

**IMPACTO FINANCIERO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA
EPS-S CAPRECOM TERRITORIAL SANTANDER EL AÑO 2012**

**ANDERSON ROA ACEROS
EDINSON ARCHILA PRADO**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECHANICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
BUCARAMANGA**

2014

**IMPACTO FINANCIERO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA
EPS-S CAPRECOM TERRITORIAL SANTANDER EL AÑO 2012**

**ANDERSON ROA ACEROS
EDINSON ARCHILA PRADO**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR A TÍTULO DE ESPECIALISTA EN ALTA
GERENCIA**

**DIRECTOR:
HERNÁN PABÓN BARAJAS
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE INGENIERÍAS FISICOMECAICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS INDUSTRIALES Y EMPRESARIALES
ESPECIALIZACIÓN EN ALTA GERENCIA
BUCARAMANGA**

2014

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	15
1. OBJETIVOS	18
1.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2. METODOLOGÍA	19
3. ALCANCE	22
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
4.1 DIAGRAMA DEL PROBLEMA	25
5. MARCOS CONTEXTUAL	28
5.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO	29
5.1.1 Antecedentes de CAPRECOM EPS-S	33
5.1.2 Enfermedades de alto costo en el sistema general de seguridad social en Colombia	37
5.1.2.1 Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer	38
5.1.2.2 Diálisis para Insuficiencia Renal Crónica	40
5.1.2.3 Trasplante renal, de corazón, de Médula ósea y de córnea	41
5.1.2.4 Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.	41
5.1.2.5 Tratamiento quirúrgico para enfermedades de corazón y del Sistema Nervioso Central	42

5.1.2.6 Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito	43
5.1.2.7 Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor	43
5.1.2.8 Terapia en Unidad de Cuidados Intensivos	44
5.1.2.9 Reemplazos articulares	44
5.2 GLOSARIO	45
5.3 MARCO TEÓRICO	48
5.3.1 Estructura del sistema y ajuste del riesgo	48
5.3.2 Riesgo financiero en instituciones de la salud	50
5.3.3 Administración del riesgo	52
5.4. MARCO LEGAL	58
5.4.1 Normatividad vigente	58
5.4.2 Cuenta de alto costo	58
6. IMPACTO FINANCIERO DADO POR LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	60
6.1 ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	60
6.2 MORBILIDAD DE USUARIOS CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA EPS-S CAPRECOM AÑO 2.012	61
6.3 UNIDAD DE PAGO PER CAPITA POR USUARIOS	63
6.4 MATRIZ DE CONTRATACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE MANEJAN ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA EPS-S	65
6.5 COSTO TOTAL DEL MANEJO DE ENFERMEDADES EN EL AÑO 2.012	67
6.6 COSTOS TOTALES DE LA EPS-S CAPRECOM TERRITORIAL SANTANDER EN EL AÑO 2.012	68
6.7 VALOR ESTIMADO DE CARTERA A INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ALTO COSTO	70

7. ESTRATEGIAS PARA MITIGACIÓN DE LA APARICIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	73
8. CONCLUSIONES	78
9. RECOMENDACIONES	80
BIBLIOGRAFIA	82

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Gráfico 1 Morbilidad pacientes con enfermedades de alto costo EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012	61
Gráfico 2 % Pacientes con enfermedades de alto costo EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012	62
Gráfico 3 Costo total del manejo de enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012	67
Gráfico 4. Costos totales de la EPS-S CAPRECOM territorial Santander en el año 2.012	69
Gráfico 5 Cartera a instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas para el manejo de las enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander	71

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Mapa de procesos	27
Figura 2 CAPRECOM hoy en día	35
Figura 3 CAPRECOM EPS-S en el país	36
Figura 4. Ubicación CAPRECOM	37
Figura 5 Unidad de pago per cápita definida para la EPS-S	64

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Actividades realizadas para el cumplimiento de los objetivos	20
Tabla 2 Matriz de contratación red prestadora de servicios de salud para el manejo de enfermedades de alto costo EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012	65

RESUMEN

TITULO: IMPACTO FINANCIERO DE LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA EPS-S CAPRECOM TERRITORIAL SANTANDER EL AÑO 2012*

AUTORES: ANDERSON ROA ACEROS
EDINSON ARCHILA PRADO**

PALABRAS CLAVE: Impacto, Financiero, Enfermedades, CAPRECOM, Alto Costo

El proyecto de grado se realizó con el fin de analizar el impacto financiero que conllevan a nivel institucional el tratamiento de cuadros clínicos de enfermedades de alto costo identificadas en los usuarios de la EPS-S CAPRECOM territorial Santander en el año 2012.

De igual forma, se realizó el análisis de una serie de información importante como es la morbilidad de usuarios con enfermedades de alto costo, ingresos de unidad de pago por capitación por usuario, costos médicos en el tratamiento de las enfermedades de alto costo, red prestadora de servicios de salud contratada, manuales de contratación, bases de datos, comportamientos financieros del año y demás información útil que permite el análisis e interpretación del impacto existente a nivel institucional dado por el manejo de las enfermedades de alto costo en la EPS-S

Se realiza la construcción de un marco teórico en el cual se interpreta el contexto actual de las enfermedades de alto costo en el país, la normatividad vigente, el análisis del riesgo, información pertinente de referencias bibliográficas enfocadas en análisis financiero de enfermedades de alto costo y en la implementación de estrategias de manejo financiero efectivas en el actual mercado de salud.

Por último, se relaciona las estrategias de mitigación implementadas para minimizar la aparición y/o estabilizar los cuadros clínicos de enfermedades de alto costo existentes en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander, las cuales se basan en herramientas claras de promoción de la salud y prevención de la enfermedad enmarcadas en un modelo de atención en salud institucional definido para la EPS-S

* Proyecto de grado

** Facultad de Ingenierías Fisicomecánicas, Escuela de Estudios Industriales y Empresariales, Especialización en Alta Gerencia Director

ABSTRACT

TITLE: FINANCIAL IMPACT OF THE DISEASES OF HIGH COST IN THE EPS-S TERRITORIAL CAPRECOM SANTANDER THE YEAR 2012*

AUTHORS: ANDERSON ROA ACEROS
EDINSON ARCHILA PRADO**

KEY WORDS: Impact, Financier, Diseases, CAPRECOM, High Cost

The degree project was done in order to analyze the financial impact that lead to institutional level the treatment of clinical symptoms of high-cost diseases identified in the EPS-S territorial CAPRECOM Santander users in 2012.

In the same way, it took place the analysis of a series of important information such as the morbidity of users with diseases of high cost, income from unit of payment by capitation by user, medical costs in the treatment of diseases of high cost, network provider of contracted health services, recruitment, database, financial behaviors of the year and other useful information that allows the analysis and interpretation of existing given institutional level impact manuals for the management of diseases of high cost in the EPS-S

A theoretical framework has been done in which it is explained the current context of diseases of high cost in the country, the regulations, the risk analysis, relevant information of bibliographical references focused on financial analysis of high-cost diseases and the implementation of effective financial management strategies in the current healthcare market.

Finally, the implemented mitigation strategies are related to minimize the emergence and/or stabilize the clinical symptoms of high cost diseases in the EPS-S territorial CAPRECOM Santander, which are based on clear tools for the promotion of health and prevention of disease within a defined institutional health care model for the EPS-S

* Project of grade

** Faculty of Engineerings Fisicomecanicas, School of Industrial and Managerial Studies, Specialization in Alta Gerencia Director

INTRODUCCIÓN

El sistema de seguridad social en salud de nuestro país, se enfoca en el aseguramiento de los usuarios con entidades encargadas de la afiliación, administración y cobertura de las prestaciones de servicios de salud, con un modelo único ajustado en el régimen contributivo (RC) y sin ajuste en los otros tres modelos de regímenes que coexisten; régimen subsidiado (RS), especiales y sin aseguramiento (vinculados). Las empresas aseguradoras del régimen contributivo, tienen como función adicional recaudar los recursos que aportan los ciudadanos y las empresas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y junto con las empresas aseguradoras del régimen subsidiado, administran los planes de beneficio para cada régimen¹.

Estos planes de beneficios se encuentran hoy en día orientados específicamente en un modelo enfocado en la enfermedad establecida, en el cual se pretende dar solución efectiva a un cuadro clínico existente y no se orientan a la participación activa en programas de promoción de la salud, los cuales se enfocan a la mitigación de los factores de riesgo que conllevan a la aparición de enfermedades de difícil manejo médico y cuyo tratamiento se considera de alto costo institucional.

La demanda de servicios de salud, varía inmensamente dependiendo del tipo de individuo que los requiera, es decir, de la población que tenga cada aseguradora en su base de datos, por lo cual, para controlar y evitar la concentración de riesgo en algunas aseguradoras se implementan estrategias como la asignación de presupuesto para la atención de determinados riesgos en salud, la selección adversa y la selección de riesgo de los usuarios, al mismo tiempo que se promueve la gestión del riesgo y las medidas de prevención y control.

Determinar hoy en día un programa efectivo de mitigación del riesgo en una institución de salud es una tarea muy difícil, debido a lo complejo que resulta abordar el tema referente a servicios de salud en el país. Se debe tener en cuenta la relación efectiva del costo – beneficio de la prestación de servicios de salud, la satisfacción del cliente institucional primario - secundario y una serie de complementos que resultan útiles de analizar con el fin de determinar un programa eficaz de gestión del riesgo en salud.

Implementar modelos de gestión de riesgo depende en primera instancia de la participación activa de todos los procesos institucionales; por este motivo, puede ser considerado como un proceso lento, pero que debe ser alcanzado con la concurrencia de esta integración. No importa el grado de detalle que puede generarse en un plan de gestión de riesgos, el programa siempre deberá evolucionar, ya que se establece para enfrentar el entorno y éste en un mundo como el de hoy se encuentra en permanente cambio, al cual se debe adaptar la atención de la salud¹

En trabajo de grado pretende en primera instancia conocer la información existente que pueda ser objeto de análisis con el fin de identificar todo lo relacionado al tema referente de enfermedades de alto costo en la EPS-S; de igual forma se pretende realizar un bosquejo de la actualidad del entorno que rodea la consecución, la morbilidad, el tratamiento médico, el costo médico, los resultados de tratamiento, la oportunidad, pertinencia y seguridad del tratamiento, y demás variables objetivo de análisis que tienen en su contexto el manejo en la prestación de servicios de salud las enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander.

¹ Almeida A. Análisis al riesgo financiero que implican las enfermedades de alto costo en la perdurabilidad de la EPS-S asmet salud regional Santander; 2013

De igual forma, se realizará la construcción de un marco referencial en el cual se identificara el marco normatividad actual, el proyecto de reforma de salud, la historia y antecedentes de la EPS- CAPRECOM, el análisis del riesgo, las experiencias de análisis de impacto financiero institucional para el manejo de enfermedades de alto costo, el actual sistema de seguridad social en salud, entre otros.

Se analizará el comportamiento financiero de las enfermedades de alto costo para el año 2.012, en el cual se interpreta el comportamiento que existe al dar cobertura total de tratamiento, intervención e investigación a este grupo de patologías consideradas de alto manejo médico y financiero.

Finalmente se implementara una serie de estrategias enfocadas al manejo médico y financiero de las enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander, las cuales darán un campo de visualización para la toma de decisiones enfocadas a la imagen institucional, cobertura total de salud con planes de calidad, a un modelo de atención eficiente y a la perdurabilidad institucional.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto financiero de las enfermedades de alto costo definidas en la EPS-S CAPRECOM Territorial Santander para el año 2.012.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Interpretar el comportamiento financiero para el manejo de las enfermedades de alto costo en el año 2.012

Determinar el costo – beneficio esperado por los tratamientos aplicados a la actual demanda de servicios de enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM de la Territorial Santander en el año 2.012

Identificar la frecuencia de aparición de cuadros clínicos con enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM en el año 2.012

Establecer las estrategias que puede desarrollar la EPS-S CAPRECOM de la territorial Santander para mejorar las afectaciones asociadas al riesgo financiero de la prestación del servicio de salud a los usuarios con cuadros clínicos de enfermedades de alto costo

2. METODOLOGÍA

Inicialmente se realiza revisión bibliográfica de temas relacionados con el Sistema de Seguridad Social específicamente en enfermedades de alto costo, con el fin de recopilar información necesaria para establecer y proyectar un enfoque claro del objetivo de investigación

Seguidamente se realiza identificación de las enfermedades de alto costo y su comportamiento en la población afiliada a la EPS-S CAPRECOM de la territorial Santander.

