPSS SALUD CÓNDOR.

La expedición de la Resolución 4480 mediante la cual se pondera la UPCS ocurre en diciembre 27 de 2012 y su vigencia inicia en enero de 2013. Desde este mes se incrementan de manera más significativa las barreras de acceso para los afiliados a la EPSS HUMANAVIVIR por presunta insuficiencia de red. En el curso de esa crisis la Superintendencia Nacional de Salud inicia el proceso de





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

intervención para liquidar a las EPS-S HUMANA VIVIR O HUMAN HEART y SOLSALUD.

Dada esa dinámica en las aseguradoras del régimen subsidiado, se tiene entonces que entre julio de 2012 y mayo de 2013, el Distrito Capital pasó de ocho (8) EPS que operaban el régimen subsidiado, a tres (3) EPS. Una de ellas bajo medida cautelar de vigilancia especial (UNICAJAS COMFACUNDI), otra en alto riesgo financiero a la cual se le levantó la medida de vigilancia especial en 2012 por vencimiento de términos CAPRECOM EPSS y una tercera, CAPITAL SALUD EPSS con resultados financieros que reportan déficit.

Tabla 1. EPSS. Bogotá, D. C. Semestre II de 2012.

	EPSS	AFILIADOS	ESTADODADMINISTRATIVO
1	CAPITAL SALUD	373.880	Normalidad.
2	HUMANA VIVIR	306.476	Normalidad.
3	COLSUBSIDIO	186.628	Retiro voluntario. Resolución 3538 de 14/11/2012.
4	SOLSALUD	160.134	Intervención forzosa para administrar.
5	UNICAJAS	83.798	Medida de vigilancia especial.
6	CAPRECOM	70.020	Normalidad.
7	<b>SALUD CÓNDOR</b>	<b>48.933</b>	Liquidación. Resolución número 002743 de 7/09/2012.
8	ECOOPSOS	46.683	Retiro voluntario. Radicado interno 86999 del 8 de junio de 2012.



Tabla 2. EPSS. Bogotá, D. C. Marzo de 2013.

EPS	POBLACIÓN AFILIADA A ENERO DE 2013	%
CAPITAL SALUD	545.041	43%
HUMANA VIVIR	345.974	27%
SOLSALUD	161.895	13%
CAPRECOM	129.311	10%
UNICAJAS	96.028	8%
<b>TOTAL</b>	<b>1.278.249</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. EPSS. Bogotá, D. C. Junio de 2013.

EPS	POBLACIÓN AFILIADA A ENERO DE 2013	%
CAPITAL SALUD	836.196	70%
CAPRECOM	269.481	22%
UNICAJAS	97.037	8%
<b>TOTAL</b>	<b>1.202.714</b>	<b>100%</b>

Se ilustrará la incidencia de barreras de acceso y de tutelas en función de su comportamiento en el tiempo, para analizar si es presumible una asociación causa-efecto de las mencionadas regulaciones en la operación del sistema de salud y en la atención de los pacientes en el Distrito Capital. No obstante, los antecedentes enunciados dan cuenta de múltiples circunstancias que inciden en las barreras de acceso, en el comportamiento de las tutelas y en la financiación del sistema. Sería osado pretender un análisis unicausal para establecer el



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

impacto del Acuerdo 32 de 2012 en la operación del sistema y en la atención de la población subsidiada.

Para el caso de la ponderación de la UPCS, establecida mediante la Resolución 4480 de 2012, resulta más sencillo el ejercicio de evaluación de su pobre impacto en la financiación del Sistema o más precisamente, en su sostenibilidad financiera del sistema.

## 2. IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN LA OPERACIÓN DEL SISTEMA Y EN LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS DEL DISTRITO CAPITAL.

### 2.1. IMPACTO EN LAS BARRERAS DE ACCESO

El SIDBA como el sistema integrado de información administrado por la Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano (DPSSC) de la Secretaría Distrital de Salud, permite agrupar las manifestaciones de no conformidad elevadas ante la Secretaría Distrital de Salud a través de Atención al Usuario y del Sistema Distrital de Quejas y Soluciones (SQS). Este sistema establece varias categorías de agrupación de dichas barreras de acceso las cuales se relacionan en la siguiente tabla:



Tabla 4. Clasificación de las Barreras de Acceso a los Servicios de Salud según el SIDBA.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN DISTRITAL DE BARRERAS DE ACCESO	
CATEGORÍAS	
1	Atención deshumanizada o extralimitación y abuso de responsabilidades
2	Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios, o de alto costo o tutelas
3	Cobros indebidos
4	Deficiencias en cumplimiento de acciones de apoyo administrativo, por falta de recursos logísticos
5	Dificultad de acceso a servicios por inconsistencia en base de datos
6	Dificultad de acceso a servicios por inadecuada referencia contrarreferencia
7	Dificultad para prestaciones extraordinarias de salud NO POS
8	Dificultad para prestación servicios POS
9	Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad
10	Inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar
11	No capacidad para pago de servicios, medicamentos, hospitalizaciones, exámenes
12	No cumplimiento horario fijado para atender a usuario, por el servicio programado
13	No facilitación acceso, dando atención con enfoque diferencial –género –religión –etnia -discapacidad
14	No oportunidad de atención de urgencias
15	No oportunidad de autorización de servicios por parte de otros entes territoriales
16	No oportunidad suministro medicamentos no incluidos en el POS
17	No oportunidad en el suministro de medicamentos POS
18	No oportunidad en la programación de citas de baja complejidad
19	No oportunidad en programación de especialistas
20	No oportunidad en realizar acciones del Plan de Intervenciones Colectivas – PIC
21	No suministro oportuno de ambulancias
22	Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario

Las barreras de acceso relacionadas con el trato humanizado (1), la actualización de las bases de datos de afiliados (5), la operación del sistema de referencia contrarreferencia (6), la oportunidad de la atención inicial de urgencias (14) y en la ejecución de acciones del plan de intervenciones colectivas (20), no sufren impacto significativo alguno con la unificación del Plan Obligatorio de Salud. Esta medida sólo afectaría positiva o negativamente, las barreras como se ilustra en el siguiente cuadro:





Tabla 5. Categorías del SIDBA susceptibles de impacto con la unificación del Plan Obligatorio de Salud.

SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN DISTRITAL DE BARRERAS DE ACCESO CATEGORIAS SUSCEPTIBLES DE IMPACTO CON LA UNIFICACIÓN DEL POS	
2	Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios, o de alto costo o tutelas
3	Cobros indebidos
4	Deficiencias en cumplimiento de acciones de apoyo administrativo, por falta de recursos logísticos
7	Dificultad para prestaciones extraordinarias de salud NO POS
8	Dificultad para prestación servicios POS
9	Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad
10	Inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar
11	No capacidad para pago de servicios, medicamentos, hospitalizaciones, exámenes
12	No cumplimiento horario fijado para atender a usuario, por el servicio programado
13	No facilitación acceso, dando atención con enfoque diferencial – género – religión – etnia – discapacidad
15	No oportunidad de autorización de servicios por parte de otros entes territoriales
16	No oportunidad suministro medicamentos no incluidos en el POS
17	No oportunidad en el suministro de medicamentos POS
18	No oportunidad en la programación de citas de baja complejidad
19	No oportunidad en programación de especialistas
21	No suministro oportuno de ambulancias
22	Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario

Los periodos críticos, es decir, de mayor incidencia de barreras de acceso, suelen ser aquellos en los cuales se hace el tránsito a la aplicación de las normas. Para este informe, se establecen los siguientes periodos de transición:

Tabla 6. Periodos de transición o críticos.

Vigencia de la norma	I-2011	II-2011	III-2011	IV-2011	I-2012	II-2012	III-2012	IV-2012	I-2013
Periodos de transición				Acuerdo 27 (noviembre)	Acuerdo 29 (enero)		Acuerdo 32 (julio)		Resolución 4480 (enero)

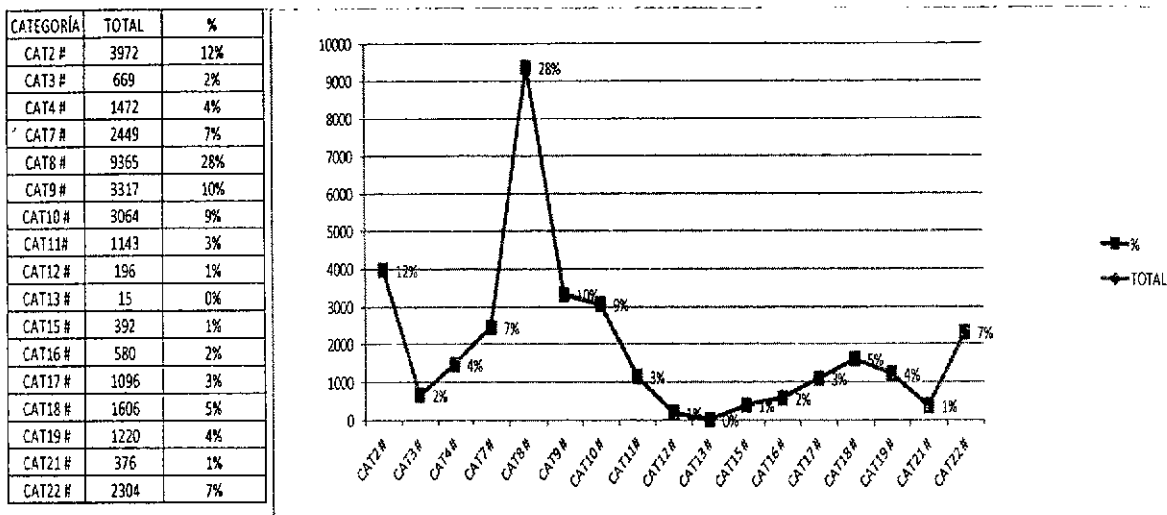
La barrera de acceso con mayor número de manifestaciones de no conformidad durante el periodo comprendido entre I-2011 y I-2013, es la denominada "Dificultad para la prestación de servicios POS". Ésta representa 28% de los casos, como se observa a continuación:





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 7. Gráfica 1. Distribución porcentual de barreras de acceso. Trimestre I de 2011 a Trimestre I de 2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

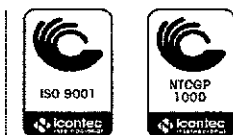
La siguiente tabla muestra la incidencia de barreras de acceso a través de las vigencias 2011-2013. Es necesario aclarar que en el presente año, se ha procesado la información de enero a marzo y que en el segundo trimestre se encuentra en fase de consolidación. De manera adicional es preciso anotar que para el presente año hay cambios en el aplicativo del SIDBA que pueden afectar el número de barreras reportado por la dinámica inherente a la adopción de la nueva herramienta informática.

Tabla 8. Distribución porcentual de barreras de acceso por Trimestre. Trimestre I de 2011 a Trimestre I de 2013.

TRIMESTRE	I-2011	II-2011	III-2011	IV-2011	I-2012	II-2012	III-2012	IV-2012	I-2013
#	2209	3431	5027	3822	4812	4711	4452	2803	1969
%	7%	10%	15%	11%	14%	14%	13%	8%	6%

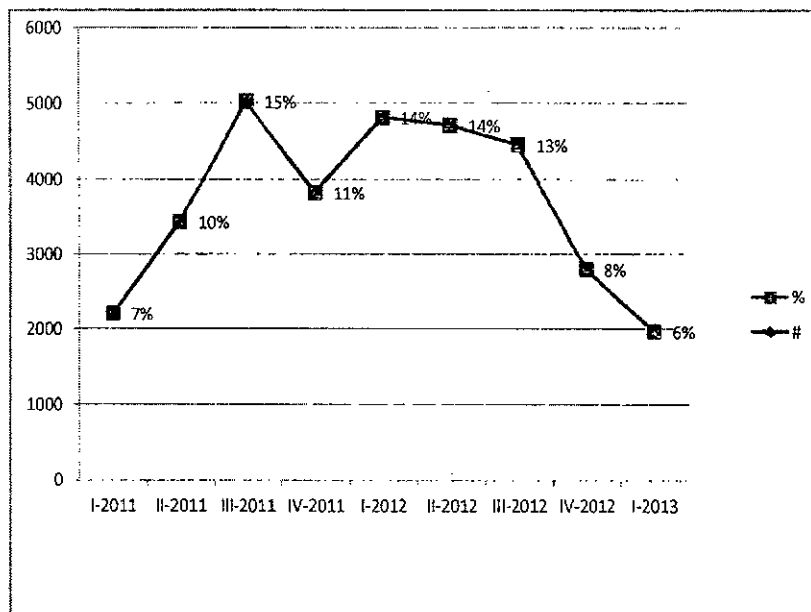
Fuente: SIDBA. SDS.

Como se observa, las barreras de acceso van en aumento durante la vigencia 2011, pero luego se concentran entre el II trimestre de 2011 y el tercer trimestre de 2012 con un pico entre el IV trimestre de 2011 y el primer trimestre de 2012, dado por el incremento de 11% a 14% y que puede estar relacionado con la emergencia de los Acuerdos 27 y 29 de 2011.





Gráfica 2. Distribución porcentual de barreras de acceso por Trimestre. Trimestre I de 2011 a Trimestre I de 2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

Es probable que la tendencia al incremento registrada durante 2011, esté en relación con la ampliación de la cobertura horizontal del Plan Obligatorio de Salud que se extendió entonces a los menores de 18 años, según lo dispuso el Acuerdo 011 de 2010 "Por el cual se da cumplimiento al Auto No. 342 de 2009 de la Honorable Corte Constitucional", expedido por la Comisión de Regulación en Salud.

Según esos mismos datos, la expedición del Acuerdo 32 de 2012 no incidió en que se redujesen las barreras de acceso en el corto plazo, es decir, en el tercer trimestre de 2012, pero luego, en el cuarto trimestre, se observa una pendiente decreciente dada por la reducción de barreras de 13% a 8%.

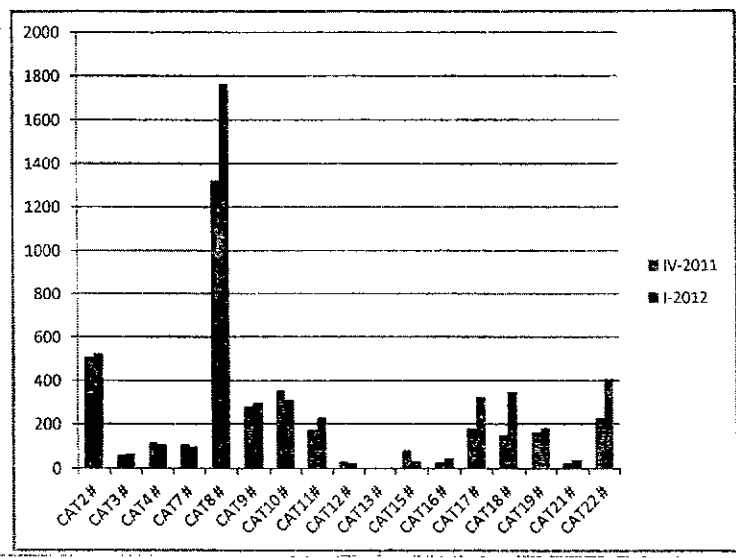
Ahora bien, cabe aquí establecer en detalle cuáles fueron esas barreras a expensas de las cuales se dio el incremento señalado entre el cuarto trimestre de 2011 y el primero de 2012:



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 9. Gráfica 3. Distribución porcentual de barreras de acceso. Comparativo: Trimestre IV de 2011-Trimestre I de 2012.

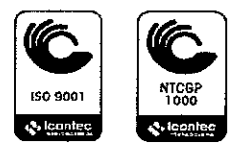
CATEGORÍA	IV-2011	I-2012
CAT2 #	507	525
CAT3 #	62	65
CAT4 #	114	107
CAT7 #	108	100
CAT8 #	1323	1765
CAT9 #	284	299
CAT10 #	359	310
CAT11#	174	228
CAT12 #	33	26
CAT13 #	1	5
CAT15 #	81	33
CAT16 #	30	44
CAT17 #	182	325
CAT18 #	147	349
CAT19 #	165	183
CAT21 #	23	40
CAT22 #	229	408



Fuente: SIDBA. SDS.

Durante el periodo de transición comprendido entre el cuarto trimestre de 2011 y el primer trimestre de 2012, la categoría a expensas de la cual se incrementan las barreras de acceso es la descrita como "Dificultad para la prestación de servicios POS". Es claro que la ampliación de las dos coberturas, horizontal (grupo de adultos con edad mayor o igual a 60 años) y vertical (actualización del plan de beneficios), incidió directamente en la prestación de servicios y en particular, de aquellos incluidos "de novo" en el Acuerdo 29 de 2011, así como la extensión de servicios como el oxígeno domiciliario para las personas adultas mayores.