Dentro de esta identificación se determina el número de usuarios con patologías de alto costo, clasificándolos a su vez en cada patología, estableciendo de esta manera, el valor que tiene que destinar la EPS-S CAPRECOM con el fin de garantizar la prestación de servicios de salud, se analiza de igual forma el costo de atención promedio anual por cada una de ellas y el gasto adicional en que incurre.

Adicionalmente se establece cuanto le ingresa realmente a la EPS-S CAPRECOM por concepto de enfermedades de alto costo anualmente.

Otro aspecto que se analiza, son los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que se le realiza a los pacientes de alto costo.

Las fuentes de información primaria son las existentes en la EPS-S CAPRECOM Territorial Santander (bases de datos, estadísticas, documentación, perfiles epidemiológicos, perfiles sociodemográficos, entre otros)

Tabla 1 Actividades realizadas para el cumplimiento de los objetivos

OBJETIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO
OBJETIVO GENERAL	<ul style="list-style-type: none"> • Se adelanta revisión de literatura enfocada a publicaciones, artículos y demás información relacionada con el tema de enfermedades de alto costo, impacto financiero, sistema general de seguridad social en salud entre otras. • Se adelanta la búsqueda en la institución sobre el comportamiento de pagos y registros actualizados de información útil que diera luz al gasto médico causado para la prestación de servicios de salud a los usuarios con enfermedades de alto costo en el año 2.012
<p>Analizar el impacto financiero de las enfermedades de alto costo definidas en la EPS-S CAPRECOM Territorial Santander para el año 2.012</p>	
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de forma detallada del comportamiento financiero de la EPS-S CAPRECOM en el año 2.012 para los usuarios que ostentan calidad de enfermedades de alto costo
<p>Interpretar el comportamiento financiero para el manejo de las enfermedades de alto costo en el año 2.012</p>	
<p>Determinar el costo – beneficio esperado por los tratamientos aplicados a la actual demanda de servicios de enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM de la Territorial Santander en el año 2.012</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se interpreta la información obtenida frente al comportamiento financiero y al comportamiento del riesgo en salud para e año 2.012 en la EPS-S CAPRECOM y específicamente para los usuarios con enfermedades de alto costo

OBJETIVOS	ACTIVIDADES REALIZADAS PARA EL CUMPLIMIENTO
<p>Identificar la frecuencia de aparición de cuadros clínicos con enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM en el año 2.012</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se realiza análisis de la gestión del riesgo, construcción de perfiles epidemiológicos e interpretación de cuadros clínicos por medio de RIPS (registros de atención medica en las instituciones prestadoras salud contratadas), con el fin de elaborar la incidencia de estados de salud de usuarios con enfermedades de alto costo
<p>Establecer las estrategias que puede desarrollar la EPS-S CAPRECOM de la territorial Santander para mejorar las afectaciones asociadas al riesgo financiero de la prestación del servicio de salud a los usuarios con cuadros clínicos de enfermedades de alto costo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Teniendo en cuenta la recolección de la información, el análisis de la misma, la interpretación de los resultados de ejecución del año, el riesgo en salud y el comportamiento financiero, se adelanta la construcción de unas estrategias quien pueden ser puesta en marcha con el fin de combatir de forma inmediata el impacto financiero negativo de la prestación de servicios de salud a pacientes con enfermedades d elato costo en la EPS-CAPRECOM territorial Santander

3. ALCANCE

La propuesta incluye el análisis del impacto financiero que tiene la prestación de servicios de salud enfocados a las enfermedades de alto costo de los pacientes pertenecientes a la EPS-S CAPRECOM de la Territorial Santander para el año 2.012, evidenciando con esto el impacto negativo que esta problemática implica en los estados financieros de la institución; este análisis de información permitirá la toma de decisiones y el replanteamiento de estrategias enfocados en el riesgo en salud y riesgo financiero de la institución, garantizando la perdurabilidad en el mercado de la institución y la prestación de servicios de salud con calidad y promoviendo siempre la satisfacción total del usuario y su familia.

De igual forma se pretende con esta monografía en primera instancia la identificación de esta información y análisis continuo de los riesgos financieros existentes y que no permiten una perdurabilidad en el actual sistema de seguridad social de la institución si no se toman medidas estratégicas de mitigación de estos cuadros clínicos de enfermedades de alto costo existentes.

Seguidamente se coloca en práctica todos los conocimientos en el campo gerencial obtenidos en la especialización de alta gerencia, lo cual permitirá brindar de herramientas óptimas de análisis e interpretación de información con fines únicos de mejoramiento continuo institucional.

Por último se reflexiona sobre las estrategias que permitirán en un periodo de tiempo obtener resultados frente a la mitigación de la aparición de estos cuadros clínicos de enfermedades de alto costo y a la disminución de los costos en tratamientos para la mismas y lo más importante estrategias dinámicas para la

implementación de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una gran realidad es la que se vive hoy en día en el sistema de seguridad social colombiano, en el cual se observa la crisis financiera tan grande que tienen las entidades promotoras de servicios de salud subsidiado debido a la presencia de cuadros clínicos definidos que resultan muy costosos para el manejo del aseguramiento por parte de la EPS-S.

Estos cuadros clínicos si no se saben controlar y aumentan en una población definida en la EPS-S causarían la liquidación y el cierre total de la misma debido al desangre económico que representa un usuario catalogado como de alto costo para la institución.

Las enfermedades de alto costo están definidas en el acuerdo 008 del año 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (CRES)², en el cual se precisa cada una de ellas denominadas como altos costo para las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud (IPS).

Es necesario identificar a las enfermedades de alto costo como una de las principales causa de liquidaciones y cierres de EPS en el país, tal como lo exclamaron algunos representantes de estas instituciones en una jornada de trabajo programada por la Superintendencia Nacional de Salud,

² CRES. Acuerdo 08 de 2009. Expedido el 29 de diciembre de 2009. On line: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38488> Consultado el 20 de mayo de 2013

“las EPS (Entidades Promotoras de Servicios de Salud), aceptan que el sistema es inoperante con los usuarios de alto costo”³. Estos cuadros clínicos son la causa principal del consumo de la unidad de pago por capitación subsidiada en la institución y de paso son las causantes de impactos financieros superiores por objeto de acciones de tutelas las cuales enmarcan un nivel de gasto al establecido en la normatividad actual vigente¹.

Estas razones crean la necesidad de realizar un seguimiento al comportamiento del riesgo en salud y de impacto financiero a partir de la prestación del servicio de enfermedades de alto costo en los usuarios que hacen parte de la EPS-S CAPRECOM, específicamente en la Territorial Santander, utilizando datos del año 2.012. La ciudad de Bucaramanga se ha escogido para el estudio por la facilidad para los autores de recoger y analizar la información, además porque constituye una de las sedes más afectadas con esta problemática, sirviendo de ejemplo para a partir de los resultados de este análisis lograr adaptar las conclusiones o realizar un estudio más complejo a nivel de varias sedes o incluso de toda la entidad.

4.1 DIAGRAMA DEL PROBLEMA

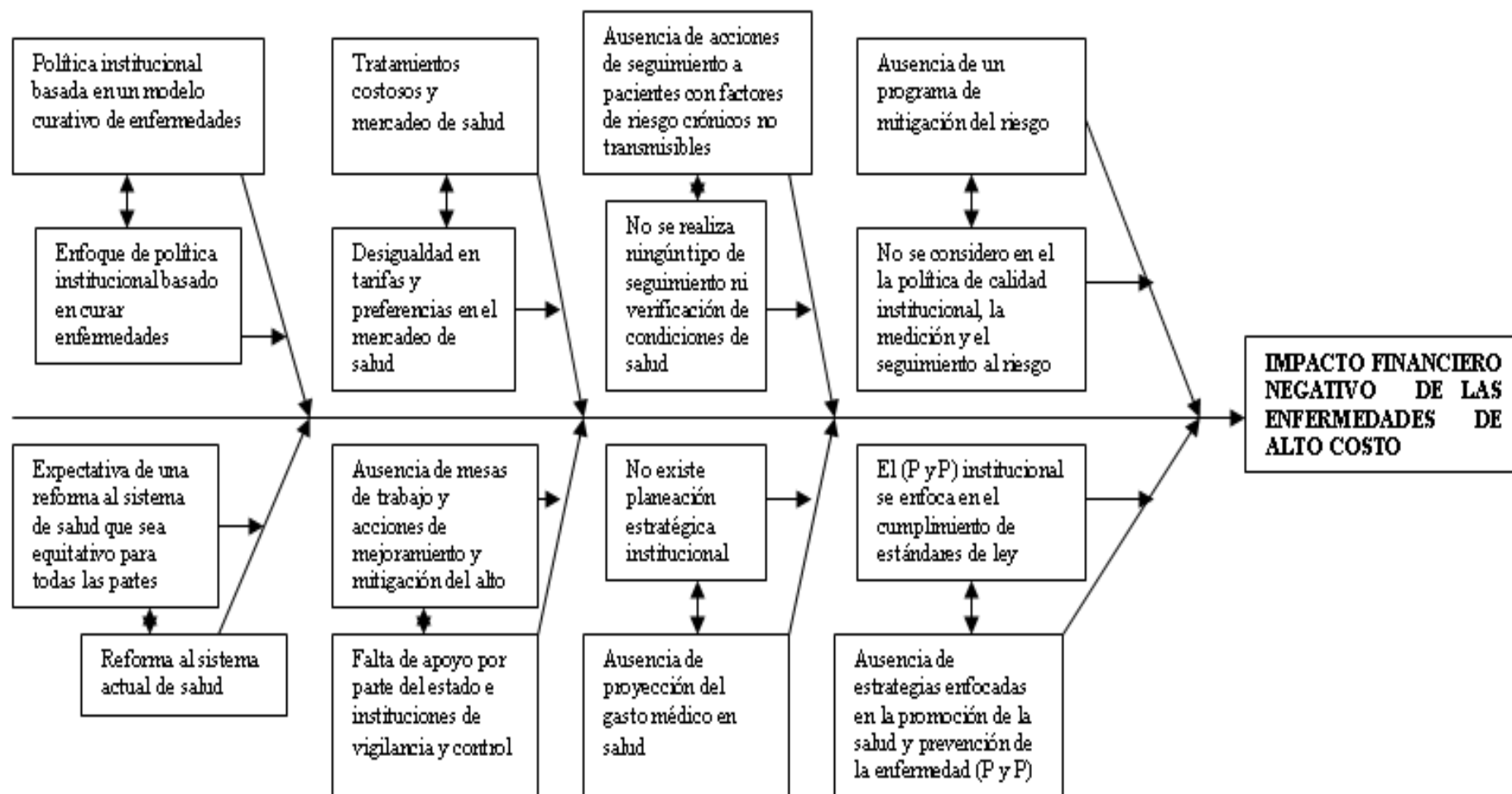
Se utilizará para la realización del diagrama del problema del proyecto de grado, la herramienta conocida como diagrama de Ishikawa o diagrama de espina de pescado, la cual se utiliza para clarificar las causas de un problema, clasifica las diversas causas que afectan los resultados del trabajo, señalando la relación causa – efecto entre ellas.

Teniendo en cuenta el diagrama del planteamiento del problema, se puede concluir que el impacto financiero que muestra la prestación de servicios de salud

³ RAMOS Andrea. EPS y usuarios: frente a frente sobre enfermedades de alto costo. 30 de julio de 2013. On line: <http://www.opinionysalud.com/destacados/item/7085-eps-y-usuarios-frente-a-frente-sobre-enfermedades-de-alto-costo> consultado el 02 de agosto de 2013

en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander para el año 2.012 se resume principalmente en la falta de una política de calidad y modelo de atención en salud para los usuarios donde se mezcle de forma óptima estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, seguimiento a factores de riesgos en los usuarios, la competencia desleal y el mercadeo sectorizado en salud, a la falta de visión institucional para analizar el riesgo en salud y riesgo financiero existente, a la ausencia de proyección del gasto médico, a la falta de apoyo de entidades de vigilancia y control en salud y principalmente a la estructura actual de funcionamiento del sistema de seguridad social en salud, lo que amerita hoy en día una reforma equitativa y segura del sistema de salud colombiano.

Figura 1. Mapa de procesos



Fuente: Elaboración propia

5. MARCOS CONTEXTUAL

Las EPS-S creadas mediante la ley 100 de 1993 se encuentran regidas y funcionan bajo unos parámetros establecidos por el Ministerio de Protección Social y Salud en su época, los cuales fundamentan su actuar a la prestación de servicios de salud de forma óptima, oportuna y segura, buscando siempre la garantía y satisfacción global del usuario frente a la misma.

Los principios esenciales de la reforma al sistema de salud, mediante la Ley 100 de 1993, fueron la equidad, la calidad y el aumento en cobertura. Se estableció así un sistema de prestación de servicios y de fuentes de financiación en donde la solidaridad en el financiamiento, la eficiencia y la competencia en la provisión de los servicios se constituyeron como los elementos centrales para aumentar la equidad, la calidad y la cobertura. Así mismo, se favoreció el aseguramiento como el principal instrumento para alcanzar las metas de cobertura, en especial entre la población más pobre.

De esta manera, el sistema de salud está compuesto por dos tipos de regímenes de aseguramiento⁴: el Contributivo y el Subsidiado. El primero está conformado por aquellas personas con capacidad de pago (aquellos individuos que tienen un trabajo formal y que no pertenecen a los niveles 1 y 2 del SISBEN). Estos individuos, beneficiarios del Régimen Contributivo (RC), tienen un seguro que les otorga unos beneficios bastante amplios (en términos de eventos, tratamientos y medicamentos) conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS). Al segundo grupo, el Régimen Subsidiado (RS), pertenece la población más pobre y que generalmente no tiene capacidad de pago (niveles 1 y 2 del SISBEN). Este

⁴ SANTANA Mauricio y GARCIA Fabián. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma; Bogotá. 2010

segmento de la población recibe, sin costo alguno para ellos, un seguro de salud que cubre una gran variedad de eventos que, sin embargo, es menor que los beneficios obtenidos mediante el RC. Este plan de beneficios se conoce como el POS Subsidiado (POS-S).

Adicionalmente, existe un tercer grupo, compuesto principalmente por la población más pobre del país, que no está afiliada a ninguno de los dos regímenes, denominado los “vinculados”. Estos individuos son atendidos (casi) sin costo en la red de hospitales pública y son responsabilidad directa de los departamentos. Finalmente, el sistema tiene un componente de salud pública (vacunación, prevención y campañas de educación, entre otras), dirigido en particular a la población vulnerable.

5.1 SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COLOMBIANO

Colombia inició en Diciembre de 1993 un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos; En esa fecha fue expedida la Ley 100, que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

El viejo Sistema tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector, pero la crisis fiscal de ese último año redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población.

Realmente mostró una cobertura deficiente del doble de esta población (55%), con enormes diferencias regionales. El financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de salud⁵.

Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo periodo cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto (15%), se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables.

La reforma parte de definir dos regímenes: el contributivo, para quienes tienen capacidad de realizar aportes a la seguridad social a través de su trabajo o ingresos independientes, y el subsidiado, para quienes no tienen dicha capacidad y a quienes el Estado debe financiarles parcial o totalmente el valor del seguro obligatorio⁶.

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

1.- Aumentar los aportes para la Seguridad Social en Salud del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir al cónyuge y los hijos. Cuatro puntos serían pagados por el trabajador y ocho por el patrono.

⁵ OROZCO, J. M. (2008). Los costos del plan obligatorio de salud subsidiada en Colombia. Recuperado el 4 de Abril de 2009

⁶ "CRES expide nuevo listado POS para los Regímenes Contributivo y Subsidiado". En: *Ámbito Jurídico*, 24 Ago. al 6 Sep .de 2.009

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

3.- Determinación de un valor único promedio del seguro obligatorio anual (unidad de capitación/UPC), alrededor de 150 dólares, resultante de reunir todos los aportes y dividirlos por el número de beneficiarios. Creación de una cuenta de compensación en un Fondo Especial que recibe mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario mes. Dos sindicatos poderosos, el de la empresa estatal de petróleos y el de maestros, buscando proteger sus beneficios extraordinarios, quedan exentos de la ley, junto con las fuerzas militares.

Debe anotarse que el aporte máximo mensual corresponde al 12% de 20 salarios mínimos mensuales (aprox. 400 dólares) y el aporte mínimo al 12% del salario mínimo (aprox. 20 dólares). El número de trabajadores por familia de 1.7, con tendencia histórica al aumento y el número de dependientes por trabajador, 1.8, con tendencia histórica al descenso, muestran una perspectiva favorable para la UPC, de no ser superada por el incremento en los costos de los servicios de salud.

4.- Creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, organismo de concertación entre el Gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores, máximo organismo rector del Sistema, buscando el equilibrio del mismo.

El Régimen Subsidiado es más ambicioso aún, para lograr asegurar al menos a un tercio de la población colombiana en la primera década. Se basa igualmente en cuatro puntos.

1.- Consecución de nuevos recursos para su financiamiento. Se dedica a un fondo de solidaridad uno de los 12 puntos de los aportes de todos los trabajadores. El Estado debe colocar similar cantidad de recursos a dicho fondo, provenientes de otros impuestos. Impuestos adicionales al petróleo deben fortalecer este fondo. Los municipios deben dedicar al aseguramiento de la población pobre el 60% de los nuevos recursos para salud transferidos por la Nación.

2.- Transición de los viejos recursos de la oferta a la demanda. Paulatinamente se deben convertir la gran mayoría de los recursos públicos que financian los hospitales en seguros adquiridos para la población pobre. Los hospitales deberán ser eficientes y competitivos, convertidos en empresas sociales del estado para lograr sus ingresos por la venta de servicios a las diversas administradoras del régimen subsidiado y contributivo.

3.- Los recursos del fondo de solidaridad en la nación, los recursos del financiamiento de los hospitales en los departamentos y los recursos municipales deben sumarse para lograr el aseguramiento de toda la población pobre.

4.- La cobertura en servicios del seguro subsidiado se plantea con gradualidad, debiendo ser igual a la del contributivo en el año 2002. Mientras tanto los servicios no cubiertos por el seguro continúan a cargo de los hospitales públicos⁷.

Hoy en día el sistema de seguridad social en salud colombiano, presenta similitudes en ambos regímenes de salud (subsidiado y contributivo), cuyos planes

⁷ COLOMBIA. Ministerio de Salud. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Bogotá: El Ministerio; 2002.

obligatorios de salud (pos-s y pos-c) son similares frente a prestación de servicios de salud y cumplimiento por parte de las entidades aseguradoras.

La última actualización del plan obligatorio de salud se da mediante el acuerdo 029 del año 2011 y la resolución 5221 del año 2013, donde se observa medicamentos, insumos y procedimiento que forman parte de este plan a partir de la actualización de la norma, lo cual trae una serie de beneficios para los usuarios y permite la regulación de precios a medicamentos por parte de los laboratorios mejorando el mercado de los laboratorios en el sistema

5.1.1 Antecedentes de CAPRECOM EPS-S a ley 82 del 16 de noviembre de 1912, creó la Caja de Auxilios en los ramos Postal y Telégrafos, cuyo objeto era reconocer a los empleados de los ramos mencionados la pensión de jubilación y los auxilios por muerte, invalidez, enfermedad, marcha y cesantía.

Mediante el decreto 2661 del 21 de noviembre de 1960, se dispuso que la Caja de Auxilios en los Ramos Postal y Telégrafos, se denominaría Caja de Previsión Social de Comunicaciones y su naturaleza jurídica sería la de un establecimiento público, con autonomía jurídica, administrativa y patrimonial.

El objeto de la Caja de Previsión Social de Comunicaciones era atender las prestaciones sociales de los trabajadores del Ministerio de Comunicaciones, del Servicio de Giros y Especies Postales, de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones y de la misma Caja

El decreto 3267 del 20 de diciembre de 1963 señaló que la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, tendría a cargo las prestaciones sociales y los servicios asistenciales de los empleados del Ministerio de Comunicaciones, de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones, de la Administración Postal Nacional, del Instituto Nacional de Radio y Televisión y de los suyos propios.

La Ley 100 de 1993, entró a regular el Sistema General de Seguridad Social, con los artículos 157, 162 y en el título III, Capítulo I, se creó el Régimen Contributivo y el Plan Obligatorio de Salud.

Mediante la Resolución 0845 del 14 de noviembre de 1995, la Superintendencia Nacional de Salud le otorgó certificado de funcionamiento a CAPRECOM, como entidad promotora de Salud, con el fin de organizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados del régimen contributivo y adicionalmente organizar programas de administración y gestión del régimen subsidiado.

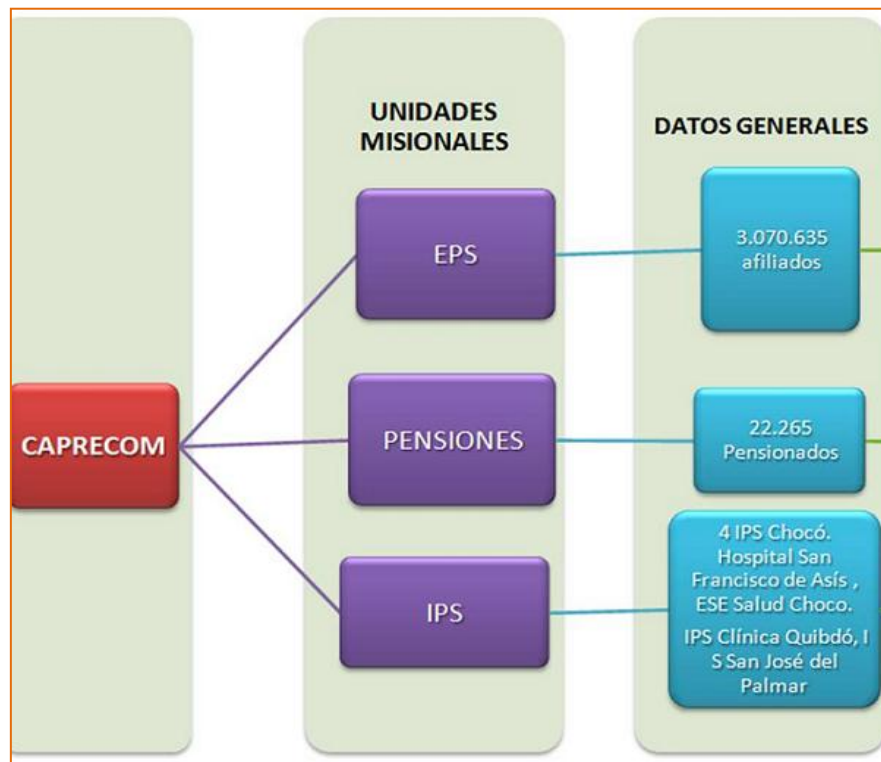
La Ley 314 de 1996 transformó la naturaleza jurídica de CAPRECOM de establecimiento público a Empresa Industrial y Comercial del Estado del Orden Nacional, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente, y en consecuencia su régimen presupuestal y de personal de las Entidades Públicas de esta clase. Vinculada al Ministerio de Comunicaciones. Posteriormente, CAPRECOM, mediante el decreto 1128 de 1999 fue vinculada al Ministerio del Trabajo y Seguridad Social y por decreto 205 de 2003 quedó vinculada al Ministerio de la Protección Social

Respecto al objeto de la empresa, el artículo 2o Ley 314 de 1996 señaló que CAPRECOM operaría en el campo de la salud como Entidad Promotora de Salud (EPS) y como Institución Prestadora de Salud (IPS), de tal forma fue autorizada para ofrecer a sus afiliados el plan obligatorio de salud (POS) en los regímenes contributivo y subsidiado y planes complementarios de salud (PCS) en el régimen contributivo. Adicionalmente, operaría como una entidad Administradora del Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida para aquellas personas que estuviesen afiliadas a 31 de marzo de 1994, sin perjuicio de la libre elección que consagra la Ley 100 de 1993. Igualmente, ordenó la curación del Fondo Común de Naturaleza Pública, FONCAP, para el manejo de los recursos pensionales.