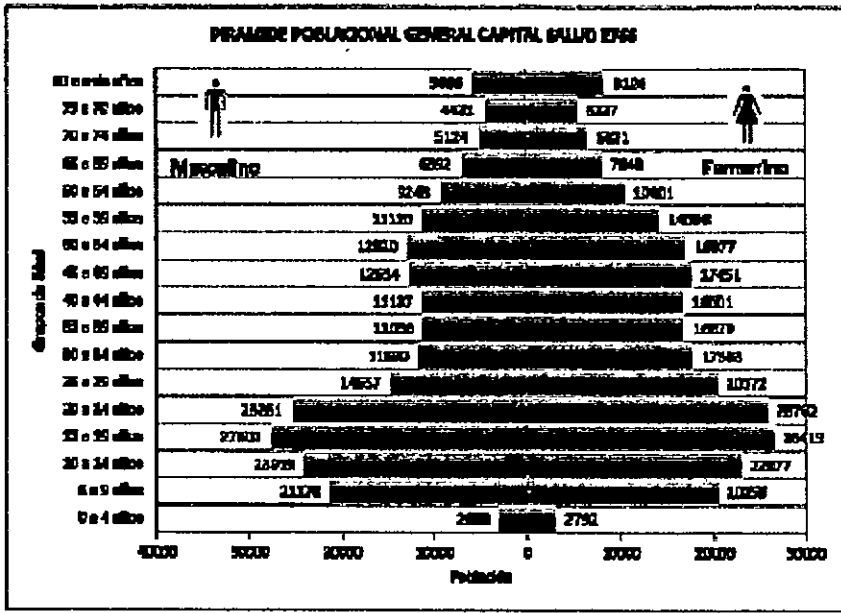
La extensión horizontal y vertical de los beneficios del POS a partir los Acuerdos 27 y 29 de 2011, tuvo mayor impacto que la unificación del POS (Acuerdo 32 de 2012), dado que ésta culminó con la inclusión del grupo subsidiado de 18 a 59 años en edad productiva y con menor riesgo en salud. Si bien el régimen subsidiado excluye a los trabajadores de sectores formales de la economía, los integrantes de la población enunciada son cabeza de familia que se debaten en los grupos informales de la economía. Son los grupos más reducidos en la pirámide poblacional quienes menos acuden a los servicios de salud y quienes pueden tener alguna probabilidad de lograr ingresos. Mientras tanto, los grupos de adultos mayores sufren más enfermedades crónicas, de alto costo, enferman más y constituyen un grupo representativo dentro de la población subsidiada.





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

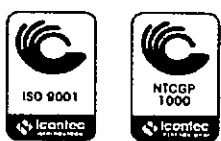
Gráfica 4. Distribución por edades de la población afiliada al Régimen Subsidiado en una EPS del Distrito Capital.



Tomado de: Análisis de situación de Salud. CAPITAL EPSS. 2011. Fuente Base afiliados Capital salud EPSS a Diciembre de 2011

Estos son factores que afectan el comportamiento de las barreras de acceso y explican su mayor incidencia tras la expedición de los Acuerdos 27 y 29 de 2011.

Ahora bien, es posible hacer el análisis del comportamiento de las barreras de acceso durante el periodo de tránsito hacia la adopción del POS unificado, que se extiende entre el segundo hasta el cuarto trimestre de 2012.

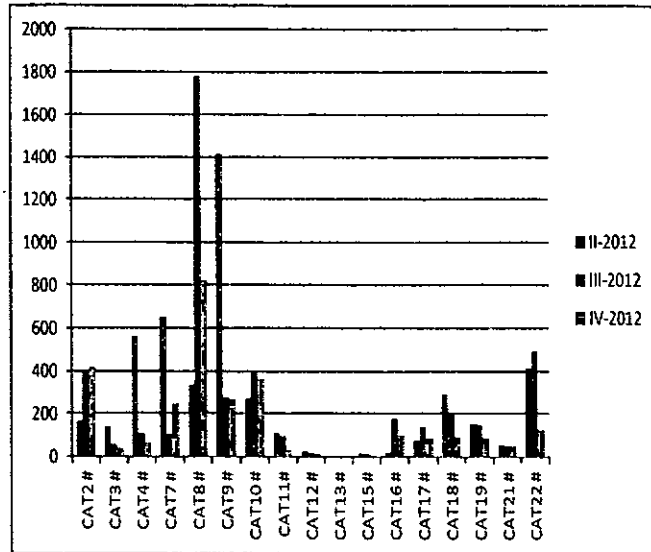




ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 10. Gráfica 5. Distribución porcentual de barreras de acceso. Comparativo: Trimestres II, III y IV de 2012.

CATEGORÍA	II-2012	III-2012	IV-2012
CAT2 #	168	399	414
CAT3 #	139	54	40
CAT4 #	561	110	63
CAT7 #	653	104	247
CAT8 #	334	1780	826
CAT9 #	1418	279	268
CAT10 #	272	393	359
CAT11 #	111	95	28
CAT12 #	23	16	14
CAT13 #	2	1	0
CAT15 #	15	9	4
CAT16 #	22	177	98
CAT17 #	73	139	91
CAT18 #	293	205	92
CAT19 #	156	150	84
CAT21 #	56	48	52
CAT22 #	415	493	123



Fuente: SIDBA. SDS.

La categoría 8 que incluye las "dificultades en la prestación de servicios POS", presenta un alza significativa durante el periodo en cuestión, igual que durante el periodo de tránsito hacia la adopción de los acuerdos 27 y 29 de 2011. No obstante, para un análisis más exhaustivo del comportamiento de las barreras de acceso y su relación con la expedición de las regulaciones emitidas por la CRES, se describen a continuación las variaciones en la incidencia de cada barrera de acceso en función de los periodos de registro (Trimestres I a IV de 2011 a 2012). Se excluye el primer trimestre de 2013 dado que las cifras bajas podrían estar en relación con la reciente adopción de ajustes al aplicativo del SIDBA.





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 11. Incidencia de Barreras de Acceso por Trimestre y por Categoría de SIDBA. 2011-2013.

Table with 12 columns: CATEGORÍA, I-2011, II-2011, III-2011, IV-2011, I-2012, II-2012, III-2012, IV-2012, I-2013, TOTAL, %. Rows include categories CAT2 through CAT22 and a TOTAL POR PERIODO row.

Fuente: SIDBA. SDS.

Las categorías que concentran mayor número de manifestaciones de no conformidad, esto es, 45% de las barreras interpuestas y denunciadas entre enero de 2011 y marzo de 2013, son las siguientes:

Tabla 12. Barreras de Acceso con mayor incidencia. I-2011 a I-2013.

Table with 2 columns: Rank and Description. Rows: 7 Dificultad para prestaciones extraordinarias de salud NO POS; 8 Dificultad para prestación servicios POS; 9 Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad.

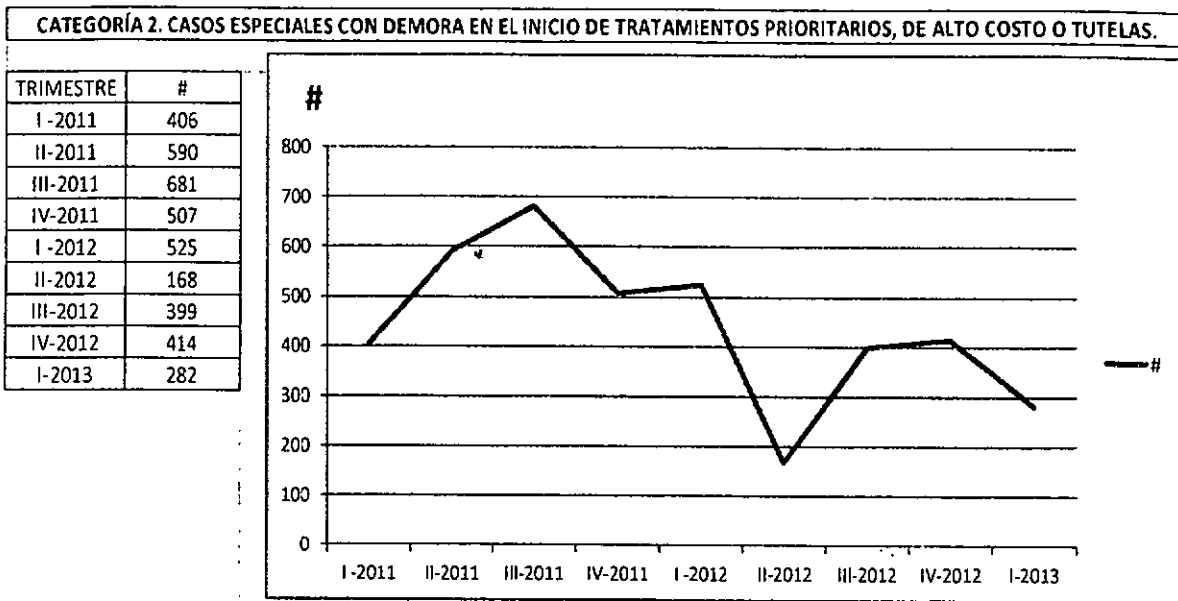
Fuente: SIDBA. SDS.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 13. Gráfica 6. Incidencia de casos de demora en el inicio de tratamientos prioritarios, de alto costo o tutelas. I-2011 a I-2013.



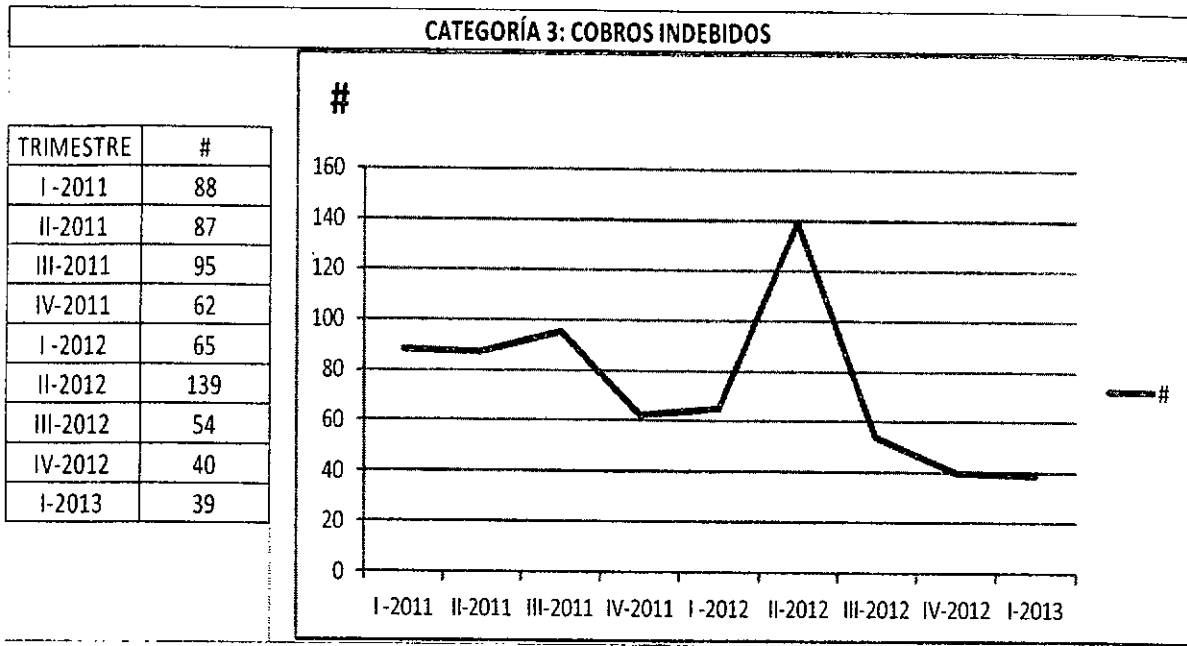
En general, presenta una tendencia decreciente pero es notable el pico de incidencia de las barreras de acceso relacionadas con la prestación de servicios de alto costo, derivados de tutelas y prioritarios, es decir aquellos casos en los cuales existe alto riesgo para la vida o el paciente de las poblaciones de especial protección constitucional (personas en situación de discapacidad, gestantes, menores, adultos mayores, pacientes con VIH.Sida etc.), en el periodo de tránsito correspondiente a la expedición del Acuerdo 32 de 2013. Dichas barreras pasaron de 168 a 399 entre el segundo y el tercer trimestre de 2012, incremento correspondiente a 137.5%.

*EPIS*





Tabla 14. Gráfica 7. Incidencia de barreras de acceso por cobros indebidos. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS

Los cobros indebidos son una categoría singular en su comportamiento pues presentaron un notable incremento en el segundo trimestre de 2012. Posteriormente tras la emergencia del Acuerdo 32 de 2012, bajaron de manera significativa, de tal manera que su porcentaje de variación fue -61% (de 139 a 54 casos reportados).

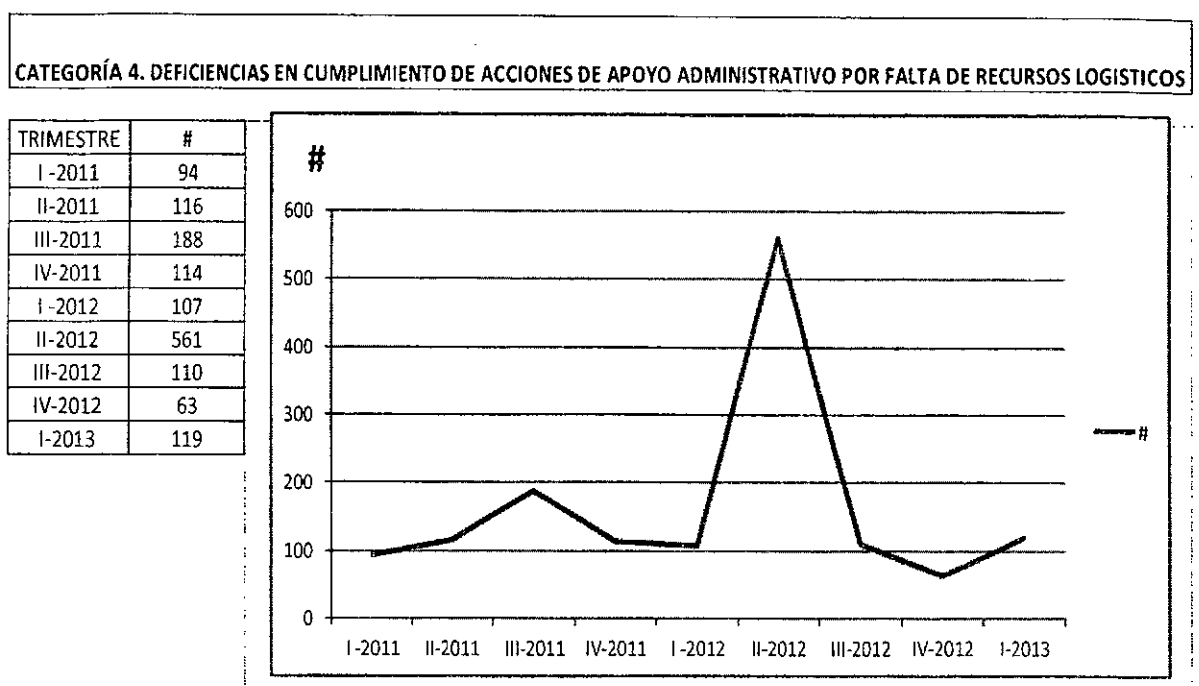






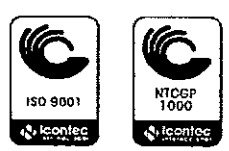
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 15. Gráfica 8. Incidencia de barreras de acceso asociadas al incumplimiento de acciones de apoyo administrativo por falta de recursos logísticos. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

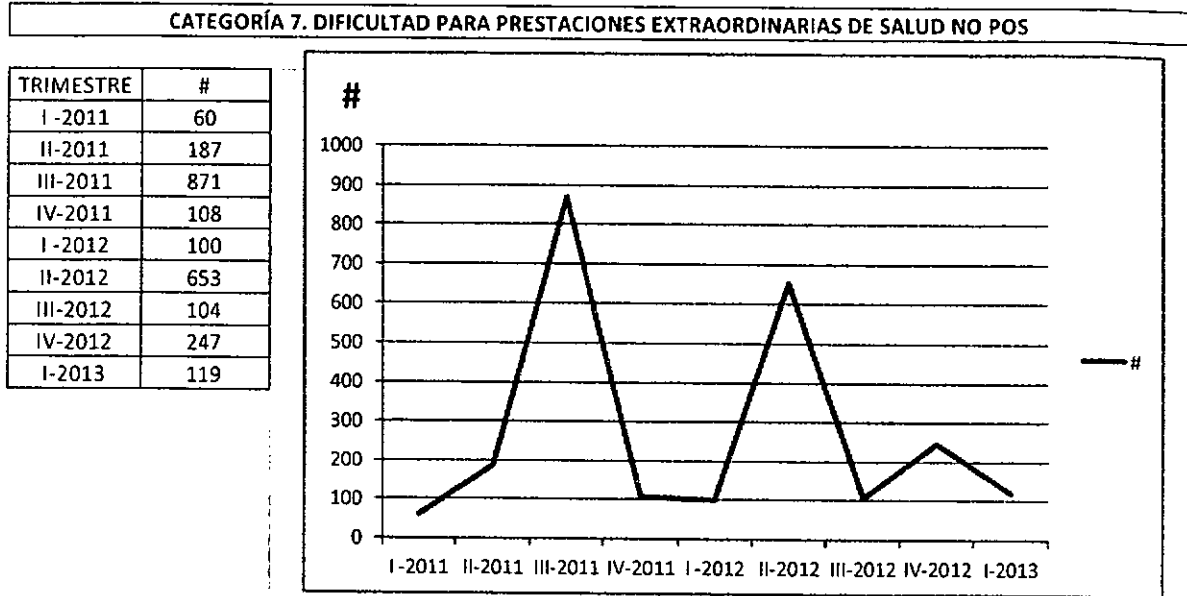
Las barreras de acceso asociadas con el incumplimiento de acciones de apoyo administrativo por falta de recursos logísticos presentaron un notorio descenso entre el segundo y el tercer trimestre de 2012 con un porcentaje de variación de -80%





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 16. Gráfica 9. Incidencia de barreras de acceso asociadas a las prestaciones extraordinarias de salud NO POS. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

La prestación de servicios no incluidos en el POS, reportó menor cantidad de barreras de acceso en el tercer trimestre de 2012 y persiste su tendencia al descenso. El porcentaje de variación de la incidencia de barreras en esta categoría fue -84%.