En su función como operadora del Régimen de Prima Media debe administrar los recursos de pensiones en forma independiente y en cuentas separadas de los recursos del Sistema de Salud y de la administración.

En su condición de entidad administradora del Sistema General de Pensiones está bajo el control y vigilancia de la Superintendencia Financiera y como Empresa Promotora de Salud de la Superintendencia Nacional de Salud⁸.

Figura 2 CAPRECOM hoy en día

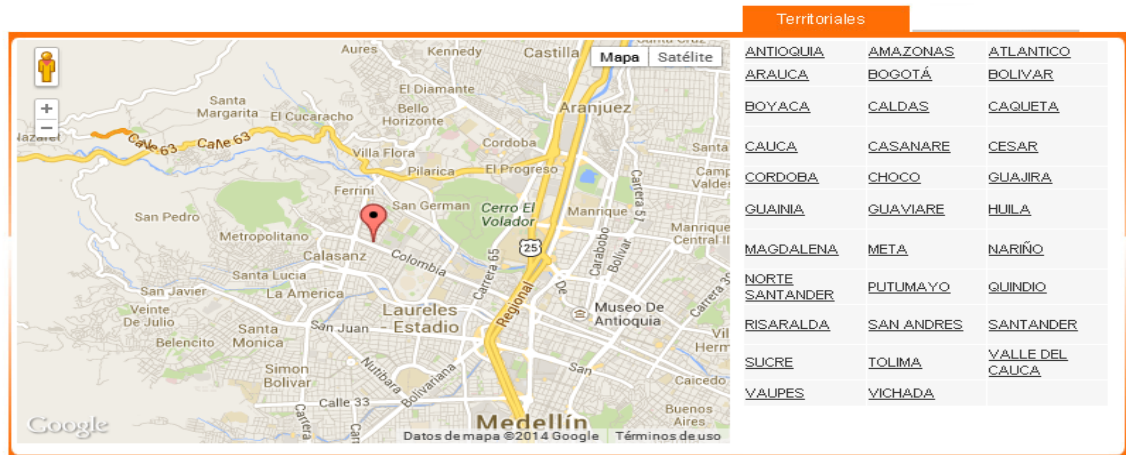


Fuente: CAPRECOM. Historia [en línea] disponible en: <https://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?tipoDoc=Nosotros&idCategoria=3&idsubcat=2>

⁸ CAPRECOM. Historia [en línea] disponible en: <https://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?tipoDoc=Nosotros&idCategoria=3&idsubcat=2>

Las tres unidades misionales de la EPS-S CAPRECOM hacen referencia al manejo de la EPS-S (régimen subsidiado) en el país, manejo de pensiones y 4 instituciones prestadoras de servicios de salud en el departamento del Choco.

Figura 3 CAPRECOM EPS-S en el país



Fuente: CAPRECOM. Historia [en línea] disponible en: <https://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?tipoDoc=Nosotros&idCategoria=3&idsubcat=2>

Actualmente en el país la EPS-S CAPRECOM cuenta con presencia los 32 departamentos del país, brindando una prestación de servicios con cobertura integral en todo el país.

La EPS-S CAPRECOM de la territorial Santander se encuentra ubicada en la carrera 33 con calle 36 esquina en la ciudad de Bucaramanga, está situada en un punto estratégico para la atención de sus usuarios y tienen conectividad permanente con todos los municipios del Departamento de Santander donde existe cubrimiento por parte de la EPS-S

Figura 4. Ubicación CAPRECOM



Fuente: CAPRECOM. Historia [en línea] disponible en: <https://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?tipoDoc=Nosotros&idCategoria=3&idsubcat=2>

Se toma a la territorial Santander como objeto de estudio en primera instancia por la vinculación laboral existente a la fecha con la institución por parte del autor de la tesis de grado, lo cual facilita la obtención de información actualizada y precisa para el objeto de investigación y seguidamente por estar situada la territorial Santander en un punto estratégico de manejo continuo de cuadros clínicos complicados y de alto costo de territoriales como Bolívar, Norte de Santander, Arauca, Tolima, Boyacá y Córdoba.

5.1.2 Enfermedades de alto costo en el sistema general de seguridad social en Colombia Mediante la Resolución No. 5261 del 5 de agosto de 1994, se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 16 de esta misma

Resolución se definen las enfermedades ruinosas o catastróficas como aquellas que presenten una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, escasa

ocurrencia y un mínimo de costo-efectividad; y el artículo 17 define su tratamiento como aquel caracterizado por tener un bajo costo-efectividad en la modificación del diagnóstico y un alto costo. Además enumera las actividades de alto costo incluidas en el Plan obligatorio de salud⁹:

5.1.2.1 Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer

El cáncer es una enfermedad provocada por un grupo de células que se multiplican sin control y de manera autónoma, invadiendo localmente y a distancia otros tejidos. En general, tiende a llevar a la muerte a la persona afectada, si no se trata adecuadamente. Se conocen más de 200 tipos diferentes de cáncer, los más comunes son los de piel, pulmón, mama y colorrectal¹⁰

Para el tratamiento del cáncer se tienen alternativas hoy en día como la cirugía, radioterapia, quimioterapia y el trasplante de médula

La cirugía es el método más empleado para aquellos tumores pequeños y localizados en un lugar concreto. Para que sea completamente eficaz se precisa extirpar parte del tejido que rodea el tumor para asegurar así que todas las células cancerosas han sido extirpadas.

Si el cáncer se ha extendido a otras zonas, a través de la sangre o de la linfa, habrá que realizar otros tratamientos, bien sean añadidos a la cirugía o únicos y distintos a ella.

La radioterapia utiliza partículas de alta energía capaces de penetrar al cuerpo. A través de una máquina, llamada acelerador lineal, se genera y dirigen esas partículas hacia el lugar concreto donde se tengan que aplicar. Las demás zonas del cuerpo se protegen para no recibir la radiación.

⁹ COLOMBIA Ministerio de salud Resolución 5261 de 1994;

¹⁰ Manual CTO de Medicina y Cirugía, tomo I, ISBN 84-930264-3-3. Consultado el 2 de febrero de 2013

La radioterapia utiliza partículas similares a los rayos X, que se utilizan para hacer una radiografía normal, lo que ocurre es que en éstas últimas, la cantidad suministrada es muy pequeña.

La radioterapia puede utilizarse como tratamiento único en aquellos casos en que los tumores sean especialmente sensibles a la radiación y no haya señales de que se haya extendido hacia ningún otro lugar.

El tratamiento conjunto de radioterapia y quimioterapia se utiliza también con frecuencia. A veces, el empleo de quimioterapia antes de la radioterapia hace a las células cancerosas más sensibles a la radiación. Otras se emplean la radioterapia después de la quimioterapia para asegurar la eliminación de todas las células cancerosas¹¹.

La quimioterapia actúa sobre las células que se dividen con gran rapidez, que es lo que suelen hacer las cancerosas. Pero también existen otras células, que no son cancerosas y que también se dividen de forma rápida.

Algunos medicamentos quimioterápicos actúan interrumpiendo la fase donde la célula cancerosa se divide y esto hace que el tiempo de crecimiento sea mayor y que la célula muera.

Otros medicamentos intervienen en todas las fases de la célula. Como las células cancerosas son más frágiles que las normales, resultan más afectadas que las normales, por lo que la acción de los medicamentos recae sobre todo en ellas.

El trasplante de médula ósea se realiza cuando se ha producido un daño en la médula ósea que le impida realizar las funciones que, antes de la quimioterapia,

¹¹ JARAMILLO ANTIÑÓN Juan: El cáncer. Fundamentos de oncología, página 89. Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1991, ISBN 9977-67-177-X.

estaba realizando. Estas funciones consisten en la formación de las células sanguíneas, papel fundamental para la vida humana.

La quimioterapia se administra para destruir las células cancerosas pero, al mismo tiempo, puede dañar la médula ósea y otros órganos. Por esto generalmente no se suelen utilizar dosis muy elevadas.

Cuando el cáncer no desaparece con una dosis moderada de quimioterapia y se requiere, para la curación, administrar otra dosis mayor, junto con el empleo en ocasiones de radioterapia, será necesario realizar un trasplante de médula ósea porque ésta va a ser destruida por la quimioterapia.

Con este trasplante se administra células madre que son productoras de las células que forman la sangre. Las células madre se pueden conseguir directamente de la médula ósea o de la sangre periférica.

En la médula ósea existe una célula madre por cada 2.000 células, para conseguir un número suficiente de células madre hay que extraer casi un litro de médula, por este motivo hay que realizar múltiples pinchazos y el paciente tiene que estar anestesiado¹¹.

5.1.2.2 Diálisis para Insuficiencia Renal Crónica La insuficiencia renal o fallo renal se produce cuando los riñones no son capaces de filtrar adecuadamente las toxinas y otras sustancias de desecho de la sangre. Fisiológicamente, la insuficiencia renal se describe como una disminución en el índice de filtrado glomerular, lo que se manifiesta en una presencia elevada de creatinina en el suero.

En medicina, la diálisis es un tipo de terapia renal conjuntiva usada para proporcionar un reemplazo artificial para la función perdida del riñón debido a

una falla renal. Es un proceso de soporte vital y trata todas las enfermedades de la vejiga. La diálisis puede ser usada para pacientes muy enfermos que han perdido repentinamente su función renal (falla renal aguda) o para pacientes absolutamente estables que han perdido permanentemente su función renal (enfermedad renal en estado terminal). Cuando son sanos, los riñones extraen los productos de desecho de la sangre (por ejemplo potasio, ácido, y urea) y también quitan exceso de líquido en forma de orina¹².

5.1.2.3 Trasplante renal, de corazón, de Médula ósea y de córnea.

Tratamiento médico complejo que consiste en trasladar órganos, tejidos o células de una persona a otra. El órgano trasplantado reemplaza y asume la función del órgano dañado del receptor, salvándole la vida o mejorando la calidad de vida.

Una variedad de órganos macizos y tejidos pueden ser trasplantados, incluyendo riñones, pulmones, corazones, y precursores hematopoyéticos.

Hay algunos riesgos asociados con este procedimiento que dependen del tipo del trasplante, que frecuentemente incluyen infección y rechazo del injerto¹³.

5.1.2.4 Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, conocido por su acrónimo sida, es el conjunto de enfermedades de muy diverso tipo (generalmente, procesos infecciosos o tumorales) que resultan de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

¹² GONZALEZ C, Schwedt E, Ferreiro A, Sola L, Romero J, Mazuchi M. Registro Uruguayo de Diálisis Informe Anual 2007. sociedad uruguaya de Nefrología, Fondo Nacional de Recursos. Uruguay 2007

¹³ SHOEMAKER, William C. «Capítulo 182: Aspectos del trasplante pulmonar relacionados con la Terapia intensiva. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva (4a edición). Médica Panamericana. 2002

El uso de medicamentos combinados puede controlar la replicación del virus y fortalecer el sistema inmunitario; la consecuencia es que la infección se convierte en crónica y no deriva en sida, algo que, en su evolución natural y en la mayoría de los pacientes, ocurriría, como media, a los diez años del contagio, produciéndose la muerte en un periodo de tres a cinco años

Actualmente existen medicamentos llamados antirretrovirales los cuales inhiben enzimas esenciales la transcriptasa reversa, retro transcriptasa o la proteasa, con lo que reducen la replicación del VIH

De esta manera se frena el progreso de la enfermedad y la aparición de infecciones oportunistas, así que aunque el sida no puede propiamente curarse, sí puede convertirse con el uso continuado de esos fármacos en una enfermedad crónica compatible con una vida larga y casi normal.

La enzima del VIH, la retro transcriptasa, es una enzima que convierte el ARN a ADN, por lo que se ha convertido en una de las principales dianas en los tratamientos antirretrovirales¹⁴

5.1.2.5 Tratamiento quirúrgico para enfermedades de corazón y del Sistema Nervioso Central. La neurorradiología es una rama de las neurociencias que se enfoca en el diagnóstico y tratamiento de problemas del sistema nervioso.

La neurorradiología intervencionista consiste en introducir diminutas sondas flexibles llamadas catéteres en los vasos sanguíneos en el área inguinal y pasarlas hacia los vasos sanguíneos que van al cerebro. Esto le permite al médico tratar trastornos vasculares que pueden afectar el sistema nervioso, como un accidente cerebrovascular.

¹⁴ ECHEVARRÍA Lucas, Lucía; DEL RÍO PARDO María José, Manuel Causse del Río: El sida y sus manifestaciones oftalmológicas. España, 2006

La neurocirugía abierta o tradicional se puede necesitar en algunos casos para tratar problemas en el cerebro y las estructuras circundantes. Se trata de una cirugía más invasiva en donde se requiere que el cirujano realice una abertura, llamada craneotomía, en el cráneo.

Los tratamientos de neuroradiología intervencionista (o terapia vascular) abarcan:

- Angioplastia con globo y colocación de stent en la carótida o la arteria vertebral
- Embolización endovascular y colocación de espirales para tratar aneurismas cerebrales
- Terapia intrarterial para accidente cerebrovascular
- Oncología radioterápica del cerebro y la columna vertebral
- Estimulación cerebral profunda
- Cirugía de la columna¹³

5.1.2.6 Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito Por anomalía congénita, entendemos aquellas anomalías que afectan a la estructura, función o metabolismo y que están presentes en el momento del nacimiento. Estas anomalías pueden provocar discapacidades mentales o físicas o incluso la muerte. Hay más de 4.000 anomalías congénitas diferentes, de leves a muy graves y, aunque muchas de ellas se pueden tratar o curar, son la principal causa de muerte durante el primer año de vida ¹⁵

5.1.2.7 Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor Tratamientos enfocados a procedimientos invasivos quirúrgicos para traumatismos principalmente ortopédicos y neurológicos, los cuales sus causas de aparición se dan principalmente por lesiones personales, accidentes de tránsito y contusiones corporales por diferentes causas.

¹⁵ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades. Segunda edición. Washington, DC. 1985; p. 73 - 80.

Estos tratamientos requieren en su mayoría de oportunidades de material de osteosíntesis el cual garantiza la reducción de la lesión existente y su recuperación en tiempos considerables.

5.1.2.8 Terapia en Unidad de Cuidados Intensivos Una unidad de cuidados intensivos (UCI), unidad de vigilancia intensiva (UVI) o centro de tratamiento intensivo (CTI) o Unidad de terapia intensiva (UTI) es una instalación especial dentro del área hospitalaria que proporciona medicina intensiva. Los pacientes candidatos a entrar en cuidados intensivos son aquellos que tienen alguna condición grave de salud que pone en riesgo la vida y que por tal requieren de una monitorización constante de sus signos vitales y otros parámetros, como el control de líquidos. Muchos hospitales han habilitado áreas de cuidados intensivos para algunas especialidades médicas.

Dependiendo del volumen de pacientes ingresados puede haber varias unidades de cuidados intensivos especializadas en diferentes áreas de la Medicina, como son:

- Cuidados intensivos cardiológico o unidad coronaria.
- Unidad postoperatoria de cirugía cardíaca.
- Trasplante de órganos.
- Cuidados intensivos psiquiátricos.
- Unidades de cuidados intensivos pediátricos, que deben diferenciarse de las
- Unidades neonatales, cuyos pacientes se mueven en un rango estrecho de edad (desde el nacimiento hasta el día 28 de edad) conocido como período neonatal¹⁵.

5.1.2.9 Reemplazos articulares La cirugía de reemplazo articular, o artroplastia, es un procedimiento en el que se saca la articulación dañada y se pone una articulación artificial en su lugar. Una articulación es el lugar donde se unen dos o más huesos, como la rodilla, la cadera o el hombro. Por lo general, un cirujano

ortopedista es quien realiza la cirugía. A veces el cirujano no saca toda la articulación, sino que reemplaza o repara sólo las partes dañadas.

El médico podría recomendarle el reemplazo articular para mejorar su calidad de vida. La cirugía de reemplazo articular puede aliviar el dolor y ayudarlo a moverse con más facilidad. Las caderas y las rodillas son las articulaciones que con mayor frecuencia se reemplazan. Otras articulaciones que se pueden sustituir son los hombros, las articulaciones de los dedos, los tobillos y los codos¹⁶.

5.2 GLOSARIO

- Aseguramiento: derecho a la afiliación y prestación de servicios de salud por parte de una entidad promotora y aseguradora de salud
- EPS: entidad promotora y aseguradora de servicios de salud
- IPS: institución promotora de servicios de salud
- UPC: unidad de pago por capitación en el sistema de salud, equivale a que valor se paga por usuario afiliado en el sistema
- NO POS: medicamentos, procedimientos y aditamentos en salud excluidos del plan obligatorio de salud
- FOSYGA: fondo de solidaridad y garantía en salud

¹⁶ ZAY L y CAMERON HU Artroplastia total de rodilla posterior a fracturas condíleas, clin orthop 2004

- Régimen Subsidiado: régimen de salud caracterizado por su vinculación de personas que no tienen capacidad de pago
- Régimen Contributivo: régimen de salud caracterizado por personas que ostentan capacidad de pago al sistema de salud
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS): Se define como el organismo de concertación entre los diferentes integrantes del sistema. Su finalidad es la de constituirse en un órgano plural de concertación entre funcionarios del sector central, descentralizado y miembros de la sociedad civil relacionados con el servicio de salud.
- POS (Plan Obligatorio de Salud): Protección Integral de las familias, en las fases de promoción y fomento de la salud y las de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad
- Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito: los primeros deben ser atendidos por cualquier entidad con cargo al Fondo de Solidaridad y Garantía. Los segundos son cubiertos por el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
- Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad: este mecanismo hace referencia a la atención de la salud pública en el país. La responsabilidad central reside en los distintos organismos del Estado. El Ministerio de la Protección Social y los Entes territoriales del orden departamental, distrital y municipal.
- Siniestralidad: Conjunto de eventos presentados y objeto de cobertura por un seguro. Se diferencia del concepto de “riesgo”, pues mientras el primero

expresa una certeza el segundo se relaciona con la probabilidad de ocurrencia de un evento.

- Sistema de seguridad social: es el sistema mediante el cual el estado garantiza el derecho a la seguridad social a todos los habitantes del territorio nacional, previsto por la Constitución Política de Colombia, el Sistema General de Seguridad es regido por los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad y específicamente por el de obligatoriedad en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. (Fosyga).
- Superintendencia Nacional de salud: La Superintendencia Nacional de Salud, es la dependencia del gobierno, encargada de la Inspección Vigilancia y Control del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A través de ella se garantiza el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos. Por eso es un organismo de carácter técnico, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.
- Riesgo: es la vulnerabilidad ante un potencial perjuicio o daño para las unidades, personas, organizaciones o entidades
- Niveles de complejidad: hace regencia a cada uno de los campos de operatividad médica en una institución de salud, la cual se refleja en prestación de servicios así: NIVEL I Médico General y/o personal auxiliar, y otros profesionales de la salud, NIVEL II Médico General con Interconsulta, remisión, y/o asesoría de personal o recursos especializados y NIVEL III Y IV Médico Especialista con la participación del médico general

5.3 MARCO TEÓRICO

5.3.1 Estructura del sistema y ajuste del riesgo Entendiendo que la salud es la resultante de la interacción armónica de las condiciones biológicas, psíquicas, sociales y culturales del individuo, con su entorno y con la sociedad, que le permite acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida y la salud pública como el compromiso de la Sociedad (individuos e instituciones) con su ideal de salud , el estado colombiano creó el Sistema de Seguridad social Integral en Colombia que reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos con el fin principal de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana, haciendo parte del Sistema de Protección Social junto con políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social.

El sistema de Salud colombiano está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en lo operativo al sector privado y público. El sistema vigente en Colombia está reglamentado en su génesis por la Ley 100, expedida en 1993 (con dos reformas posteriores, ley 1122 de 2007 y ley 1438 de 2011), la cual reglamente el sistema de seguridad social integral.

La estructura del Sistema está compuesta básicamente por 4 participantes (sin contar en ellos a los pacientes):

El estado: Actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que define las coberturas del plan de beneficios –prestaciones en salud- del país y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como garantes de la población y deben administrar eficientemente los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada Unidad de Pago por Capitación, gestionando el riesgo en salud de su población y aseguran la disponibilidad de la red adecuada de prestación de servicios para que su afiliados reciban los servicios de prevención, atención y rehabilitación. Se encargan de caracterizar la población y movilizarla y diseñar y asegurar los modelos de atención.

Los prestadores: Son instituciones prestadores de servicios de salud (IPS), encargadas de realizar directamente el servicio de salud a los usuarios, hacen parte de la red de servicios de una o varias aseguradoras y deben articularse en ella para asegurar una ruta segura para el usuario. Pueden recibir población a cargo (se denominan primarias, básicas o puerta de entrada) o dedicarse solo a recibir población remitida para la prestación de un servicio específico de salud.

Los proveedores: Es el grupo de empresas de la industria farmacéutica, de insumos y tecnología que interactúa de diversas formas con el estado, las aseguradoras, los prestadores y los pacientes.

Ajuste del Riesgo en salud: Colombia tiene lo que se denomina una Prima Fija, mínimamente ajustada razón por la cual, al igual que en muchos otros países con sistemas de seguridad social y primas con valor promedio fijo anual para toda la población se generan incentivos para la selección de riesgos o selección de la población, entre aseguradoras, ya que una aseguradora no recibirá una mejor prima si tiene una población con siniestralidad y en cambio continuara recibiendo la misma prima si logra tener la población lo más libre posible de pacientes con patologías crónicas, degenerativas o de alto costo.

Es necesario entonces, que la prima plana se vuelva más predictiva mejorando su metodología de cálculo, estimando la probabilidad de consumo y costo en función de la edad, el género y la ubicación geográfica, por lo menos¹⁷.

Sin embargo, la evidencia teórica y operativa a nivel mundial hasta ahora, ha demostrado que aun los modelos más avanzados que ajustan por perfil epidemiológico solo logran una predicción del 40% del comportamiento y sobre todo; se cumplen para los eventos generales de la población general, pero no para aquellas patologías de alto costo o baja frecuencia que se encuentran en los extremos de la distribución¹.

Es necesario en Colombia que se cuente con un mecanismo complementario de ajuste adicional para los eventos de alto costo y para los de muy baja prevalencia que permita entre los casos de una misma patología aplicar un modelo matemático adicional propio, que no es posible en la ajuste general de UPC².

5.3.2 Riesgo financiero en instituciones de la salud Algunas experiencias históricas de administración del riesgo financiero. Los comerciantes chinos se encuentran entre los primeros comerciantes en ejecutar acciones de administración del riesgo financiero en el comercio y los acuerdos comerciales. Los comerciantes que envían sus mercancías en el río Yangtze nunca podían estar seguros de que sus bienes llegarían con seguridad a los centros de comercio río abajo. No era inusual que un barco mercante se hundiera con la consecuente pérdida no solo de la carga sino también del barco, porque algunos tramos del río difíciles para navegar o presentaban lo que los marinos denominan “aguas traicioneras”. Para evitar la pérdida total, los comerciantes coordinaban sus actividades de transporte marítimo y distribuían la carga entre varios barcos. Si un barco y su carga fueran destruidos durante un viaje, el comerciante sólo sufría la

¹⁷ COLOMBIA Ministerio de salud y protección social. Ley 1438 de 2011,

pérdida parcial en lugar de una pérdida total de la carga. Al poner en común sus intereses, estos comerciantes tenían una mayor garantía de no perderlo todo¹⁸.

A finales de la década de 1600, las personas interesadas en invertir o participar financieramente en el transporte marítimo y el comercio de las empresas dedicadas a estas actividades, se reunían en casa de Edward Lloyd Coffee House en Londres. Las notificaciones de los viajes comerciales que se publicaban mostraban información del tipo de buque y de su carga, el destino, la tripulación y el capitán. Las personas escribían sus nombres en estos avisos con la cuantía de la responsabilidad que asumirían en caso de una pérdida en el transporte durante la vía del mar. Cada suscriptor comprometía un valor con un monto máximo predefinido por la carga y el barco para cubrir un porcentaje de la pérdida, si llegara a suceder, a cambio de una prima por asumir este riesgo¹⁹.