Tabla 17. Gráfica 10. Incidencia de barreras de acceso asociadas a la prestación de servicios POS. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



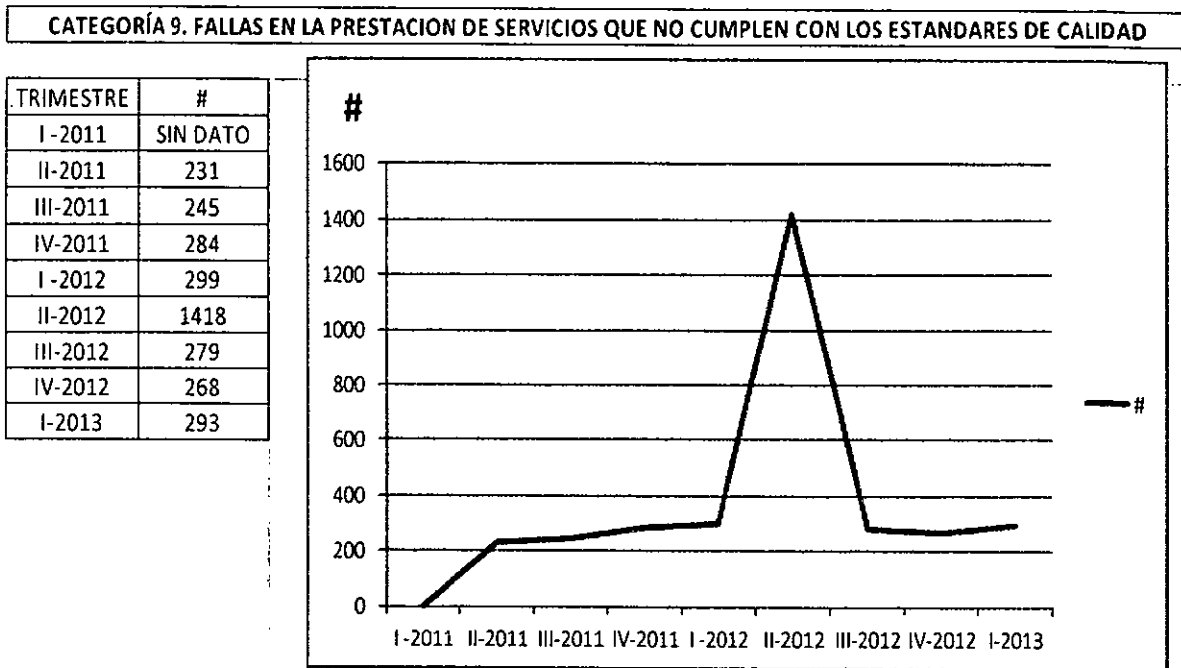
**BOGOTÁ**  
HUMANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

La dificultad para la prestación de servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, se incrementó ostensiblemente. Entre julio y septiembre de 2012, justo cuando empezó a regir el Plan Obligatorio de Salud unificado, fueron reportadas 1780 manifestaciones de no conformidad, mientras en el trimestre precedente tan solo denunciaron 334 casos de barreras de este tipo. El incremento fue 433%.

Tabla 18. Gráfica 11. Incidencia de barreras de acceso asociadas a la prestación de servicios que no cumplen con los estándares de calidad. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

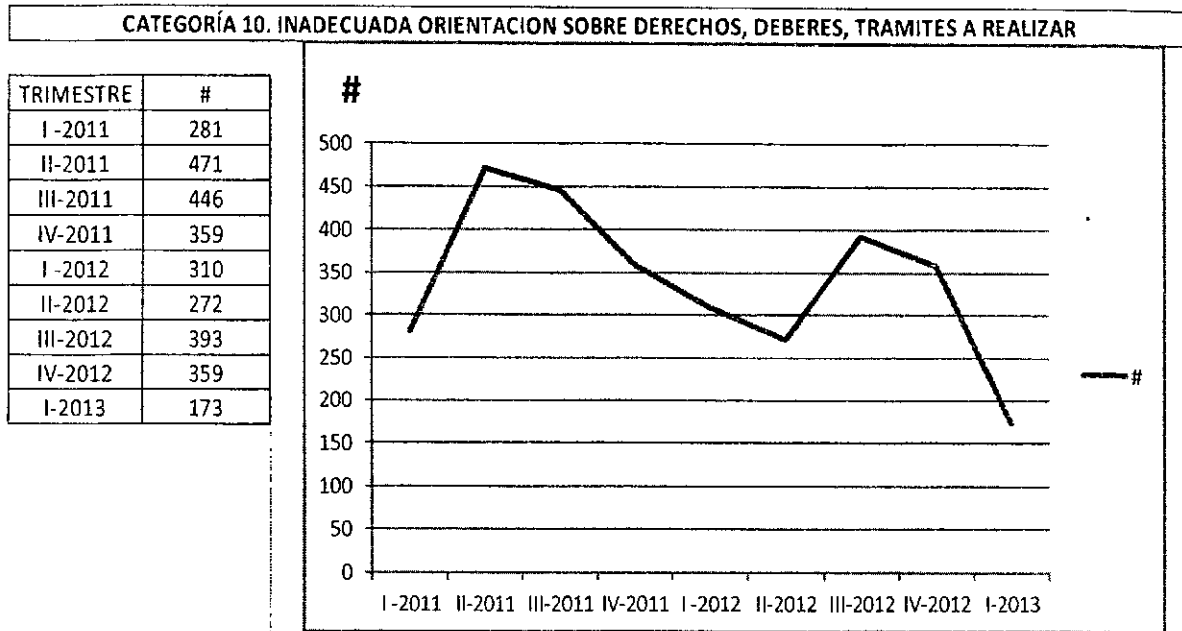
Según el SIDBA, las barreras de acceso derivadas de fallas en la prestación de los servicios asociadas con el cumplimiento de estándares de calidad, presentaban un comportamiento estable o de meseta hasta el primer semestre de 2012. En el segundo semestre, presentó un pico pero luego las cifras volvieron a su magnitud habitual mediante un descenso de 80% en la incidencia que coincide con el periodo de adopción del POS unificado.





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 19. Gráfica 12. Incidencia de barreras de acceso asociadas a la inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar. I-2011 a I-2013



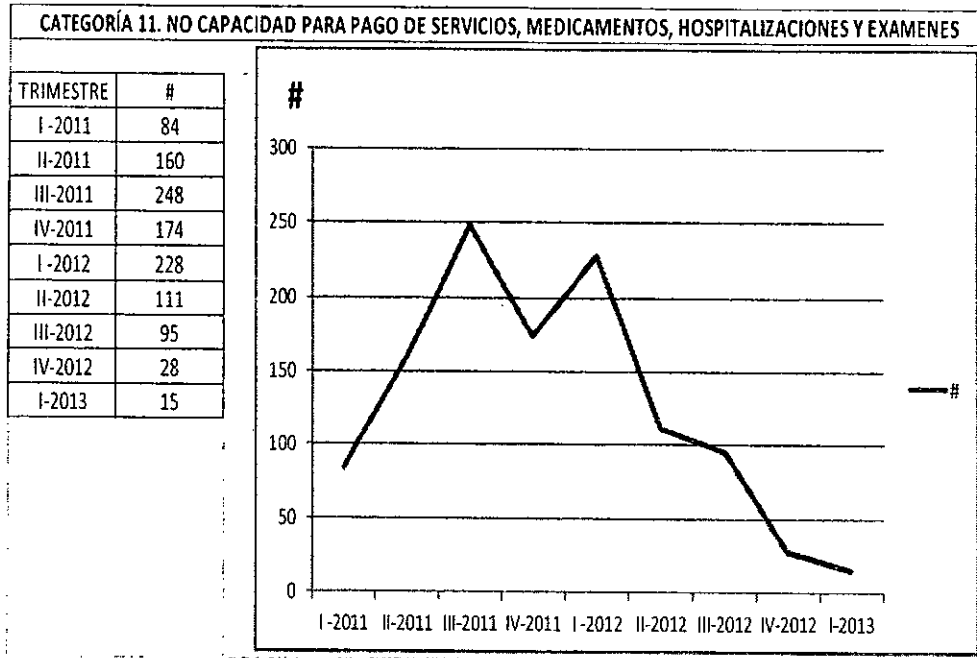
Fuente: SIDBA. SDS.

Esta categoría tiene una tendencia al descenso. No obstante, cuando empieza a regir el Acuerdo 32 de 2012, se presenta un ascenso súbito de casos de barreras derivadas de la inadecuada orientación al usuario. El porcentaje de variación en la incidencia de casos fue 44%.





Tabla 20. Gráfica 13. Incidencia de barreras de acceso asociadas a la incapacidad para pago de servicios, medicamentos, hospitalizaciones y exámenes. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

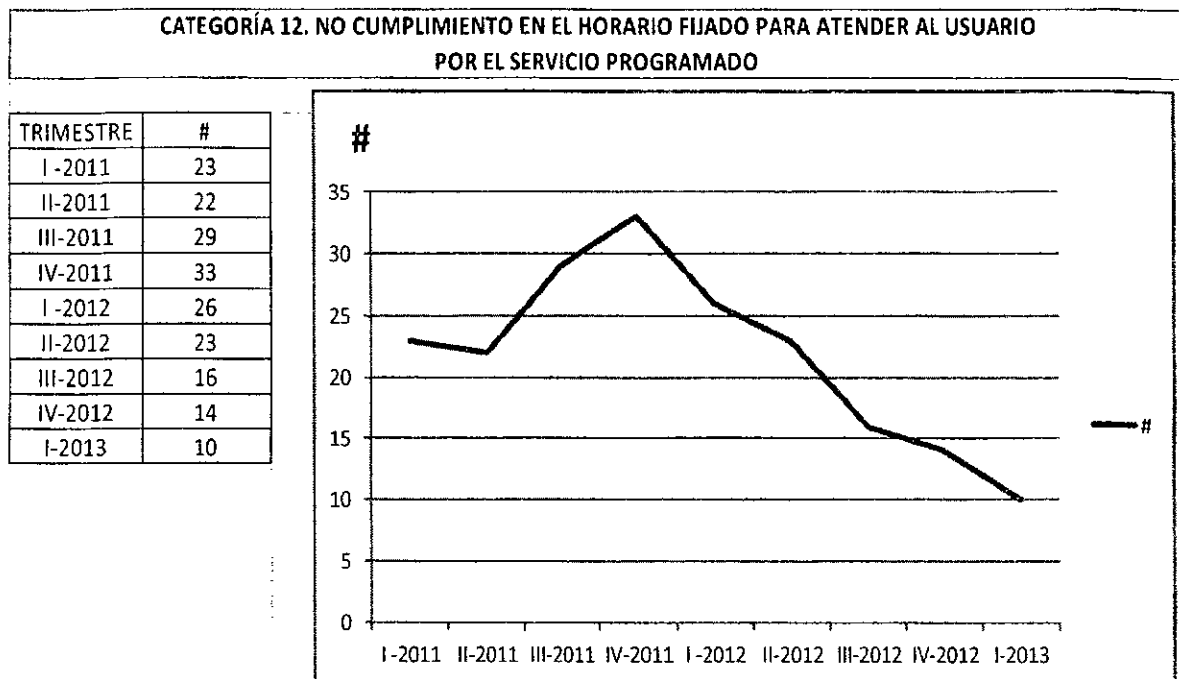
Las barreras de acceso inherentes a la situación económica del usuario, reportadas, presentan un franco descenso desde el primer trimestre de 2012. En el periodo en cuestión, de tránsito hacia la adopción del POS unificado, se redujeron de 111 a 95, lo que representa una variación de 14%. Luego, entre el tercer y el cuarto trimestre de 2012, el decremento fue mucho más significativo: 71%. Mediante diversos estudios se ha establecido que la población del régimen subsidiado que demanda servicios de salud, corresponde a 44% del total (Ministerio de la Protección Social Encuesta Nacional de Salud 2007 Pág. 113). El restante 56% no accede a la atención, precisamente por las barreras económicas inherentes a su situación de pobreza.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 21. Gráfica 14. Incidencia de barreras de acceso asociadas al incumplimiento en el horario fijado para atender el usuario por el servicio programado. I-2011 a I-2013.



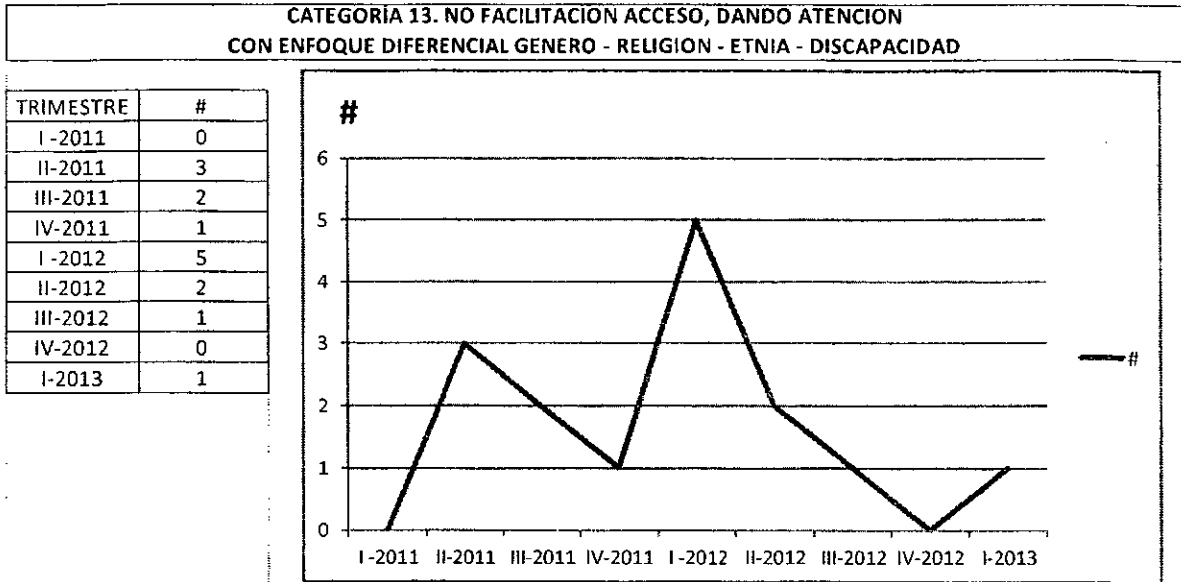
Fuente: SIDBA. SDS.

Esta categoría de barreras de acceso no representa un número significativo en el periodo de I-2011 a I-2013, apenas 1% del total reportado. Su tendencia al descenso, por otra parte, es característica durante 2012. Por ello, si bien bajó 30% entre el segundo y el tercer trimestre, este comportamiento no estaría relacionado con la expedición del Acuerdo 32 de 2012.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

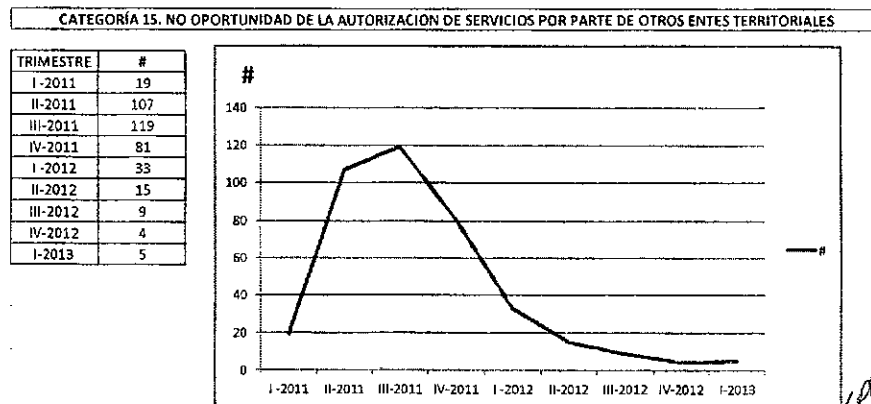
Tabla 22. Gráfica 15. Incidencia de barreras de acceso asociadas a la no facilitación de la atención con enfoque diferencial. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

Las barreras asociadas con el acceso en función del enfoque diferencial no representan siquiera 1% de las presentadas entre 2011 y 2013 (enero-marzo). Por ello, no tiene pertinencia analizar su comportamiento en los periodos de tránsito hacia la adopción de las regulaciones emitidas por la CRES.

Tabla 23. Gráfica 16. Demora en la autorización de servicios por parte de otros entes territoriales. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

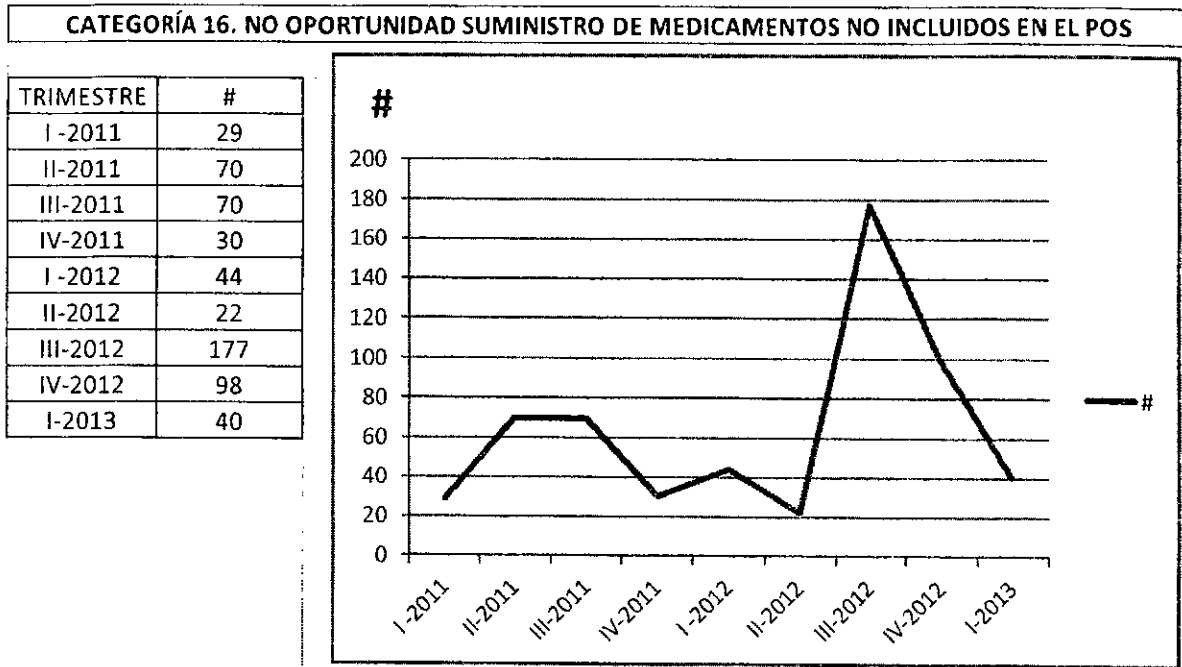




ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

La tendencia decreciente de esta barrera de acceso data desde el cuarto trimestre de 2011, por lo cual es improbable que el descenso presentado tras la expedición del Acuerdo 32 de 2012, tenga relación con la unificación del Plan Obligatorio de Salud.

Tabla 24. Gráfica 17. Demora en el suministro de medicamentos no incluidos en el POS. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS

Si bien esta categoría representa apenas 2% de los casos reportados entre 2011 y 2013, su incremento es significativo entre el segundo y el tercer trimestre de 2012, su comportamiento precedente se asemeja a una meseta. No obstante que no son más de 177 casos, lo más probable es que se trate de barreras interpuestas a pacientes con enfermedades de alto costo y/o adultos mayores, en todo caso, integrantes de grupos de población más vulnerables dentro de los vulnerables que, además, no hacen parte de la población para la cual se unificó el POS mediante el Acuerdo 32 de 2013. Ello entonces deja dudas sobre la relación causal entre la emergencia de la regulación de la CRES y la dinámica ilustrada. Más adelante se verá la relación del pico presentado (705%) con los actores del aseguramiento en salud.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



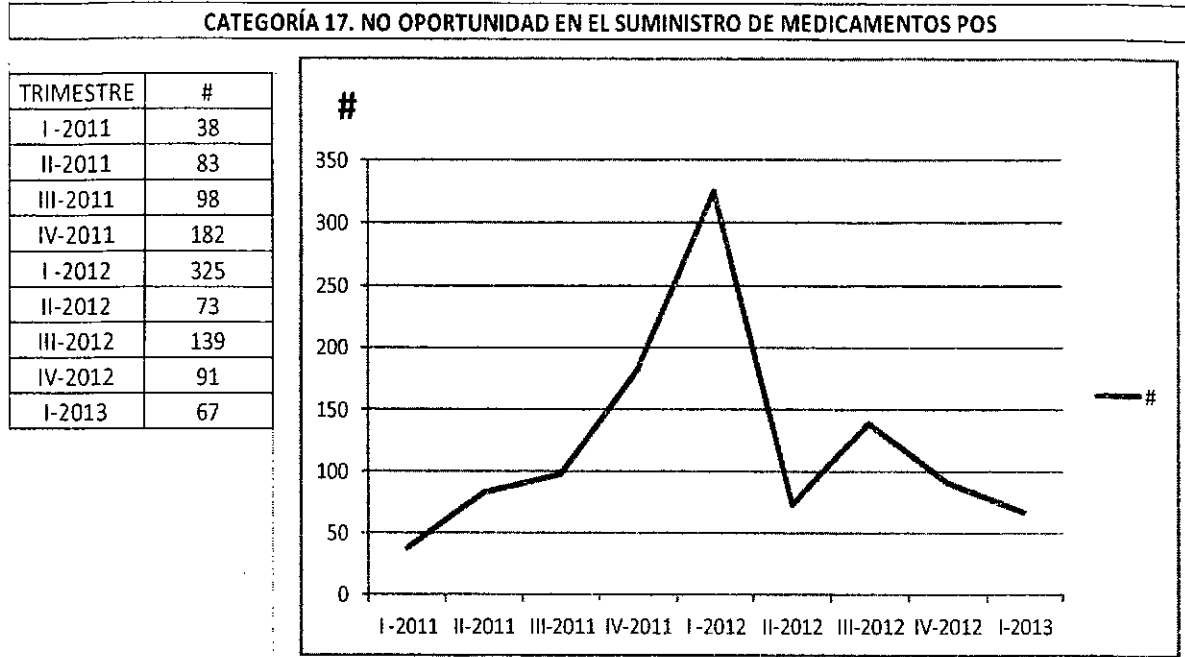
**BOGOTÁ**  
HUMANANA





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 25. Gráfica 18. Demora en el suministro de medicamentos POS. I-2011 a I-2013.

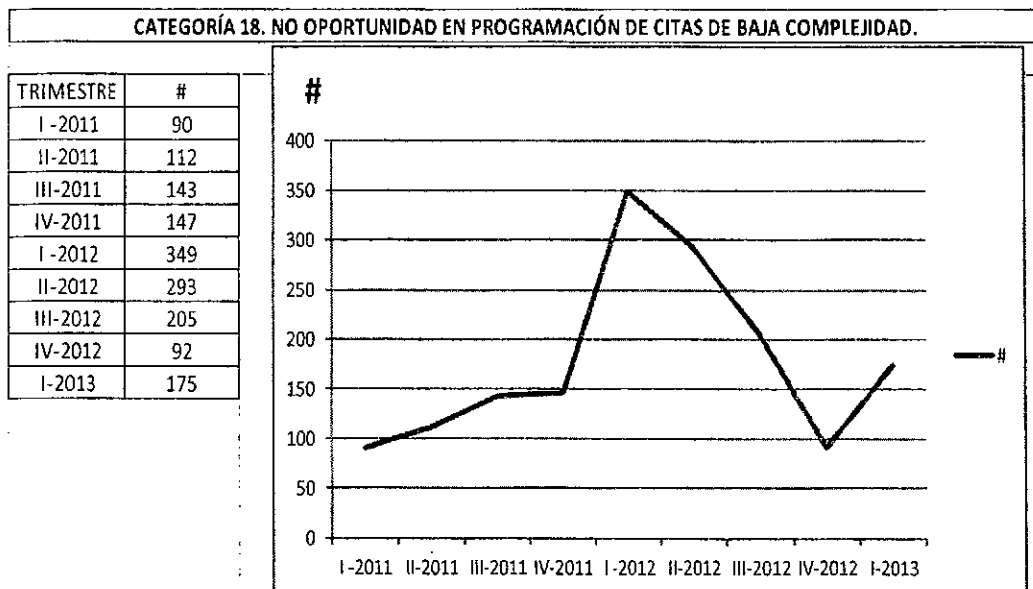


Fuente: SIDBA. SDS.

La cifra de casos notificados según los cuales no se suministraba oportunamente el medicamento incluido en el POS, bajó ostensiblemente en el curso del primer semestre de 2012. Luego presentó un ascenso significativo (90%) entre el segundo y el tercer trimestre. Ello indicaría algún grado de asociación entre la expedición del Acuerdo 32 de 2012 y el incremento en la incidencia de esta barrera. Sin embargo, su nivel de significancia dentro del total de barreras notificadas entre 2011 y 2013 es 3% *pk*



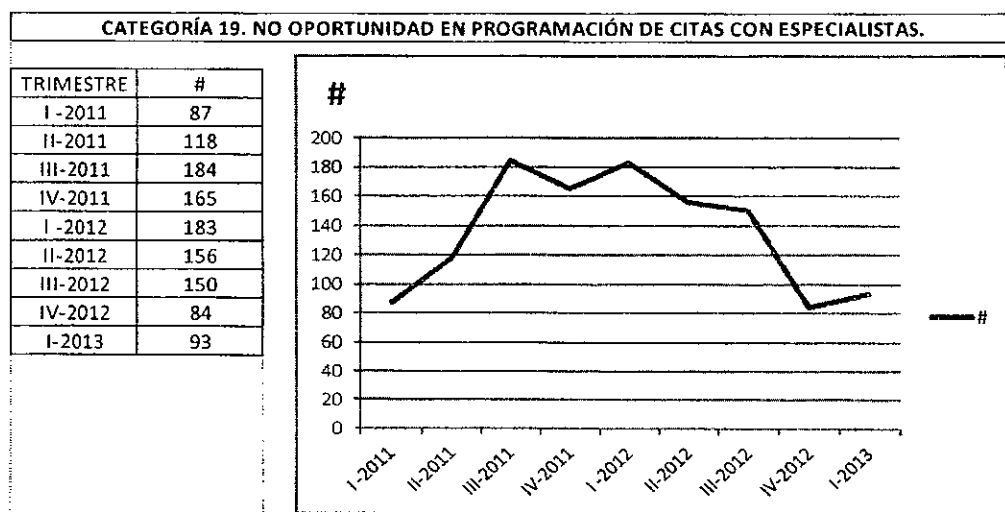
Tabla 26. Gráfica 19. Demora en el suministro de medicamentos POS. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS

Las cifras de casos reportados por falta de oportunidad en la asignación de citas de baja complejidad, presentan un notable descenso desde el primer trimestre de 2012. Eso implica que la reducción de 30% entre el segundo y el tercer trimestre, no tiene relación con la adopción del POS unificado.

Tabla 27. Gráfica 20. Demora en la programación de citas con especialistas. I-2011 a I-2013.

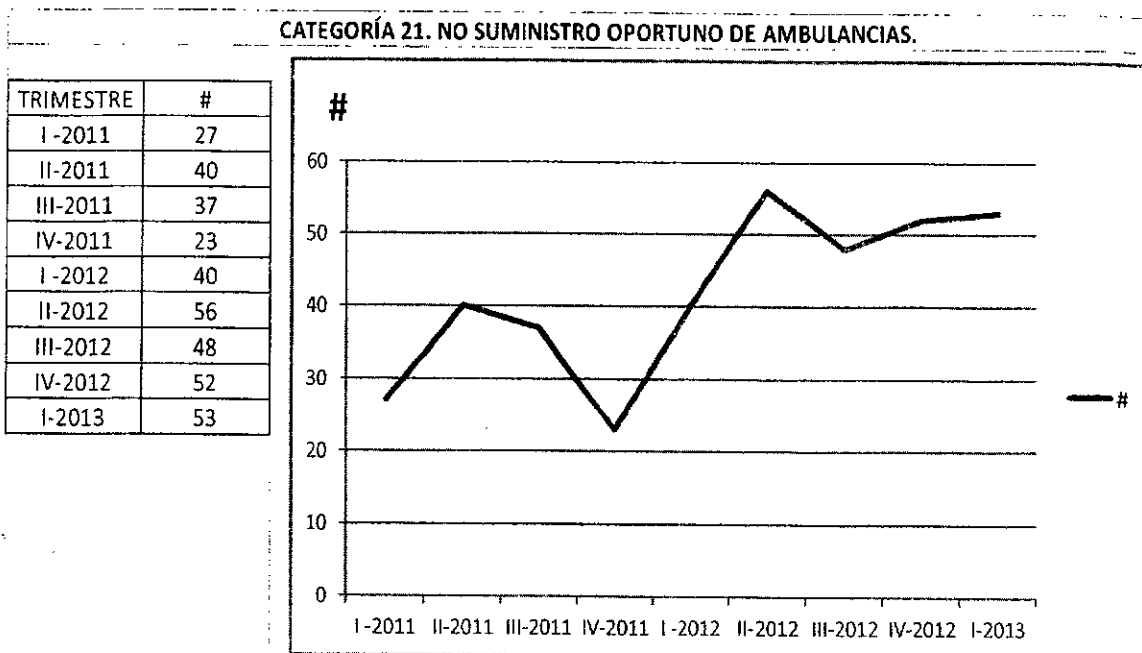


Fuente: SIDBA. SQS



Esta categoría de barreras representa 5% del total de casos reportados entre 2011 y 2013. Su descenso de 4% entre el segundo y el tercer trimestre de 2012 no resulta significativo.

Tabla 28. Gráfica 21. No suministro oportuno de ambulancias. I-2011 a I-2013.



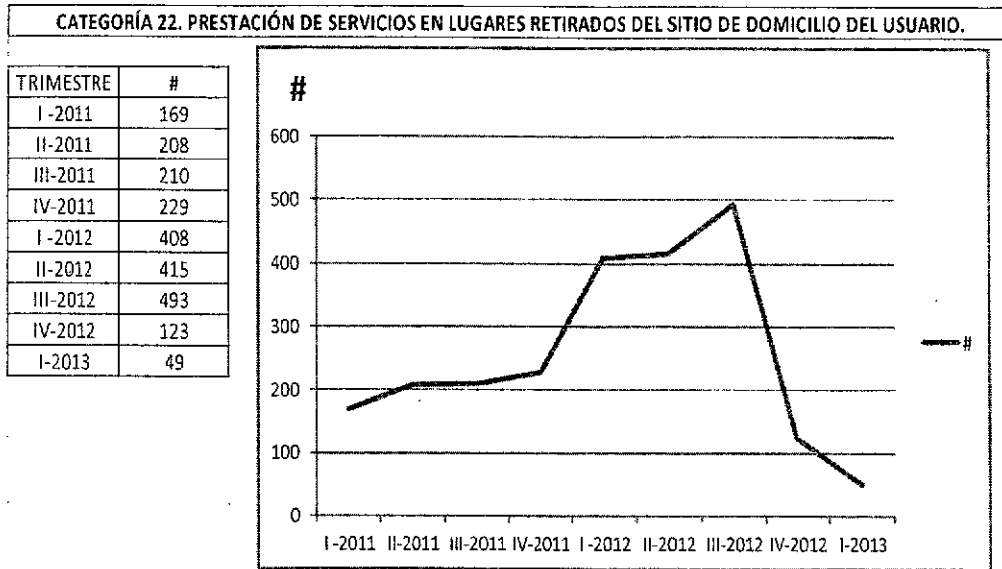
Fuente: SIDBA. SDS.

Desde el primer trimestre de 2012 existe una tendencia en ascenso en la notificación de esta barrera de acceso. La reducción momentánea presentada entre el segundo y el tercer trimestre corresponde a 14% pero la incidencia es apenas 1% de los casos reportados. El descenso no está relacionado con la emergencia del Acuerdo 32 de 2012, como tampoco sus cifras alcanzan un lugar significativo dentro del grueso de barreras interpuestas a los afiliados al Régimen Subsidiado en el Distrito Capital.



ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 29. Gráfica 22. Incidencia de barreras asociadas con la accesibilidad geográfica. I-2011 a I-2013.



Fuente: SIDBA. SDS

La incidencia de casos de barreras relativas a la accesibilidad geográfica presenta una tendencia creciente desde el primer trimestre de 2011 hasta el tercer trimestre de 2012. Por ello no es posible considerar que el incremento presentado entre el segundo y el tercer trimestre de 2012 (19%) tenga relación con la ampliación de la cobertura horizontal del POS. En cambio sí, el descenso posterior en pico, de 493 a 123 casos, es decir, 75% si puede estar relacionado con la emergencia del Acuerdo 32 de 2012.

En síntesis, la siguiente es la variación porcentual presentada en la incidencia de barreras de acceso entre el segundo y el tercer trimestre de 2012, periodo de transición hacia la adopción del Acuerdo 32 de 2012 que amplía la cobertura horizontal del Plan Obligatorio de Salud a la población entre 18 y 59 años





Tabla 30. Variación porcentual de la incidencia de barreras de acceso en el periodo de transición hacia la adopción del Acuerdo 32 de 2012, Universalización del POS. II-2012 a III-2012.