Al igual que los anteriores casos, en el sistema de salud, durante la operación se arriesgan diferentes elementos, entre ellos la vida de las personas, por lo tanto además de las estrategias de procedimiento médico y administrativo que puedan ejecutarse, existen también estrategias de tipo financiero. Los fundamentos de la gestión financiera del riesgo para un viaje por el río Yangtze, o para los riesgos en los sistemas de salud son esencialmente los mismos, incluyendo algunos o varios de los siguientes²⁰:

- La necesidad de anticipar, prever o inventariar los riesgos de las operaciones
- Un plan o los medios para hacer frente financieramente a una pérdida en caso de que ocurra
- La oportunidad o posibilidad de colocar o distribuir el riesgo financiero entre varios participantes

¹⁸ BERNSTEIN Peter. *Against the gods: The remarkable story of risk*. New York: Wiley, 1996.

¹⁹ Manual directrices de gestión del riesgo, complementa la NTC 5254:2006; ICONTEC, 2009

²⁰ GAO Siwei, POWERS Michael R., CHAPMAN Zaneta A. A risk-based risk finance paradigm. *Journal of Financial Transformation*, 2.012, vol. 35, p. 173-178.

- La transferencia del riesgo a terceros
- Compartir el riesgo entre otros con riesgos similares
- Utilizar contratos escritos para justificar los acuerdos de financiación en el caso de una pérdida
- La identificación formas sencillas, menos costosas y más creativas para financiar las pérdidas sin poner en peligro la integridad financiera de quienes operan

En la actualidad, la gestión financiera del riesgo es vista como un tema complejo, con contratos legales, de contabilidad sofisticada, y de regulaciones gubernamentales innumerables.

5.3.3 Administración del riesgo Cualquiera que sea el ámbito de la atención de salud, la administración de riesgos efectiva requiere ciertos componentes básicos elementales²¹: Elementos estructurales claves, un alcance suficiente para cubrir todas las categorías aplicables de riesgo, estrategias de riesgo adecuadas, y políticas y procedimientos escritos.

El desarrollo de un programa integral de gestión de riesgos debe afrontar una serie de consideraciones específicas. Un esfuerzo eficaz de gestión de riesgos se basa en los elementos estructurales clave mencionados en el párrafo anterior que permiten ejecutar un plan y aprobar los cambios necesarios en las políticas de la organización. El programa debe definir con claridad el alcance de los riesgos que deben gestionarse, incluyendo una evaluación de los riesgos asociados con los pacientes, el personal médico, los empleados, las entidades, los activos físicos y otros riesgos que someten a la organización a posibles responsabilidades o que son una amenaza de pérdidas. Las estrategias de gestión de riesgos deben construirse como una mezcla de técnicas para prevenir o reducir las pérdidas potenciales y preservar los activos de la organización¹⁹.

²¹ KUHN A. M. Introduction to Risk Management. The Risk Manager's Desk Reference. Gaithersburg, Md.: Aspen, 1988

La última pieza fundamental es un conjunto de políticas y procedimientos escritos que aseguren la uniformidad y la coherencia del programa de gestión y ayuden en la comunicación del programa a las partes afectadas. A continuación se describe la forma cómo cada una de las consideraciones anteriores contribuye a la eficacia de un programa de gestión de riesgos.

Elementos claves en la estructuración de la Gestión del Riesgo. La estructura exacta de un programa de gestión del riesgo en una organización de salud depende del tamaño y la complejidad de sus funciones y el ámbito de aplicación de otros servicios que ofrece. Si una institución se encuentra en su etapa inicial del programa de gestión de riesgos o está tratando de renovar o ampliar un programa existente, la atención en los factores estructurales ayudará a asegurar que el programa cuenta con una base sólida.

Autoridad: Debe existir una persona encargada de la gestión de riesgos dentro de la organización quien debe mantener la autoridad suficiente y el respeto para promulgar los cambios en la práctica clínica, las políticas y procedimientos, y el comportamiento de los empleados y el personal médico que son necesarios para un pleno compromiso.

Cuando el profesional de gestión de riesgos es a tiempo parcial, especialmente en aquellos que ven las responsabilidades de gestión de riesgos como un segundo plano con respecto a sus otras responsabilidades de trabajo, podrían encontrar dificultades para adquirir la amplia gama de conocimientos especializados necesarios para cumplir a cabalidad sus obligaciones de gestión de riesgos y para estar al tanto de los cambios y los desarrollos legales y reglamentarios que a menudo son complejos y que afectan a la organización y al sector de la salud.

Visibilidad: El profesional de la gestión de riesgos debe tener visibilidad en la organización. Ningún individuo puede realizar todas las funciones de un programa

de gestión integral de riesgos solo, incluso en un centro de atención médica pequeño. Por lo tanto, es necesario que la organización busque a través de la educación y la comunicación, fomentar una toma de conciencia de las prácticas y técnicas entre la alta dirección y el consejo de administración, los miembros del personal médico de gestión de riesgos, y los empleados en todos los niveles de la organización.

Comunicación: Para anticipar dificultades de gestión de riesgos y oportunidades ante la división de las responsabilidades en el sistema de salud, el profesional de la gestión de riesgos debe estar informado continuamente y así mismo comunicar a la gerencia de las diferentes normas que surjan en el sistema de salud.

Coordinación: Para lograr una adecuada integración del programa de gestión de riesgos entre los diferentes departamentos y áreas funcionales, el encargado (profesional) de la gestión de riesgos debe: a) comunicar y buscar aprobación de parte de las altas directivas de la organización sobre los objetivos esperados y sus logros; b) recibir de parte del encargo financiero información sobre los límites posibles para el pago de las atenciones y por ende permite al gestor de riesgos tomar medidas con base en estas consideraciones; c) el director científico provee información sobre el tipo de atenciones especiales, sus frecuencias y ocurrencias; d) de las enfermeras, quienes proveen información sobre la estructura de la organización para proveer el servicio y los riesgos asociados a ésta.

Responsabilidad: El encargado de la gestión de riesgo en cada organización debe tener una descripción escrita de su trabajo que describa las responsabilidades claves de su gestión. Las evaluaciones de desempeño anuales, las metas y los objetivos de gestión de riesgos cuantificables deben llevarse a cabo para medir y documentar la eficacia en el cargo. El profesional de la gestión de riesgos debe presentar un informe anual a la alta dirección y el consejo de administración, que resume las reclamaciones, seguros y actividades del programa de gestión del

riesgo y documenta los progresos realizados hacia el logro de las metas establecidas.

El alcance de la gestión del riesgo. El propósito de un programa de gestión de riesgos de salud es proteger a la organización contra los riesgos asociados a las pérdidas accidentales, independientemente de la causa. Uno de los componentes básicos de un programa efectivo es el alcance suficiente para cubrir todas las posibles fuentes de riesgo. Aunque muchos profesionales de la gestión de riesgos se centran en los aspectos de responsabilidad profesional de la medicina y el cuidado de la salud, la disciplina se extiende a muchas otras áreas que son igualmente importantes para la supervivencia de la organización de salud.

Riesgos relacionados con el cuidado del paciente: Dada la alta proporción de los costes de gestión del riesgo en la atención de salud asociados con las reclamaciones de responsabilidad profesional médica y las primas de seguros y el actual enfoque en temas de seguridad del paciente, no es de extrañar que la mayoría de los esfuerzos de gestión de riesgos del cuidado de la salud comienzan con el cuidado del paciente²²:

- Protección de los pacientes del abuso y la negligencia y del asalto por otros pacientes, visitantes o personal
- Asegurarse del consentimiento informado del paciente sobre el tratamiento médico a realizar
- Trato no discriminatorio de los pacientes, independientemente de su raza, religión, origen nacional, o la forma de pago
- Protección de los objetos de valor de los pacientes
- Triage adecuado, estabilización y traslado de pacientes que acuden a los departamentos de emergencia

²² HEAD G. L., y KWOK Sze. Risk Management for Public Entities. Malvern Pa.: Center for the Advancement of Risk Management Education, 1999, pp. 4 – 5.

- La participación de pacientes en estudios de investigación y el uso de drogas experimentales y procedimientos médicos

Riesgos relacionados con el Staff médico: Estrechamente relacionado con el cuidado del paciente se encuentran las cuestiones de gestión de riesgos relacionadas con el personal médico y otros profesionales de la salud. Muchos, si no la mayoría, de las ocurrencias potencialmente graves relacionadas con la prestación de la atención clínica del paciente implican al personal médico y similares. Es imprescindible incluir a los médicos en los programas de gestión de reclamaciones, de prevención de pérdidas y obtener su apoyo para las actividades generales de gestión de riesgos. De especial importancia son los siguientes riesgos²³:

- Mantener la confidencialidad y la protección de los datos generados en los procesos de intervención clínica
- Identificación y capacidad de los médicos y otros proveedores con acreditación que representen una amenaza para el paciente o la seguridad de los empleados
- Acuerdos e incentivos financieros a los médicos para evitar el fraude y el abuso u otras consecuencias

Riesgos relacionados con los empleados: De evidente importancia es el mantenimiento de un ambiente de trabajo seguro para los empleados, lo que reduce el riesgo de enfermedades y lesiones en el trabajo, y su indemnización. En este sentido, es importante que los profesionales de la gestión de riesgos mantengan un conocimiento práctico de las leyes o regulación al respecto.

Riesgos asociados a los activos: Muchas entidades de la salud tienen activos inmobiliarios significativos, incluyendo las grandes estructuras de hospitales y

²³ KRAUS G. P. Health Care Risk Management: Organization and Claims Administration. Owings Mills, Md.: National Health Publishing, 1986.

clínicas, edificios de oficina médica y equipos de procesamiento de datos médicos muy valiosos. Es responsabilidad de los profesionales de gestión de riesgos proteger estos activos de pérdidas debidas a desastres naturales y otros peligros que podrían dañar o destruirlos. Además, las instituciones de atención de la salud, por lo general mantienen una gran cantidad de papel y documentos electrónicos que son esenciales para las operaciones en curso de la entidad, y que deben ser protegidos de daños o robos²⁴.

Muchos empleados del cuidado de la salud manejan habitualmente dinero en efectivo, cheques y tarjetas de crédito en el ejercicio de sus funciones de trabajo. Los hospitales y asilos de ancianos a menudo se enfrentan a la salvaguarda de efectivo y otros objetos de valor pertenecientes a los pacientes y residentes.

Riesgos Financieros: Existen al menos dos áreas de riesgo financiero con la que el profesional de la gestión de riesgos debe preocuparse²⁵.

En primer lugar, los directores y funcionarios de las organizaciones de atención de la salud, como los de otras entidades corporativas, pueden hacer frente a la responsabilidad impuesta por los accionistas u otras personas que alegan una conducta inapropiada de los directores y de los deberes oficiales.

En segundo lugar, los profesionales de gestión del riesgo que representan los intereses de empresas proveedoras de servicios de salud, como en el caso colombiano que corresponden a las EPS como administradoras y a las IPS como proveedoras directas del servicio, en donde trabajan en base a un contrato de prestación del servicio (normalmente a través de acuerdos de pago por capitación), deben tener en cuenta las opciones disponibles para limitar los riesgos financieros inherentes a tales acuerdos.

²⁴ JESSEE. Op cit. 1984

²⁵ ROWLAND y ROWLAND. Op cit. 1993.

5.4. MARCO LEGAL

5.4.1 Normatividad vigente La normatividad vigente en la cual está identificado el manejo de las enfermedades de alto costo en colombiana hace referencia en forma inicial a la ley 100 del año 1993, posteriormente a sus reformas la ley 1122 del año 2007 y por ultimo a la ley 1438 del año 2011.

De igual forma es necesario mencionar que existe la resolución 5221 del año 1994 en la cual se habla de las enfermedades de alto costo, su manejo y demás directrices de funcionamiento para el tratamiento del cuadro clínico; hoy en día el acuerdo 008 del año 2009, el acuerdo 029 del año 2011 y la resolución 5221 del año 2013, las cuales hacen referencia e indican de forma diferente las nuevas actualizaciones del plan obligatorio de salud colombiano, donde se evidencia, inclusiones de tecnologías nuevas, aclaraciones de cobertura y cambios estructurales de descripción de las coberturas en el caso de procedimientos y medicamentos

5.4.2 Cuenta de alto costo La cuenta de alto de Alto Costo de Colombia (CAC) además de ser un Fondo Inter-EPS auto gestionado, que estabiliza el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo, es un Organismo Técnico no gubernamental del SGSSS que constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo como fenómeno de gran impacto en el país, mediante articulación de Sociedades Científicas, Instituciones Prestadoras, Asociaciones de pacientes y Aseguradoras, que promueve la gestión de riesgos en EPS e IPS mediante pedagogía, difusión de experiencias exitosas, instrumentación y la creación de referentes técnicos, para disminuir la tendencia de nuevos casos de alto costo y

procurar la calidad técnico-científica en el manejo de los casos existentes con el fin de disminuir los eventos evitables derivados²⁶.