CATEGORÍA	II-2012	III-2012	% VARIACIÓN	PESO PORCENTUAL PERIODO 2011-2013.	TENDENCIA PREEXISTENTE	PROBABLE RELACIÓN BARRERA-ACUERDO 32 DE 2012	Probable Impacto
CAT2 #	168	399	137,5		Decreciente	Sí	Negativo
CAT3 #	139	54		2%	Creciente	Sí	
CAT4 #	561	110		4%	Creciente	Sí	
CAT7 #	653	104		7%	Oscilante	No	
CAT8 #	334	1780	433		Creciente	Sí	Negativo
CAT9 #	1418	279			Creciente	Sí	
CAT10 #	272	393	44	9%	Decreciente	Sí	Negativo
CAT11#	111	95		3%	Decreciente	No	
CAT12 #	23	16		1%	Decreciente	No	
CAT13 #	2	1		0%	Decreciente	No	
CAT15 #	15	9		1%	Decreciente	No	
CAT16 #	22	177	705	2%	Meseta	Sí	Negativo
CAT17 #	73	139	90	3%	Creciente	No	
CAT18 #	293	205		5%	Decreciente	No	
CAT19 #	156	150		4%	Decreciente	No	
CAT21 #	56	48		1%	Creciente	No	
CAT22 #	415	493	19	7%	Creciente	No	

La evidencia permite presumir un impacto positivo leve en las barreras de acceso descritas en la siguiente tabla:

Tabla 31. Barreras de acceso con tendencia decreciente en su incidencia, posterior a la Universalización del POS.

3	Cobros indebidos
4	Deficiencias en cumplimiento de acciones de apoyo administrativo, por falta de recursos logísticos
9	Fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad

Sin duda, la universalización horizontal del Plan Obligatorio de Salud debió reducir trámites administrativo-asistenciales y mejoró, probablemente, la oportunidad en la prestación de servicios a la población de 18 a 59 años, antes llamada "en transición" (Acuerdo 29 de 2011) y cuyo plan de beneficios era, además de limitado, condicionado por una compleja trama de interpretaciones aún cuando la actualización del Plan de Beneficios incluía una herramienta que facilitaba la comprensión de su alcance para dicha población (Anexo 3 del Acuerdo 29 de 2011).



Las barreras en las cuales, al parecer, existe un impacto francamente negativo son las siguientes:

Tabla 32. Barreras de acceso con tendencia creciente en su incidencia, posterior a la Universalización del POS.

2	Casos especiales con demora inicio tratamientos prioritarios, o de alto costo o tutelas
8	Dificultad para prestación servicios POS
10	Inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar
16	No oportunidad suministro medicamentos no incluidos en el POS
17	No oportunidad en el suministro de medicamentos POS
22	Prestación de servicios en lugares retirados de donde reside el usuario

Las barreras incluidas en las categorías 2 y 16 suman 14% del total de casos reportados. Si bien el incremento de las barreras tipo 2 es apenas 137.5%, la coexistencia de barreras tipo 16 con una elevación de 705% denota que la prestación de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud, si fue afectada negativamente con la emergencia del Acuerdo 32 de 2012. La tendencia de las barreras tipificadas en la categoría 2 era decreciente mientras las de categoría 16 presentaban un comportamiento de meseta o estable.

Las barreras que integran las categorías 8 y 17 suman 31%, su incidencia apunta a la mencionada contención de costos, práctica que es habitual en las aseguradoras. Éstas suelen negar servicios esgrimiendo que la igualación del POSS al POSC, no había llevado consigo la igualación de la UPCS a la UPCC y por ende, ponían en riesgo financiero a sus entidades.

Es probable que el impacto observado se relacione con el orden cronológico de las regulaciones. Si se analiza el periodo de transición entre la expedición y la adopción de los Acuerdos 27 y 29 de 2011 que amplían las coberturas vertical y horizontal a población con mayor siniestralidad y actualizan el plan de beneficios, es probable que se encuentre evidencia más contundente del impacto de dichas regulaciones en la incidencia de barreras de acceso.

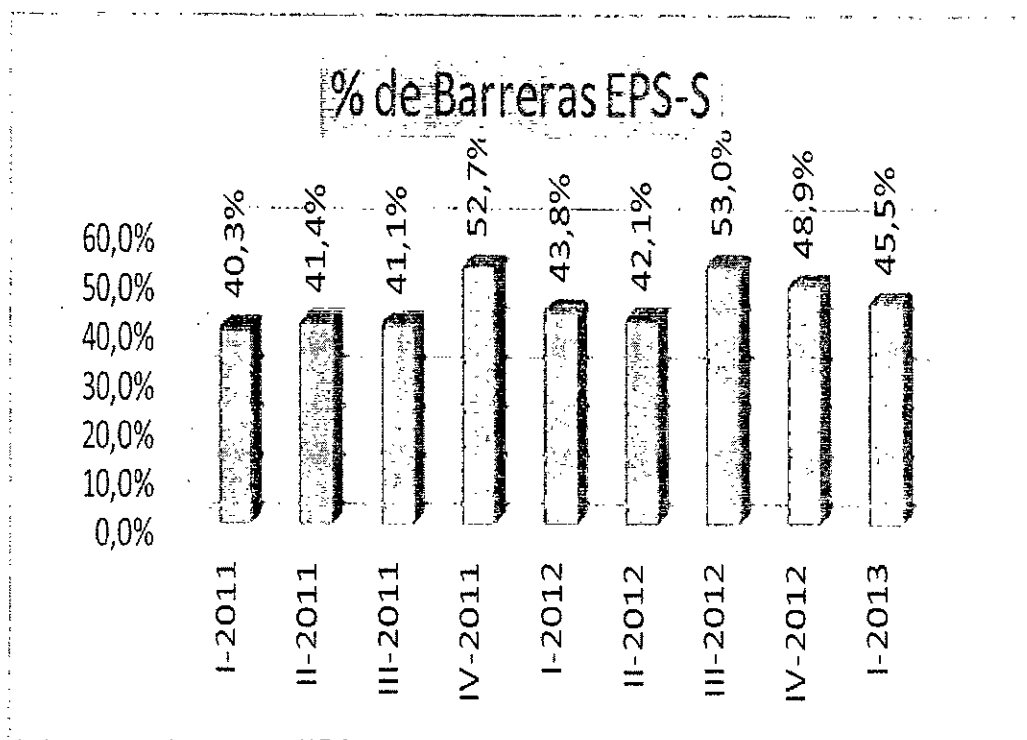
La universalización concluyó con la extensión de la cobertura a la población con menor frecuencia de uso de los servicios, con menor peso porcentual dentro de la población subsidiada y con menor incidencia de enfermedad. De ahí que no sea patente un cambio en las barreras de acceso a la prestación de servicios POS mientras sí es significativa la incidencia mayor de barreras a los servicios NO POS aún cuando su peso porcentual en el periodo 2011-2013 no resulte tan significativo.





Las barreras, como fueron analizadas, evidencian la operación del sistema y las dificultades existentes para la atención en salud a los afiliados al régimen subsidiado. Ahora, se presenta, el peso porcentual de las barreras en función de las EPSS:

Gráfica 23. Peso porcentual de las barreras de acceso originadas en las EPSS. Bogotá DC. 2011-2013.



Fuente: SIDBA. SDS.

Es claro que en los períodos de transición hacia la adopción de las normas expedidas, se incrementan las barreras de acceso de origen en las aseguradoras del régimen subsidiado. Obsérvese que, entre el IV trimestre de 2011 y el primer trimestre de 2012, las barreras de acceso procedentes de las EPSS fueron 52.7% y 43.8% respectivamente. Igual sucede entre el segundo y el tercer trimestre de 2012 (emergencia del Acuerdo 32): las barreras pasan de 42.1% a 53% y luego descienden levemente pero se mantienen por encima del porcentaje de incidencia trimestral registrado en las vigencias 2011 a 2013 (48.9%).



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## 2.2. IMPACTO EN LA INCIDENCIA DE TUTELAS

La vigencia 2012 es susceptible de un análisis más integral. Para la vigencia 2013 aún no se ha clasificado el número de tutelas por el tipo de servicio demandado por los accionantes. Es claro además, que en el Distrito Capital, las tutelas se concentran en el régimen subsidiado como lo muestra la siguiente la tabla:

Tabla 33. Distribución porcentual de tutelas por régimen del SGSSS. Bogotá, DC. 2012.

RÉGIMEN	POBLACIÓN	#	%	# EPS
CONTRIBUTIVO	5.366.000	1497	43%	19
SUBSIDIADO	1.279.887	1973	57%	8

La razón de tutelas por EPS en el régimen subsidiado es diez veces mayor que la razón de tutelas por EPS del régimen contributivo.

Tabla 34. Tasa de incidencia de tutelas por régimen del SGSSS por 100.000 afiliados. Bogotá DC. 2012.

RÉGIMEN	RAZÓN Tutelas/EPS	TASA TUTELAS X 100.000 afiliados
CONTRIBUTIVO	25,6	9
SUBSIDIADO	246,6	154

Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.







ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

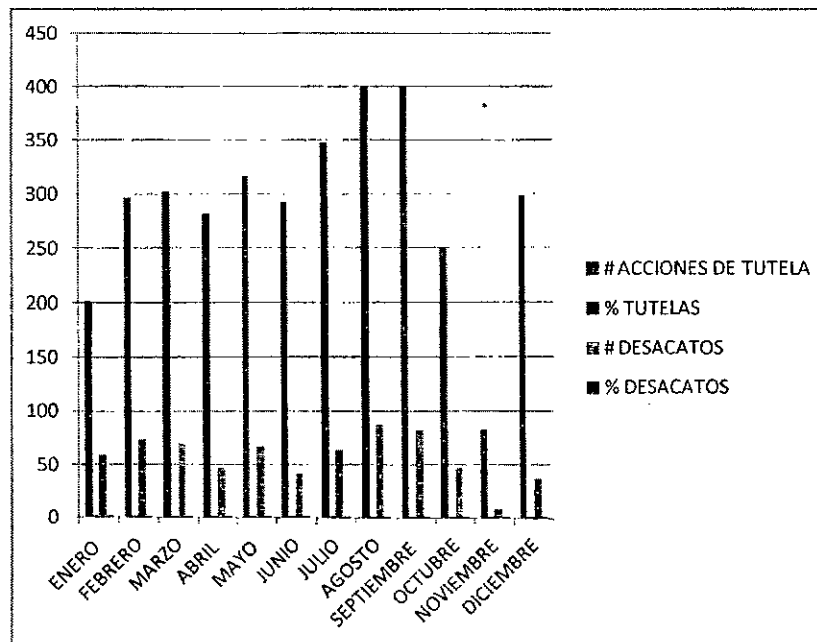
Tabla 35. Distribución porcentual de tutelas y desacatos por mes. Bogotá DC. 2012.

MES	# ACCIONES DE TUTELA	% TUTELAS	# DESACATOS	% DESACATOS
ENERO	202	6%	59	9%
FEBRERO	296	9%	74	11%
MARZO	302	9%	70	10%
ABRIL	282	8%	47	7%
MAYO	316	9%	67	10%
JUNIO	292	8%	42	6%
JULIO	348	10%	64	9%
AGOSTO	400	12%	88	13%
SEPTIEMBRE	401	12%	82	12%
OCTUBRE	250	7%	47	7%
NOVIEMBRE	83	2%	8	1%
DICIEMBRE	298	9%	38	6%
<b>TOTAL</b>	<b>3470</b>	<b>100%</b>	<b>686</b>	<b>100%</b>

Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

Tal comportamiento se ilustra en la gráfica que sigue así:

Gráfica 24. Distribución porcentual de tutelas y desacatos por mes. Bogotá DC. 2012.



Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Es claro que el número de tutelas se incrementó en el segundo semestre de 2012. Esto quiere decir que la universalización del plan obligatorio no tuvo efecto alguno en la garantía del derecho a la salud en ese periodo. En cambio sí, varios factores cooperaron en la mayor incidencia de tutelas:

- El anuncio de retiro de las EPSS COLSUBSIDIO y ECOOPSOS
- La liquidación de la EPSS SALUD CÓNDOR
- La concentración, de alguna manera súbita, de afiliados en tres EPSS: CAPITAL SALUD, HUMANA VIVIR y CAPRECOM. Las dos últimas con riesgo financiero alto que las conminaban a medidas de intervención para liquidar y cautelar de vigilancia especial, respectivamente, que fueron levantadas por indebidos procesos.

Tabla 36. Distribución de tutelas por EPSS, por mes. Bogotá DC. 2012.

AÑO 2012	EPSS SUASOCIADAS								
	MES	COLSUBSIDIO	CAPRECOM	HUMANA VIVIR	CAPITAL SALUD	SOLSALUD	SALUD CONDOR	ECOOPSOS	UNICAJAS
ENERO	23	4	18	35	12	4	6	8	110
FEBRERO	24	7	46	44	20	11	7	8	167
MARZO	14	17	29	58	29	3	9	6	165
ABRIL	8	17	35	46	16	14	6	6	148
MAYO	21	17	40	61	22	6	3	6	176
JUNIO	24	12	42	57	17	8	6	7	173
JULIO	22	9	43	54	28	6	5	8	175
AGOSTO	53	13	35	81	31	11	7	8	239
SEPTIEMBRE	39	17	39	71	23	13	5	18	225
OCTUBRE	31	5	31	73	13	3	1	15	172
NOVIEMBRE	0	5	8	31	3	0	0	3	50
DICIEMBRE	0	15	42	82	24	0	0	10	173
TOTAL	259	138	408	693	238	79	55	103	1973

Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

La mayor incidencia de tutelas se presentó contra la EPSS CAPITAL SALUD. El incremento fue evidente en el segundo semestre de 2012 por dos razones:

- Una decisión de la Gerencia de esta EPSS conllevó a la negación de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a partir del primero de julio de 2012. Aducía la EPS que el Acuerdo 32 de 2012 extendió el plan obligatorio de salud a la población de 18 a 59 años, pero que el incremento de la UPCS no resultaba suficiente para garantizar la cobertura del plan de beneficios. Por tal motivo, mucho menos podrían destinar recursos a la financiación de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud. Tal situación fue subsanada posteriormente, a partir de febrero de 2013, cuando cambió la política con la nueva administración de la EPSS.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD


- La EPSS CAPITAL SALUD fue receptora de afiliados de las retiradas EPSS COLSUBSIDIO y ECOOPSOS y de la liquidada EPSS SALUD CÓNDOR. Concentró así mayor número de afiliados con patologías de alto costo, adultos mayores con patologías crónicas, pacientes con problemas de salud mental de alta complejidad y que se asocian con discapacidad severa.

Si bien el número de tutelas interpuestas contra la EPSS CAPITAL SALUD fue el más alto, la tasa por 100.000 afiliados de tutelas y el porcentaje de desacatos, ilustra que la EPSS con la tasa más alta es SOLSALUD y le sigue de cerca la EPSS HUMANA VIVIR. Como se anotó, estas dos EPSS fueron tomadas por la Superintendencia Nacional de Salud para su liquidación a partir de mayo de 2013 según se desprende de las resoluciones 735 y 806 del 6 y del 15 de mayo de 2013, respectivamente.

Tabla 37. Tasa de tutelas por 100000 afiliados por EPSS, por mes. Bogotá DC. 2012.

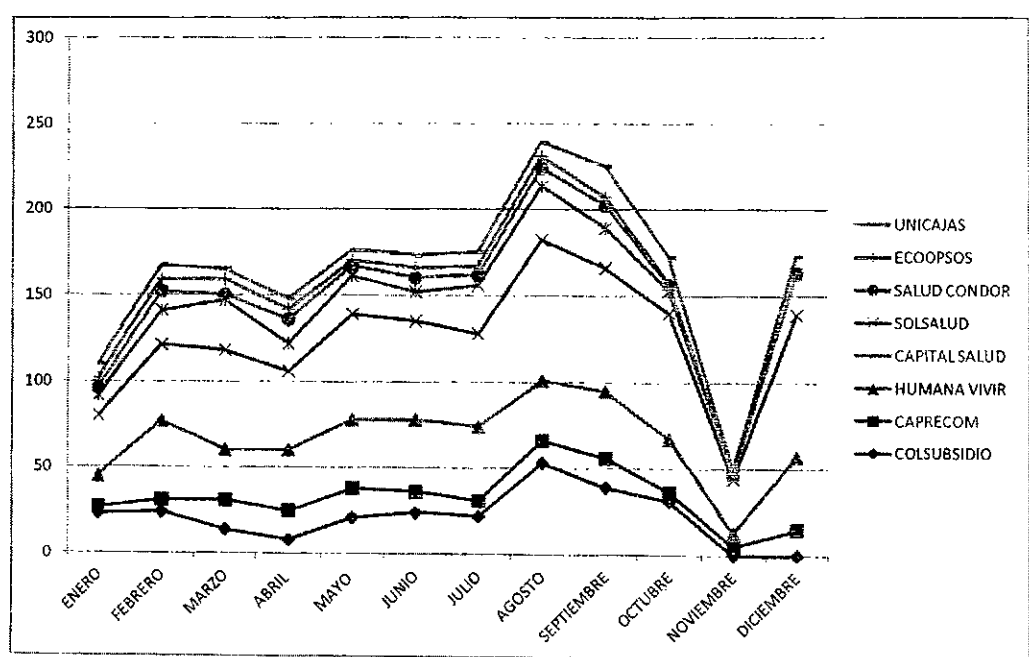
EPSS	TUTELAS	DESACATOS	TASA TUTELAS x 100000	PORCENTAJE DE DESACATOS
SOLSALUD	238	64	144,48	27%
HUMANAVIVIR	408	103	121,45	25%
CAPITAL SALUD	693	134	131,08	19%
CAPRECOM	138	21	109,72	15%
UNICAJAS	103	7	106,41	7%

Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

El comportamiento de las tutelas, mes a mes, para cada EPSS es como sigue 



Gráfica 25. Incidencia de tutelas por EPSS, por mes. Bogotá DC. 2012.



Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

La caída en el número de tutelas presentada en noviembre es explicada por un factor externo, las instancias judiciales se encontraban en situación de anormalidad laboral.

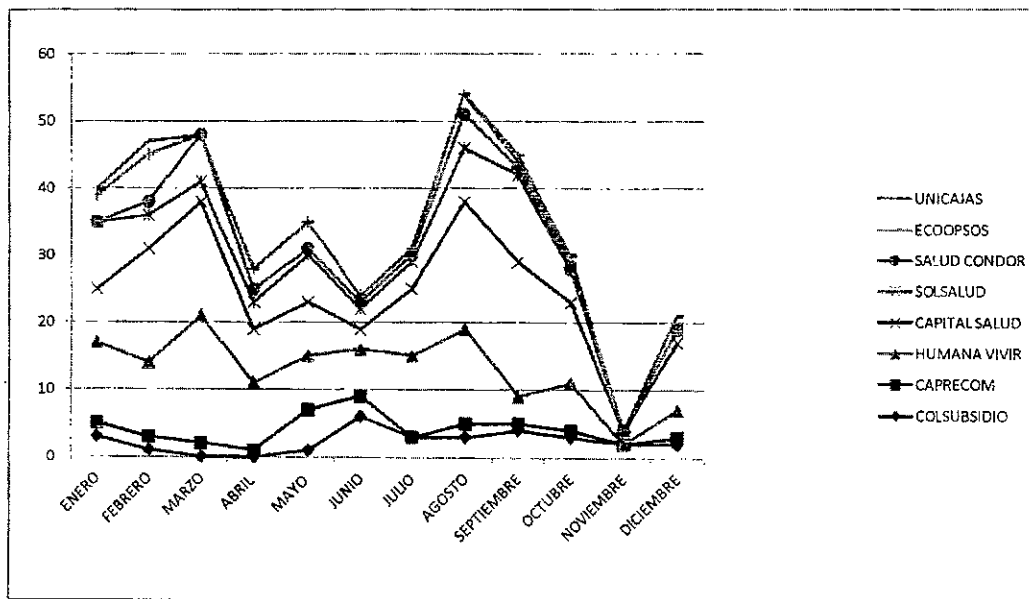
Nótese que, en el trimestre comprendido entre agosto, septiembre y octubre, se presenta un importante incremento de las tutelas de origen en varias causas. Las más relevantes asociadas al traslado de afiliados, voluntario o por asignación directa, desde tres EPSS del Distrito Capital hacia tres aseguradoras. Mientras las EPSS en retiro empiezan a contener costos dando dilación a la emisión de autorizaciones, las EPSS receptoras de afiliados deben garantizar la continuidad de los tratamientos de pacientes de alto costo, con patologías crónicas o con servicios ordenados mediante fallo de tutela, sin que medie un procedimiento entre aseguradoras de entrega de la población para la debida gestión del riesgo en salud.

El comportamiento de los desacatos sigue la misma tendencia de la incidencia de tutelas durante 2012 como se evidencia a continuación: *EPB*



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 26. Incidencia de desacatos por EPSS, por mes. Bogotá DC. 2012.



Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

La distribución porcentual de las tutelas en función del tipo de evento o medicamento pretendido por el accionante, para la vigencia 2012, es la siguiente:

Tabla 38. Distribución porcentual de servicios tutelados. Bogotá DC, 2012.

	POS	NO POS
#	702	1208
%	37%	63%

Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

No obstante, otras categorías de pretensiones pueden incluir tecnologías en salud incluidas o no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud y es posible que hayan sido omitidas en el conteo para esta clasificación.

Del total de tutelas notificadas a la Secretaría Distrital de Salud, 647 respondían a demandas de pacientes con enfermedades de alto costo. Tal número representa 19% de 3470 tutelas reportadas durante 2012. No es posible establecer su distribución mensual para presumir algún grado de asociación con la emergencia del Acuerdo 32 de 2012. Igual, este extiende los beneficios a población de 18 a 59 años con menor siniestralidad que los afiliados cubiertos a partir de la expedición de los Acuerdos 27 y 29 de 2011.

En síntesis, es menos probable que la universalización del POS hubiese incidido en la frecuencia de tutelas por enfermedades de alto costo, puesto que el proceso





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

de unificación del POS para los dos regímenes (contributivo y subsidiado), culminó acogiendo un grupo etario con menor riesgo de este tipo de patologías.

Para la vigencia 2013, se reitera, no es posible aún el análisis integral de las pretensiones de los accionantes por categorías. Sin embargo resultan claros los siguientes aspectos:

Entre enero y junio se notificaron a la Secretaría Distrital de Salud, 2186 tutelas mientras que durante el mismo periodo de 2012, apenas se sumaban 1690 tutelas. Esto representa un incremento de 29% en el número de tutelas, índice evidente de que la universalización del plan obligatorio de salud no logra garantizar el derecho a la salud, máxime si se considera que para la vigencia 2013, las EPSS cuentan con una UPCS ponderada por fase del ciclo vital que mitiga la siniestralidad de manera ostensible.

De las 2186 tutelas reportadas hasta junio de 2013, 1281 son elevadas contra EPSS que operan en varios departamentos.

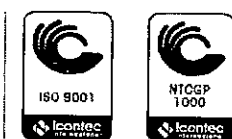
La distribución de tutelas por tipo de entidad accionada es la siguiente:

Tabla 39. Incidencia de tutelas por tipo de entidad accionada. Bogotá DC. Enero-Junio, 2013.

Mes	RS	RC	RE	FFDS	SI	TOTAL
Enero	218	93	0	45	30	386
Febrero	239	79	3	43	40	404
Marzo	177	70	1	41	44	333
Abril	212	64	6	51	24	357
Mayo	269	67	1	52	15	404
Junio	166	63	1	51	21	302
Total	1281	436	12	283	174	2186

Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS. RS: Régimen Subsidiado. RC: Régimen Contributivo. RE: Régimen de Excepción. FFDS: Fondo Financiero Distrital de Salud. SI: Sin información.

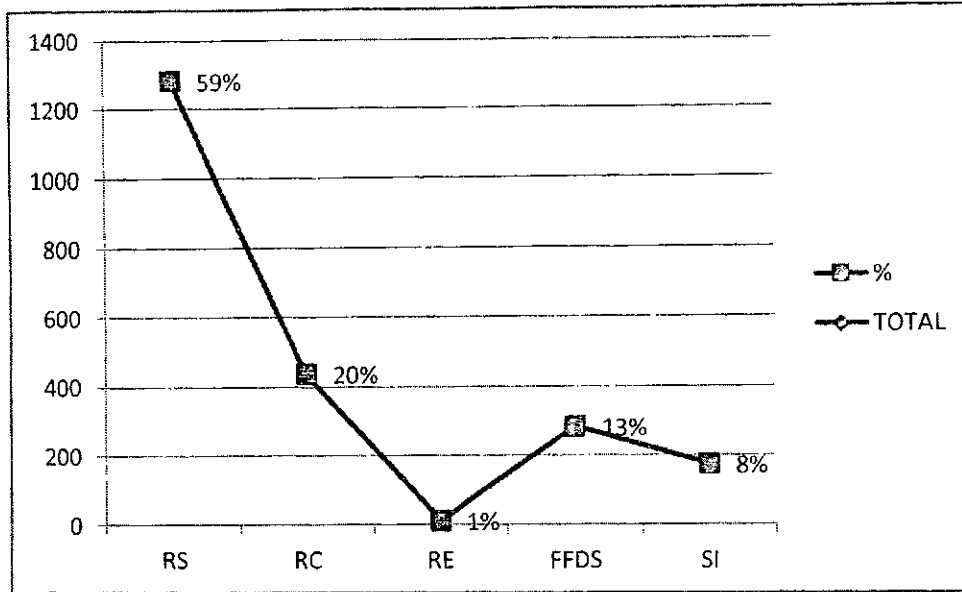
La distribución porcentual de las tutelas elevadas por tipo de entidad es la siguiente:





ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

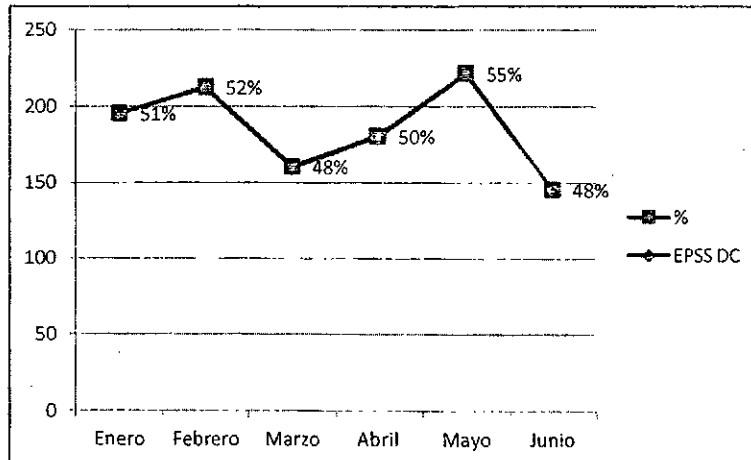
Tabla 40. Distribución porcentual de tutelas por tipo de entidad accionada. Bogotá DC. Enero-Junio, 2013.



Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

Es evidente que la universalización del Plan Obligatorio de Salud mediante el Acuerdo 32 de 2012, al igual que el incremento ponderado de la UPCS mediante la Resolución 4480 de 2012, no han sido regulaciones efectivas para garantizar el derecho a la salud de la población del régimen subsidiado. De ello da cuenta el incremento en la incidencia de tutelas para la presente vigencia.

Gráfica 28. Distribución porcentual de tutelas interpuestas contra EPSS, por mes. Bogotá DC. Enero-Junio, 2013.



Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

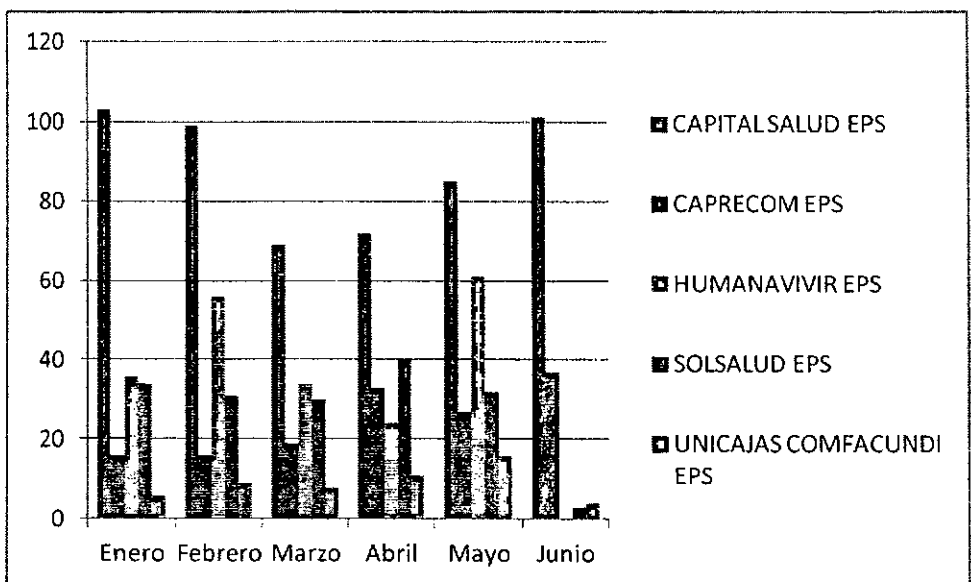




ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

El incremento de las tutelas interpuestas entre marzo y mayo de 2013 está en directa relación con la fase de transición de los afiliados de las EPSS SOLSALUD y HUMANAVIVIR, quienes fueron asignados directamente a las EPSS CAPITAL SALUD y CAPRECOM a partir del primero de junio de 2013 luego de expedidas las Resoluciones 735 y 806 de 2013 mediante las cuales la Superintendencia Nacional de Salud intervino estas entidades.

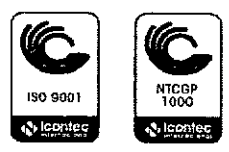
Gráfica 29. Incidencia de tutelas por EPSS por mes. Bogotá DC. Enero-Junio, 2013.



Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

Si bien el número de tutelas se mantiene elevado durante todo el semestre para CAPITAL SALUD EPSS, la tasa de tutelas por número de afiliados expresa de manera más precisa la distribución: *EPS*

*[Handwritten signature]*

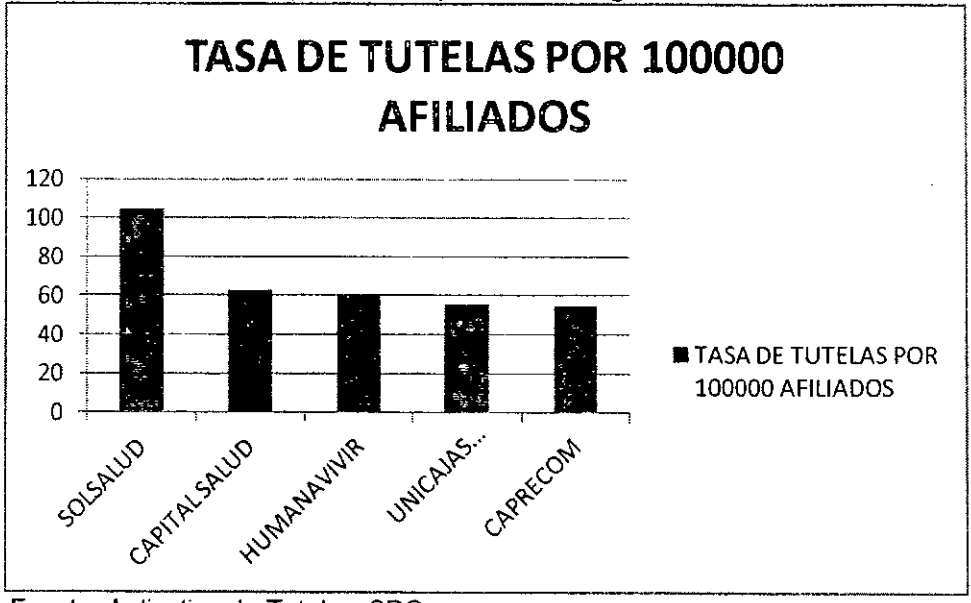






ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 30. Tasa de tutelas por EPSS por mes. Bogotá DC. Enero-Junio, 2013.



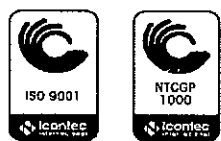
Fuente: Aplicativo de Tutelas. SDS.

La siguiente es la población afiliada por EPS, tomada como denominador para el cálculo de la tasa de tutelas por cada 100000 afiliados.

Tabla 41. Población afiliada y fecha de corte para el cálculo de la tasa de tutelas por 100.000 afiliados.

	TASA DE TUTELAS POR 100000 AFILIADOS	POBLACIÓN AFILIADA	Fecha de corte para la distribución de la población afiliada
CAPITAL SALUD EPSS	63	836196	junio 30 de 2013
CAPRECOM EPSS	55	269481	junio 30 de 2013
HUMANAVIVIR EPSS	61	345974	abril 30 de 2013
SOLSALUD EPSS	105	161895	abril 30 de 2013
UNICAJAS COMFACUNDI EPSS	56	97037	junio 30 de 2013

Fuentes: BDU FOSYGA. Abril, 2013. Junio 2013. Aplicativo Tutelas SDS.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

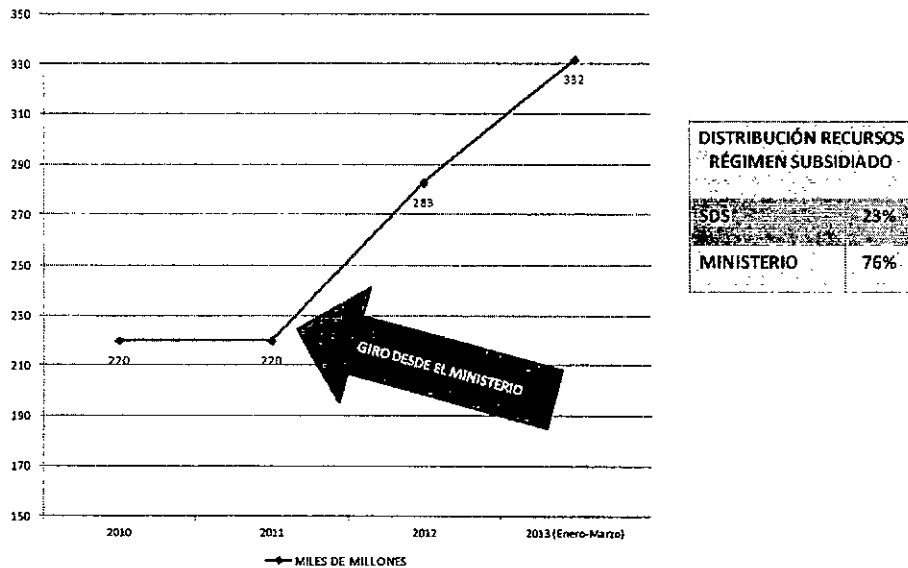
### 3. IMPACTO DE LA UNIFICACIÓN DEL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD Y DE LA PONDERACIÓN DE LA UPCS EN LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL SISTEMA DE SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL.