Esta cuenta de alto costo tiene como objetivos: Aplicar mecanismos de ajuste de riesgo para procurar equilibrio entre los actores que operan en el Sistema, compensando la concentración de riesgos que presentan algunas de ellas.

Contribuir en entregar mayor protección de salud a la población afiliada en general, y en particular, a los grupos de riesgo que, hasta ahora, han sido Discriminados o seleccionados³⁰.

²⁶ COLOMBIA Ministerio de salud y protección social; 2011

6. IMPACTO FINANCIERO DADO POR LAS ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

El impacto financiero en la EPS-S CAPRECOM de la ciudad de Bucaramanga, evidenciado por el manejo y resolutivez de cuadros clínicos de enfermedades de alto costo se resumen en una serie de aspectos determinados así:

6.1 ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Las enfermedades de alto costo se definen en el manual de actividades, procedimientos e intervenciones del plan obligatorio de salud, como aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo expectativa de cura en su tratamiento:

1. Trasplante (renal, cardiaco, medula ósea, cornea, hígado)
2. Diálisis peritoneal y hemodiálisis
3. Neurocirugía (sistema nervioso central)
4. Cirugía cardiaca
5. Reemplazos articulares
6. Manejo médico quirúrgico de gran quemado
7. Manejo del trauma mayor
8. VIH
9. Quimioterapia y radioterapia para cáncer
10. Unidad de cuidados intensivos
11. Manejo quirúrgico enfermedades congénitas²⁷

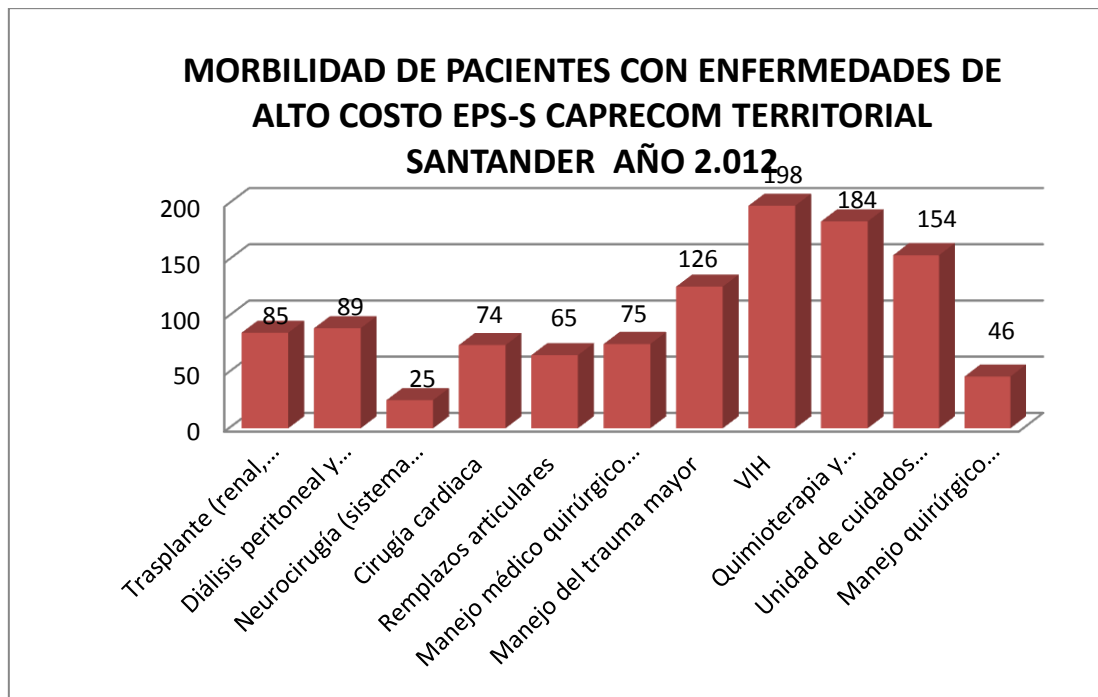
²⁷ SALUD COLOMBIA EPS. Protocolos [en línea] disponible en: <http://saludcolombiaeps.com.co/salud/protocolos/pt%20alto%20costo%20sceps.pdf>

Estas enfermedades de alto costo se definieron en el marco contextual y se entiende su clasificación debido a que sus tratamientos son considerados extremadamente costosos y los cuales encontrarlos en el mercado actual de salud es muy complicado.

6.2 MORBILIDAD DE USUARIOS CON ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA EPS-S CAPRECOM AÑO 2.012

Para el año 2.012, la EPS-S CAPRECOM contó en sus bases de datos de afiliados a corte 31 de diciembre de 2.012 a 108.455 usuarios en total, de los cuales 1.121 usuarios ostentan calidad de cuadros clínicos con enfermedades de alto costo.

Gráfico 1 Morbilidad pacientes con enfermedades de alto costo EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012

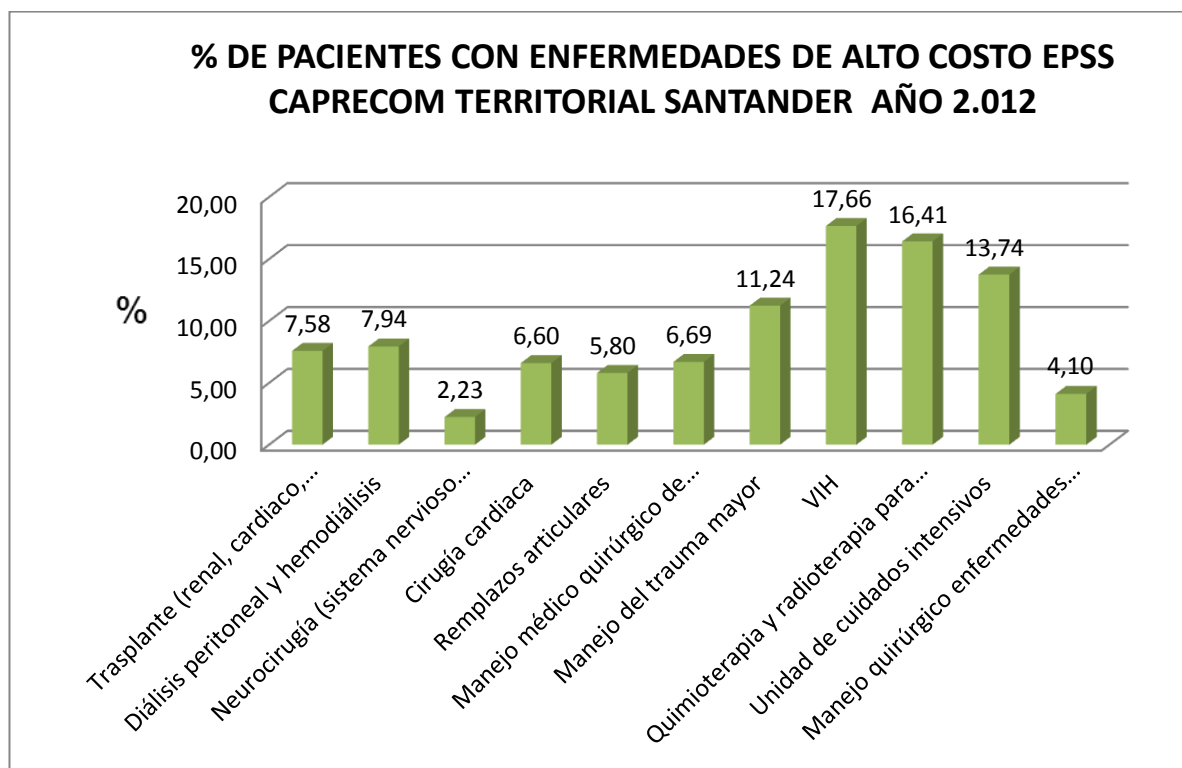


Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

La grafica 1 hace referencia a la prevalencia de usuarios pertenecientes a la EPS-S CAPRECOM territorial Santander con enfermedades de alto costo en el año 2.012, lo cual representa el 1.03% (1.121 Usuarios) de los usuarios presentan enfermedades de alto costo en la EPS-S.

De igual forma se observa que el mayor número de usuarios hace referencia a los pacientes de VIH (198 usuarios), seguido por los usuarios correspondientes a quimioterapia y radioterapia para cáncer (184 usuarios), la patología de alto costo de neurocirugía (sistema nervioso central) representa la menor prevalencia de usuarios en la institución (25 usuarios).

Gráfico 2 % Pacientes con enfermedades de alto costo EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012



Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

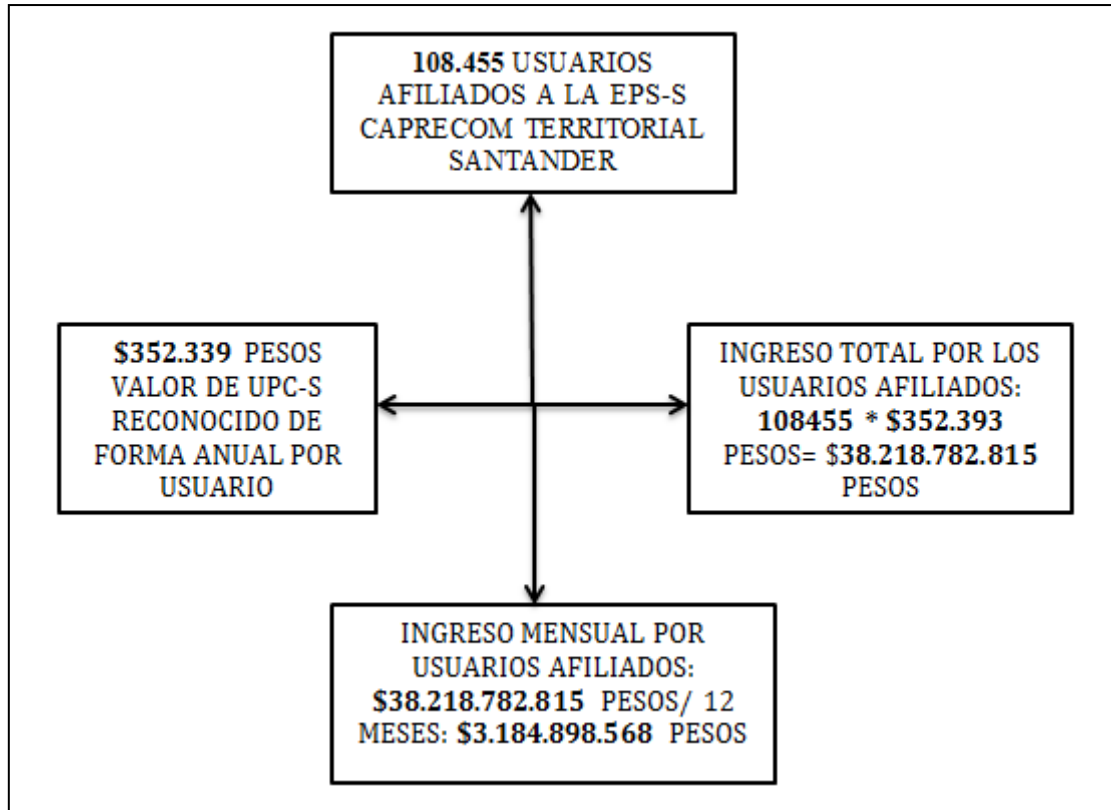
La grafica 2 hace referencia al porcentaje de usuarios que ostentan calidad de enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander, donde se evidencia que la enfermedad relacionada con VIH representa el 17.66% del total de las enfermedades de alto costo identificadas en la institución.

6.3 UNIDAD DE PAGO PER CAPITA POR USUARIOS

Para determinar la unidad de pago por capitación es necesario conocer el ingreso base por usuario que se obtiene en el año 2.012, el número de usuarios y realizar la conversión a valores reales con el fin de identificar cuanto ingreso mensualmente por usuarios afiliados y que cumplieran todas las condiciones exigidas por el ministerio de protección social para el respectivo giro de ingresos por UPC-S a usuarios afiliados.