Dado que el Acuerdo 32 de 2012 y la Resolución 4480 de 2013 establecen incrementos de la UPCS mas no tratan sobre materias relativas a la financiación del sistema, se hablará aquí de su sostenibilidad financiera.

Cabe traer a colación los antecedentes referidos en un comienzo, pues han tenido un importante impacto en la sostenibilidad financiera de las ESE:

3.1. La Ley 1438 de 2011 estableció el giro directo de los recursos del Régimen Subsidiado. Si bien el Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y Protección social, 2012), manifiesta que del total girado a las IPS el 57% corresponde a las ESE y el 42% a IPS privadas, el incremento en la cartera de las EPS con las ESE presenta una tendencia creciente derivada de que la autorización del giro así como su monto, es emitida por la EPS al Ministerio desde abril de 2011. De ello da cuenta la siguiente gráfica:

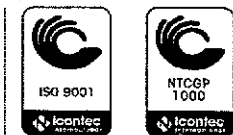
Gráfica 31. Incremento de la Cartera de las EPSS con las ESE a partir de la aplicación del giro directo desde el Ministerio de Salud y Protección Social.



Fuente: Garantía de Calidad de las EAPB. SDS.

3.2. La expedición del Acuerdo 27 de 2011 conllevó a que las EPS transfirieran el riesgo financiero a las ESE de Nivel I, a través de la contrarreferencia de usuarios con patologías crónicas cuyo tratamiento farmacológico no había sido contemplado en los servicios contratados por capitación, verbigracia, la dispensación de oxígeno domiciliario.

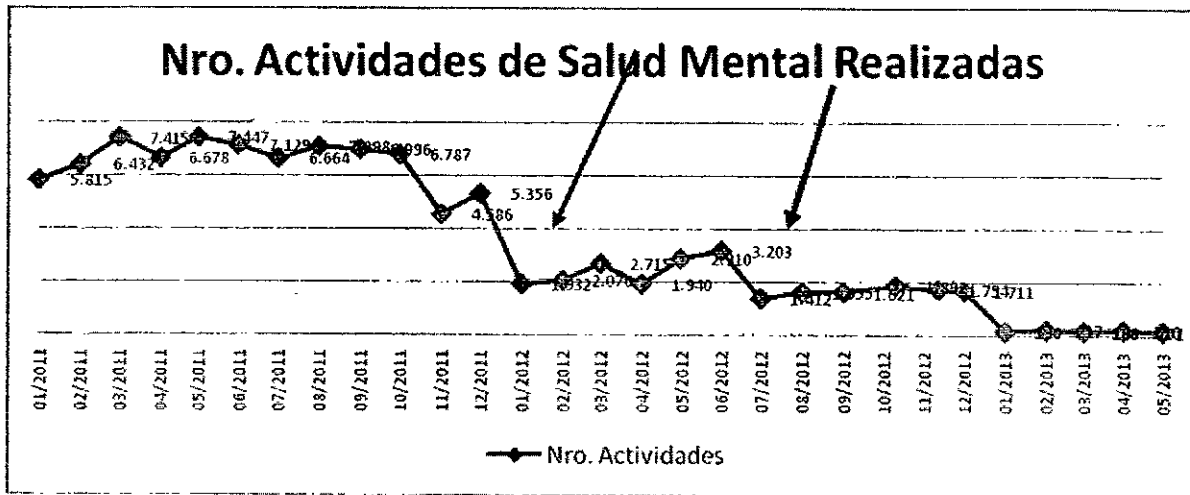
Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195





3.3. La expedición de los Acuerdos 29 de 2011 y 32 de 2012, llevó a que las EPSS cercenaran el derecho al tratamiento integral de los usuarios con patologías de salud mental. Este se garantizaba gracias a los paquetes de servicios contratados con las ESE por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS), mediante recursos de la cuenta maestra para el subsidio a la oferta y bajo la modalidad de pago fijo global prospectivo. La facturación de las ESE ante su mejor pagador (FFDS) se redujo ostensiblemente para las ESE que ofertaban programas de salud mental integrales, a modo de ejemplo, se ilustra aquí la tendencia de la facturación en la ESE Chapinero:

Gráfica 32. Impacto del Acuerdo 29 de 2011 y del Acuerdo 32 de 2012, en el número de actividades de salud mental ejecutadas por mes. ESE Chapinero. Bogotá DC.



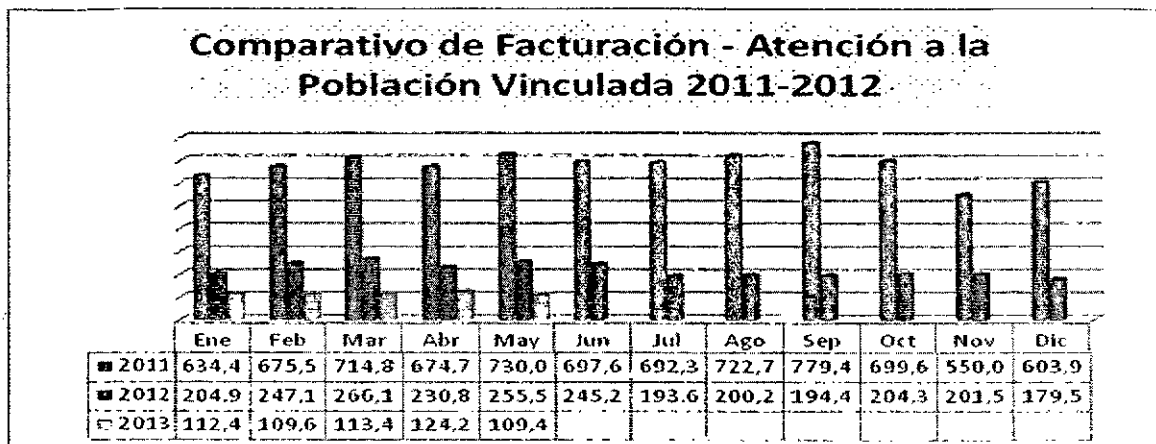
Fuente: ESE Chapinero.

3.4. La facturación de las ESE al Fondo Financiero Distrital de Salud por concepto de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud se redujo con la universalización gradual que, si bien comenzó antes de 2011 con los menores de 18 años, se hizo más patente con la extensión de la cobertura horizontal a la población de 60 y más años en noviembre de 2011 (Acuerdo 27) y luego con la actualización del POS mediante el Acuerdo 29 del mismo año. Tal efecto se ilustra con claridad en la siguiente gráfica aportada por la ESE Chapinero.





Gráfica 33. Impacto del Acuerdo 29 de 2011 y el Acuerdo 32 de 2013 en la facturación de servicios no incluidos en el POS, a cargo de la Cuenta Maestra de Subsidio a la Oferta de la SDS.



Fuente: ESE Chapinero

En 2011, la ESE Chapinero facturó por concepto de atención a población vinculada \$8.138.253.954. Durante dicha vigencia, se facturaban \$500.000.000 cada mes, por actividades de salud mental lo que equivalen al 80% de la facturación total por atención a la población vinculada. Luego de la unificación del plan obligatorio de Salud con el acuerdo 029 de 2011, disminuyó a \$148.000.000.00 la facturación por el mismo concepto. Aunque se esperaba que la adopción del Acuerdo 29 se hiciese en el curso de seis meses, ese efecto se evidenció de inmediato, en Enero de 2012.

Resulta pertinente aclarar que, si bien la gráfica se titula "Atención Población Vinculada", incluye los servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, prestados a la población subsidiada.

La ESE Usaquén también reporta una reducción en la facturación presentada ante el FFDS por concepto de eventos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud así:

En el segundo semestre de 2012, bajó en un 48,3% respecto al primer semestre del mismo año. Al comparar el primer semestre de 2012 con el mismo período de 2013 se refleja una disminución de la facturación en un 50%. Es claro que la entrada en vigencia del acuerdo 029 de 2011, afectó el ingreso de recursos al Hospital por venta de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

La siguiente tabla ilustra la reducción en el monto facturado por las ESE por concepto de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud, prestados a la población del régimen subsidiado con cargo a la cuenta maestra de subsidio a la oferta del FFDS:



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla 42. Peso porcentual de la facturación presentada por las ESE al FFDS por concepto de servicios NO POS. 2011-2013.

AÑO	VR. TOTAL FACTURACIÓN PRESENTADA POR AÑO	VR. TOTAL SERVICIOS Y MEDICAMENTOS NO POS-S POR AÑO	PESO PORCENTUAL DE NO POS-S FRENTE A LA FACTURACIÓN
2.011 *	288.101.744.612	93.900.811.944	32,59%
2.012	243.870.822.244	50.075.445.124	20,53%
2.013 **	72.523.239.703	3.545.242.002	4,89%

\*: De mayo a diciembre de 2011. \*\*: De enero a mayo de 2013.

Fuente: Atención al Vinculado. Dirección de Aseguramiento en Salud.

La facturación por servicios NO POS prestados a la población subsidiada, pasó de 31,59% en 2011 a 4,89% en lo que va de 2013. La cuestión aquí no es el hecho de que más servicios hayan sido incluidos en el Plan Obligatorio de Salud con cargo a las EPSS sino que éstas incrementan su cartera vertiginosamente con el consecuente impacto financiero para la red pública de hospitales.

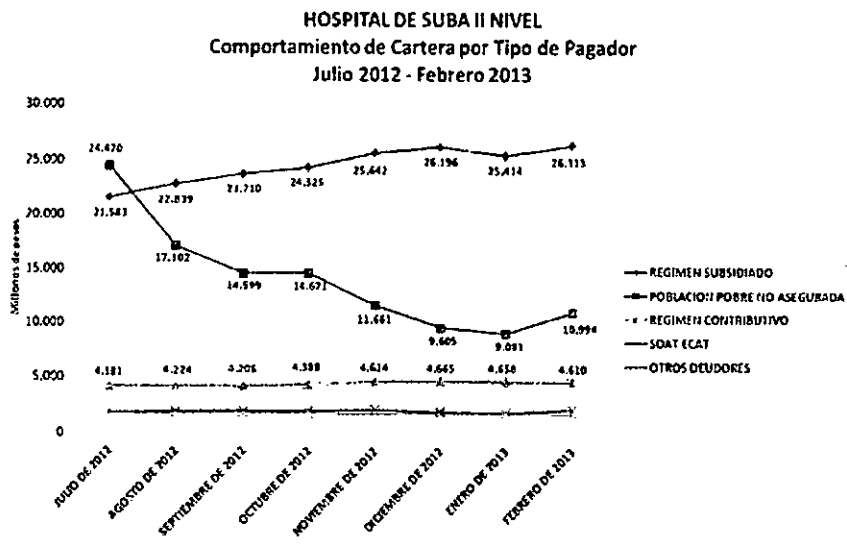
El impacto negativo no cesa allí, las cuentas convertidas en cartera de difícil cobro implican demora en pago a proveedores de servicios y de insumos hospitalarios, situación que mengua la calidad de los servicios dirigidos no solo a la población subsidiada sino a los participantes vinculados.

La siguiente gráfica ilustra el comportamiento de la cartera y de las glosas por tipo de pagador. Permite comprender la magnitud del impacto financiero de la reducción de servicios con cargo al Fondo Financiero Distrital de Salud, los cuales fueron trasladados para su reconocimiento, a las EPS mediante la universalización del POS.



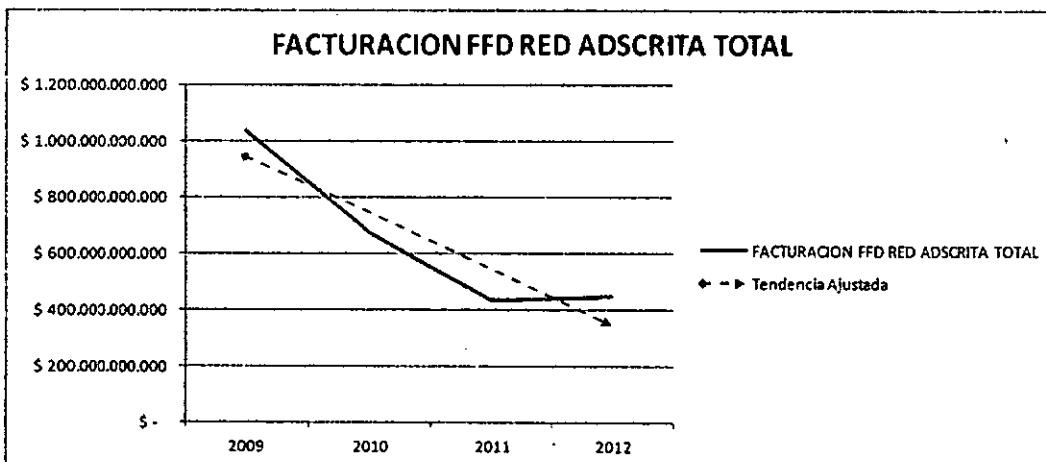
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 34. Comportamiento de la cartera por tipo de pagador. ESE SUBA. Julio de 2012 a Febrero de 2013.



La siguiente gráfica muestra la tendencia decreciente en la facturación de la red pública presentada ante el FFDS:

Gráfica 35. Tendencia de la facturación de servicios con cargo a los recursos de subsidio a la oferta.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Si bien los servicios capitados pueden presentar un incremento en las ESE de primer nivel por el mayor número de afiliados asignados y por el leve incremento en la tarifa per cápita, la reducción en la facturación de servicios al FFDS por concepto de eventos no POS, incrementa el riesgo financiero para las ESE puesto que la Secretaría Distrital de Salud reconoce 90% del monto presentado en la factura tras la radicación de la cuenta, mientras que las EPSS apenas si cumplen en algunos casos con el giro de 50% del monto de las facturas radicadas. Por otra parte, las tarifas pactadas con el FFDS son más favorables que aquellas propuestas por las EPSS.

La ESE Vistahermosa, por ejemplo, reporta un incremento de su cartera de \$792 millones a expensas de la capitación correspondiente al 39% de su cartera, a partir de julio de 2012 cuando se universalizó el POS.

3.4. La liquidación de las EPSS SALUD CÓNDOR, SOLSALUD y HUMANAVIVIR, así como el retiro voluntario de las EPSS ECOOPSOS y COLSUBSIDIO nutren otro factor que agrava la situación financiera de las ESE, dado que la cartera de estas entidades con las ESE, será de más difícil recuperación.

Tabla 43. Monto de la cartera. EPSS retiradas del Distrito Capital. Diciembre, 2012.

EPS-S	Total (\$)	Distribución porcentual de la Cartera	PORCENTAJE DE CARTERA MAYOR DE 90 DÍAS
ECOOPSOS	27.482.670.631,00	16%	35%
COLSUBSIDIO	11.978.761.649,00	7%	15%
SALUD CONDOR	6.645.440.453,00	4%	70%
SALUD TOTAL	4.902.074.398,00	3%	6,40%
SOLSALUD	44.697.629.849,00	16%	58,00%
HUMANAVIVIR	76.367.590.490,00	27%	66%
TOTAL CARTERA	172.074.167.470,00	100%	64%

Fuente: Garantía de Calidad de las EAPB. SDS.

En el caso de la ESE Suba, por ejemplo, del total de \$45.882 millones que componen su cartera a 28 de febrero de 2013, 9.98% corresponde a EPSS en liquidación.

3.5. La facturación del Régimen Subsidiado por concepto de servicios incluidos en el plan obligatorio de salud prestados en el Nivel I de atención, presenta un repunte durante la vigencia 2012, debido a la universalización de los servicios de salud. A pesar de que no hubo nuevas contrataciones con las EPSS que transfirieran a las ESE el incremento de la UPCS, si representó un incremento de los usuarios asignados por capitación. Sin embargo, aunque hubo un aumento de afiliados asignados por capitación, no corresponde al total de usuarios que, por

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

georreferenciación, corresponderían a la ESE local. Una fracción de los usuarios son entregados mediante contrato por capitación a IPS propias.

En el caso de la ESE Usaquén por ejemplo, mediante negociaciones lograron incrementar la tarifa por capitación a partir del segundo semestre del año 2012, tras la expedición del Acuerdo 32 de 2012. Dicho Hospital firmó nuevos contratos con algunas EPSS para la capitación del primer Nivel, mejorando la tarifa en concordancia con las propuestas de negociación revisadas y concertadas para los Hospitales del Distrito. Esto permitió que la facturación de la capitación se incrementara en 17% respecto al primer semestre del año.

3.6. Ahora bien, aún cuando la Resolución 4480 ponderó la UPCS con base en la siniestralidad calculada por fases del ciclo vital, ello no se refleja en las tarifas pactadas con las ESE pues éstas son negociadas sin tener en cuenta el perfil de la población asignada ni su riesgo en salud. Por otra parte, las EPSS no dan cumplimiento al artículo 12 de tal normativa, en cuanto al reconocimiento de la prima adicional del 15%. Hacen así insuficiente la tarifa per cápita con un agravante y es que sugieren establecer la tarifa per cápita con base en el incremento del IPC del 2.44 %, afectando aún más, la sostenibilidad financiera de los Hospitales de Primer Nivel.

El caso de la ESE Vistahermosa ilustra bien cómo, el incremento de la UPCS resultante de la expedición del Acuerdo 32 de 2012 y la ponderación de la UPCS establecida en la Resolución 4480 de 2012, no tuvieron impacto alguno en las tarifas pactadas con las EPSS.







Tabla 44. MATRIZ CONTRATACION 2012. ESE VISTAHERMOSA

NOMBRE DE LA EPS-S	Nº DE CONTRATO	OBJETO CONTRACTUAL	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TOTAL POR EPSS
CAPRECOM	CR11 239-2012 / I Nivel. CR11240/ Promoción y prevención	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 De Agosto de 2012	30 de Noviembre de 2012	\$ 11.760,00
HUMANA VIVIR	RS Capitación 2012-080	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 de Agosto de 2012	31 de Diciembre de 2012	\$ 12.742,00
SALUD CONDOR	CUN27001CONDOR 02005/I Nivel Capitación CUN27001CONDOR 02020/ Promoción y Prevención	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 DE ENERO DE 2012	31 DE OCTUBRE DE 2012	\$ 11.904,00
CAPITAL SALUD	S/N	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO	1 DE ENERO DE 2012	30 de Junio de 2012	\$ 12.520,00
COLSUBSIDIO	RSC0012-11 y RSC0012-18	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO		31 de Diciembre de 2011	\$ 14.888,00
SOLSALUD	RSM-RC-2012	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 de Agosto de 2012	31 de Diciembre de 2012	\$ 11.500,00
UNICAJAS	322/2011- I Nivel	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO	1 de Abril de 2011	31 de Marzo /2012	\$ 11.967
	310/2011 - PYP	Actividades de PYD	1 de Abril de 2011	31 de Marzo /2012	
	344/2011- I Nivel Hospitalario	Hospitalización y Urgencias	1 de Septiembre de 2011	31 de Agosto de 2012	\$ 2.100,00

Fuente: ESE Vistahermosa.





Tabla 45. MATRIZ CONTRATACION 2013. ESE VISTAHERMOSA

NOMBRE DE LA EPS-S	N° DE CONTRATO	OBJETO CONTRACTUAL	FECHA DE INICIO	FECHA DE TERMINACIÓN	TOTAL POR EPSS
CAPRECOM	CR11-019-2013	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 de Enero de 2013	31 de Marzo de 2013	\$ 12.113,41
	CR11-018-2013	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS PYD	1 de Enero de 2013	31 de Marzo de 2013	
HUMANA VIVIR	RS Capacitación 2012-080	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 de Enero de 2013	30 de Junio de 2013	\$ 13.600,00
CAPITAL SALUD	S/N	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO	1 DE ENERO DE 2012	31 de Mayo de 2013	\$ 10.380,00
SOLSALUD	RSM-RC-006-13	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO Y PYD	1 de Enero de 2013	31 de Diciembre de 2013	\$ 12.000,00
	RSM-RC-007-13	ACTIVIDADES PYD	1 de Enero de 2013	31 de Diciembre de 2013	
UNICAJAS	510-2013	ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS I NIVEL RESOLUTIVO	1 de Marzo de 2013	31 de Diciembre /2013	\$ 13.600,00
	509-2013	Actividades de PYD	1 de Marzo de 2013	31 de Diciembre /2013	
	511-2013	Hospitalización y Urgencias	1 de Marzo de 2013	31 de Diciembre /2013	\$ 3.000,00

Fuente: ESE Vistahermosa.

3.7. Contrario a la capitación y a la prestación de servicios no incluidos en el plan obligatorio de salud, la facturación por evento presenta un comportamiento positivo tras la universalización del plan obligatorio de salud, como se evidencia en las siguientes gráficas.



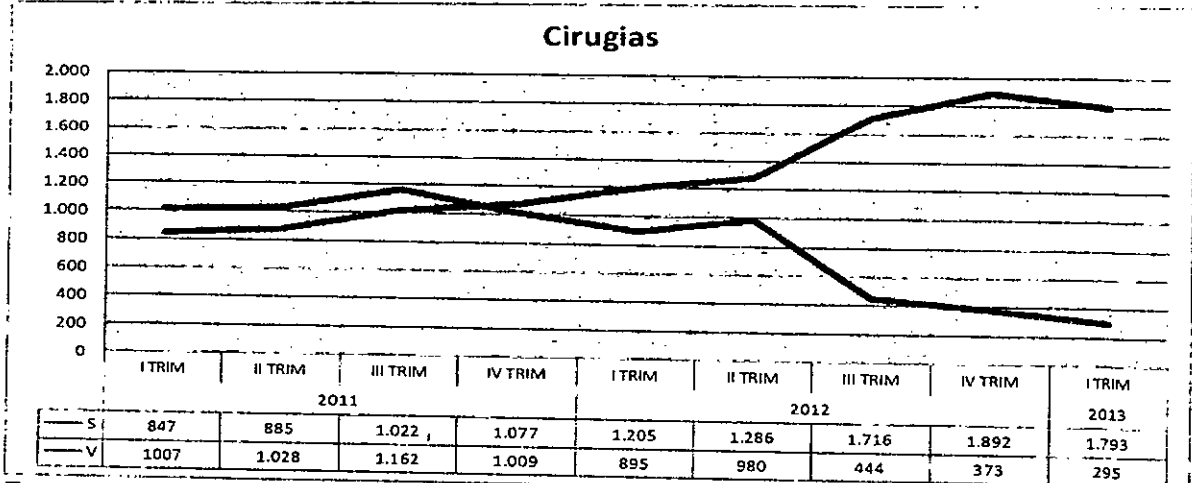
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica 36. Comportamiento de la facturación por evento a cargo de las EPSS. Julio de 2012 a Febrero de 2013. ESE SUBA.



Fuente: ESE SUBA.

Gráfica 37. Comportamiento de las actividades clínicas en una ESE de tercer nivel.

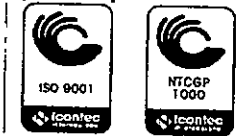


Fuente: ESE La Victoria. S: Paciente Subsidiado. V: Paciente Vinculado.

Aún cuando se presenta un incremento en el número de actividades, es claro que las tarifas reconocidas por el FFDS resultaban mucho más favorables, no sólo por su monto sino porque se asegura el reconocimiento de los servicios prestados. Las instituciones en las cuales priman los servicios por evento, como sucede en la ESE La Victoria, reportan los siguientes efectos de la universalización:

El reconocimiento por actividad realizado por el FFDS tiene una tarifa a pago fijo global prospectivo que representa un 80% de la tarifa establecida mediante el

Cra. 32 No. 12-81  
Tel.: 364 9090  
www.saludcapital.gov.co  
Info: Línea 195



**BOGOTÁ**  
HUMANANA



Decreto 2423 de 1996 "por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones".

A manera de ejemplos: la cirugía de colecistectomía es facturada al Fondo Financiero Distrital de Salud por \$1.650.320, mientras los valores de la negociación pactada con las EPSS, en el mejor de los casos, no superarían \$1.190.000. La diferencia es 28%. En el caso de una cirugía de ortopedia del grupo quirúrgico 11 (Decreto 2423 de 1996), a tarifas del Fondo Financiero Distrital de Salud reportaría un valor de \$2.105.920 y con la mejor tarifa pactada por la institución con las EPS-S el valor del procedimiento sería \$1.630.000. La diferencia es 23%.

#### 4. CONCLUSIONES

4. 1. El escenario del Régimen Subsidiado en el Distrito Capital durante la vigencia 2012 y en lo corrido de 2013 ha presentado contingencias de diverso orden que impiden la aplicación del enfoque de uni-causalidad en el análisis del impacto del Acuerdo 32 de 2012 sobre la operación del sistema, la atención a los pacientes beneficiados con el subsidio en salud y la financiación del sector.

4. 2. Las condiciones financieras de los prestadores, la situación crítica de las aseguradoras dada por el incumplimiento de las condiciones de habilitación (margen de solvencia, capacidad de permanencia, capacidad técnico administrativa), su reiterativa y sistemática desobediencia de la norma con la consiguiente omisión de sus obligaciones, y la vulneración sistemática y reiterativa de los derechos de los usuarios con la intención de contener costos y como prácticas consuetudinarias de las EPSS, matizan de tal manera el escenario del sector salud en el Distrito Capital que es imposible deslindar uno a uno los factores que afectan la operación del sistema, la atención a los usuarios y la sostenibilidad de los diferentes actores.

4. 3. El Acuerdo 32 de 2012 es la última de las medidas tomadas en el proceso de universalización gradual del Plan Obligatorio de Salud por lo cual, analizar sus efectos de manera aislada aportaría una visión parcial sobre el impacto de la ampliación de la cobertura horizontal y vertical del plan de beneficios en el régimen subsidiado.

4. 4. La emisión de los Acuerdos de la CRES (en liquidación) mediante los cuales se universaliza progresivamente el Plan de Beneficios y se incrementa el valor de la UPCS, conllevó a la ocurrencia de periodos de transición que son críticos en tanto se incrementan las barreras de acceso a la prestación de los servicios para los afiliados al régimen subsidiado, aún cuando el proceso de adopción de las



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

normas o su implementación no haya comenzado. Los periodos de transición o críticos fueron:

- el primer trimestre de 2012, pues en noviembre y diciembre de 2011 se emitieron los Acuerdos 27 y 29. El primero que amplió la cobertura horizontal del Plan Obligatorio de Salud extendiéndolo a la población de 60 años y el segundo que actualizó el Plan de Beneficios.

- el tercer trimestre de 2012 dado que el primero de julio del mismo año empezó a regir la universalización del POS.

4. 5. No es posible establecer nexo causal unívoco y directo del Acuerdo 32 de 2012 en la incidencia de barreras de acceso pero es claro que un argumento mediante el cual las EPSS daban dilación a la emisión de autorizaciones o negaban servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, estaba relacionado con la "insuficiencia de la UPCS". Esgrimían que no era posible garantizar el mismo plan de beneficios del Régimen Contributivo con una UPC de menor cuantía con relación a la establecida para dicho régimen. Sin embargo, tras la ponderación de la UPCS, las EPSS siguen negando servicios y no comparten el beneficio de la ponderación con las ESE, a través de la actualización de tarifas de cápita basadas en la distribución etaria de la población asignada.

4. 6. La evidencia más patente de la crisis del régimen subsidiado está dada por la reducción del número de aseguradoras operando en el Distrito Capital. Primero fue el retiro voluntario de dos EPSS durante la vigencia 2012: COLSUBSIDIO y ECOOPSOS, esgrimían éstas que la insuficiencia de la UPCS conducía a la EPSS a una situación de inviabilidad financiera. Al tiempo se da la liquidación de la EPSS SALUD CÓNDOR. Ya en 2013 surgen las Resoluciones 735 y 806 de la Superintendencia Nacional de Salud que dan comienzo al proceso liquidatorio de las EPSS HUMANAVIVIR y SOLSALUD. En resumen, de ocho EPSS en enero de 2012, el Distrito Capital pasa a tres EPSS en mayo de 2013: UNICAJAS, CAPITAL SALUD y CAPRECOM.

4. 7. Las barreras de acceso con tendencia decreciente tras la universalización del Plan Obligatorio de Salud son tres: cobros indebidos, incumplimiento de acciones de apoyo administrativo y fallas en la prestación de servicios por incumplimiento de estándares de calidad. Es claro que la mayor parte de las barreras de acceso se originan en las aseguradoras (más de 40%) y que en los periodos de transición, o críticos, tal porcentaje se ha incrementado hasta en diez puntos porcentuales.

4. 8. La incidencia de tutelas a través de las vigencias 2011, 2012 y lo corrido de 2013 evidencian de manera contundente el escaso impacto de la universalización del POS para garantizar el derecho fundamental a la salud de la población afiliada al régimen subsidiado. A junio 30 de 2013 se han notificado 1281 tutelas contra EPSS ante la SDS, mientras para la misma fecha de 2012 se reportaron 1973





tutelas. Apenas transcurrida la mitad del año 2013, ya se alcanzó el 65% del total de tutelas de 2012.

4. 9. La universalización paulatina del Plan Obligatorio de Salud mediante los Acuerdos 004, 011, 027 y 032, (de la CRES en liquidación), así como la actualización del Plan de Beneficios mediante el Acuerdo 29 de 2011 (de la CRES en liquidación), tuvieron como primer efecto el cambio de pagador de un amplio conjunto de servicios. Esa migración conminó a los prestadores a someterse a condiciones de desventaja para pactar tarifas por los servicios a contratar, al incumplimiento en los giros desde las EPSS, a giros de menor cuantía (50%) en relación con los realizados por el Fondo Financiero Distrital y al incremento vertiginoso de la cartera mayor de 180 días.

4. 10. El impacto de las regulaciones que han culminado con la universalización del POS, es más evidente en la gestión clínica y en la sostenibilidad financiera de los prestadores que en la operación del sistema y en la atención en salud.

4. 11. El número de afiliados asignados mediante capitación a las ESE de primer nivel se incrementó tras la emergencia del Acuerdo 32 de 2012 pero las tarifas pactadas con las EPSS no reflejaron el incremento de la UPCS.

4. 12. En 2013, los nuevos contratos suscritos entre EPSS y ESE, no reflejan la ponderación de la UPCS con base en la Resolución 4480 de 2012. Esta norma no ha tenido efecto alguno en la sostenibilidad financiera del sistema de salud. Ello quiere decir que la EPS transfiere tanto el riesgo financiero como la gestión del riesgo en salud de los afiliados sin consideración alguna de la siniestralidad estimada por fases del ciclo vital.

4. 13. Las ESE de segundo y tercer nivel contratan con las EPSS mediante la modalidad de evento o por paquete. Tras la universalización del POS sus actividades clínicas se incrementaron ostensiblemente. Sin embargo, las tarifas pactadas y la modalidad de pago representan condiciones de gran desventaja para los prestadores en lo atinente al flujo de recursos hacia la red pública, el aumento de glosas y el comportamiento de la cartera que se incrementa vertiginosamente para las cuentas de difícil cobro (más de 180 días).

Los insumos que sirvieron para la elaboración del presente informe fueron los siguientes:

1. Análisis de las ESE sobre la materia, aportados por: Hospital La Victoria (Nivel III), Hospital El Tunal (Nivel III), Hospital Chapinero (Nivel II), Hospital Santa Clara (Nivel III), Hospital Fontibón (Nivel II); Hospital de Suba (Nivel II), Hospital de Vistahermosa (Nivel I), Hospital Usaquén (Nivel I) y Hospital Rafael Uribe Uribe (Nivel I).

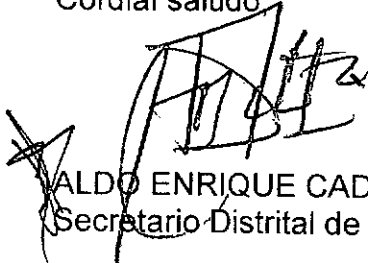




2. Informe trimestral de las barreras de acceso 2011-2013 obtenido del Sistema Integrado de Información sobre Barreras de Acceso. Administración: doctora Álix Moreno. Profesional Especializada. Dirección de Participación Social y Servicio al Ciudadano.
3. Informe anual de la incidencia de tutelas por EPS obtenido del aplicativo de tutelas de la Secretaría Distrital de Salud. 2012-2013. Administración: Juan Pablo Berdejo. Dirección de Aseguramiento en Salud.
4. Información de la Gestión del Grupo de Garantía de Calidad de las EAPB. Dirección de Aseguramiento en Salud.
5. Reporte del grupo de seguimiento a la ejecución presupuestal de la cuenta maestra del subsidio a la oferta. Dirección de Aseguramiento en Salud.

Cualquier información adicional estaremos atentos a suministrarla. En cd adjunto se incluye la misma información del presente documento, con el fin de que se pueda visualizar con colores, que evidencian la diferencia exacta de los datos aportados.

Cordial saludo



ALDO ENRIQUE CADENA ROJAS  
Secretario Distrital de Salud

Se anexa un (1) cd.

Proyectó: Gloria Inés Pedraza Plazas  
 Revisó: César Mendoza M. / Guillermo Sánchez B. / Gloria Matilde Pérez J. / Luz Elena Rodríguez Q.  
 Aprobó: Luis Felipe Martínez R. / Aura Elvira Gómez M.