- Número de afiliados en el sistema de base de datos de la EPS-S territorial Santander: 108.455 usuarios
- Valor de UPC-S reconocido de forma anual por usuario: \$352.339 pesos (este valor es determinando según el ministerio de protección social, teniendo en cuenta análisis del costo en salud).
- Ingreso total por los usuarios afiliados: $108455 * \$352.393$ pesos = \$38.218.782.815 pesos (treinta y ocho mil doscientos dieciocho millones setecientos ochenta y dos mil ochocientos quince pesos md/cte).
- Ingreso mensual por usuarios afiliados: $\$38.218.782.815$ pesos / 12 meses: \$3.184.898.568 pesos (tres mil ciento ochenta y cuatro millones ochocientos noventa y ocho mil quinientos sesenta y ocho pesos md/cte).

Figura 5 Unidad de pago per cápita definida para la EPS-S



Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

La figura 1 hace referencia al ingreso per cápita por el número de usuarios que recibe la EPS- CAPRECOM territorial Santander en el año 2.012, se debe entender que con el ingreso de estos recursos de forma mensual o anual es que la EPS-S realiza una contratación de su red prestadora de servicios de salud para el primer, segundo y tercer nivel de complejidad, así como para la contratación de red prestadora para el manejo del alto costo y entrega de medicamentos del mismo. De igual forma se debe garantizar la cobertura total de los servicios de salud a la población afiliada y buscar los recursos necesarios

6.4 MATRIZ DE CONTRATACIÓN DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPS) QUE MANEJAN ENFERMEDADES DE ALTO COSTO EN LA EPS-S

En el año 2.012 la EPS-S CAPRECOM realizó una serie de contratos con red prestadora de servicios de salud de alto costo junto con medicamentos los cuales se evidenciaron así:

Tabla 2 Matriz de contratación red prestadora de servicios de salud para el manejo de enfermedades de alto costo EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD	MANEJO DE ENFERMEDAD DE ALTO COSTO CONTRATADA	VALOR DE CONTRATO	TIEMPO
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	TRASPLANTE (RENAL, CARDIACO, MEDULA ÓSEA, CORNEA, HÍGADO)	\$1.600.000.000	5 MESES
FUNDACIÓN RENAL	DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS	\$90.000.000	4 MESES
FUNDACIÓN OFTALMOLÓGICA DE SANTANDER (FOSCAL)	NEUROCIRUGÍA (SISTEMA NERVIOSO CENTRAL)	\$1.585.000.000	5 MESES
FUNDACIÓN CARDIOVASCULAR DE COLOMBIA	CIRUGÍA CARDIACA	\$1.600.000.000	5 MESES

Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIO DE SALUD	MANEJO DE ENFERMEDAD DE ALTO COSTO CONTRATADA	VALOR DE CONTRATO	TIEMPO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	REPLAZOS ARTICULARES	\$3.000.000.000 *	5 MESES
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO DE GRAN QUEMADO	\$3.000.000.000	5 MESES
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	MANEJO DEL TRAUMA MAYOR	\$3.000.000.000 *	5 MESES
VIHONCO	VIH	\$10.744.080.000**	
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA CÁNCER	\$3.000.000.000 *	5 MESES – 6 MESES
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	\$3.000.000.000 *	5 MESES
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	MANEJO QUIRÚRGICO ENFERMEDADES CONGÉNITAS	\$3.000.000.000 *	5 MESES
DISFARMA	MEDICAMENTOS ALTO COSTO O COMPLEJIDAD	\$200.000.000	3 MESES
TOTAL		\$ 17.219.080.000	

Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

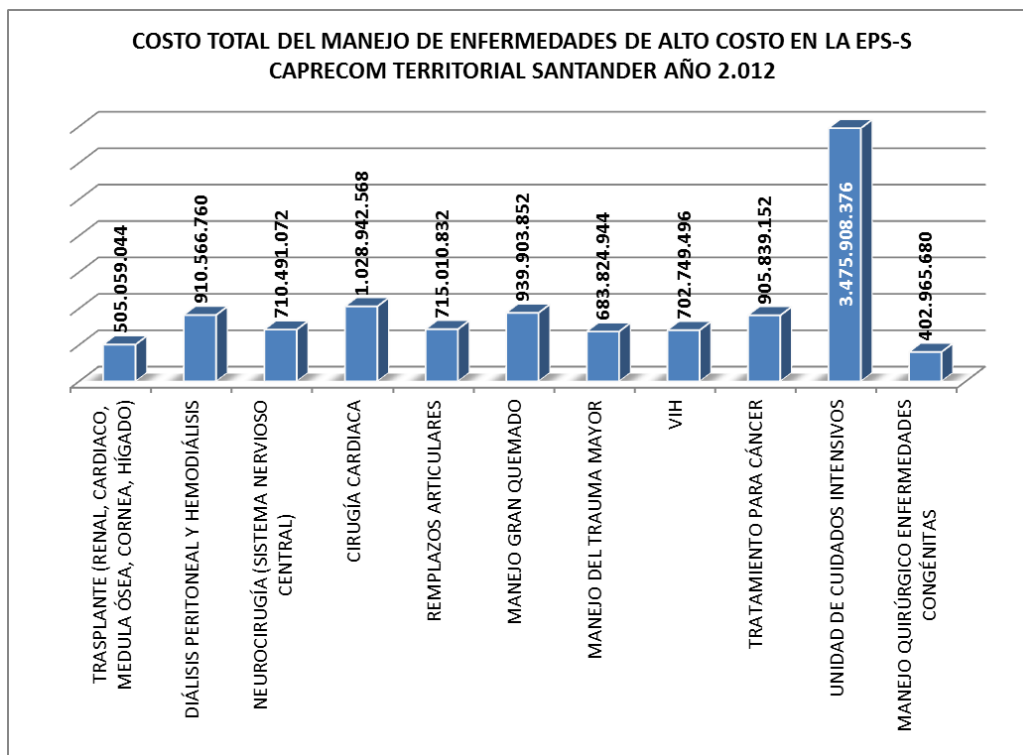
* El monto del contrato realizado en la institución prestadora de servicios de salud, aplica para el tratamiento y manejo de varias enfermedades de alto costo; esto se da por ser instituciones de manejo de cuadros clínicos de cuarto nivel de complejidad, que a su vez, tienen tecnología de punta, sistema de acreditación institucional en desarrollo y demás características que permiten su funcionamiento institucional.

** Contrato implementado por nivel central (nacional), para el manejo de esta enfermedad de alto costo en todo el país

Se puede interpretar en la tabla 2, la cantidad de dinero que se debe contratar tanto a nivel nacional como meritoria para dar cubrimiento a las necesidades de cuadros clínicos a los pacientes con enfermedades de alto costo de la eps- s; de igual forma se evidencia que una sola institución se muestra de forma representativa para el manejo de varias enfermedades de alto costo como es el hospital universitario de Santander (Hus), el cual juega un rol muy importante en la oportunidad, eficacia y seguridad en la prestación de servicios de salud como referente aliado institucional.

6.5 COSTO TOTAL DEL MANEJO DE ENFERMEDADES EN EL AÑO 2.012

Gráfico 3 Costo total del manejo de enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander año 2.012



Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

Se logra evidenciar en la gráfica 3, el costo total del manejo de cuadros clínicos de enfermedades de alto costo para el año 2.012 por la EPS-S CAPRECOM territorial Santander, el cual llega a los **\$10.981.261.776** (diez mil novecientos ochenta y un millones doscientos sesenta y un mil setecientos setenta y seis pesos md/cte), lo que representa 1/3 del total de ingresos.

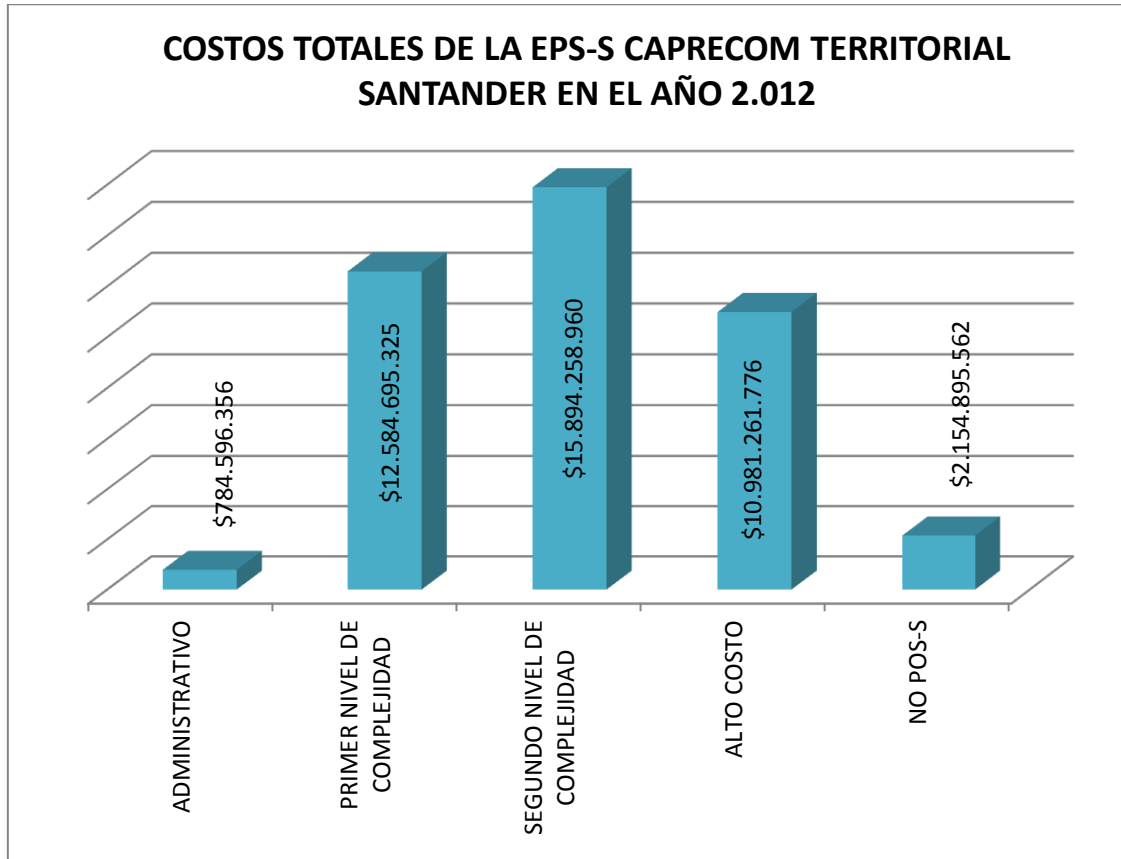
Teniendo en cuenta el ingreso total de dinero por la unidad de pago por capitación de cada uno de los usuarios de la EPS-S, el cual hace referencia a \$38.218.782.815 pesos por año, se ve como el tratamiento de las enfermedades de alto costo para el año 2.012 llegó a **\$10.981.261.776** pesos, lo cual representa el 28.73% del gasto para el ingreso total recibido en el año.

La enfermedad de alto costo que representa el mayor costo médico para el tratamiento y continuidad de cuadro clínico es la unidad de cuidados intensivos la cual representa en el año 2.012 más de tres mil millones de pesos de costo medico institucional (30% de costo total)

6.6 COSTOS TOTALES DE LA EPS-S CAPRECOM TERRITORIAL SANTANDER EN EL AÑO 2.012

Conociendo el comportamiento del costo anual para el tratamiento de cuadros clínicos con enfermedades de alto costo, es necesario determinar el costo total de la prestación de servicios de salud y administrativos en la institución:

Gráfico 4. Costos totales de la EPS-S CAPRECOM territorial Santander en el año 2.012



Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

La Grafica 3 muestra el comportamiento total del costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander en el año 2.012, se evidencia en primera instancia que el costo de la territorial sobrepasa el ingreso del valor Per cápita por usuario, existe una diferencia de \$4.180.925.164 pesos.

Lo cual preocupa porque de entrada se está generando perdida del ejercicio institucional teniendo en cuenta el margen de solvencia y proyección del gasto existente al inicio de año.

En segundo lugar se observa, como el primer y segundo nivel de complejidad (niveles básicos de prestación de servicios de salud, los cuales son establecidos bajo normatividad vigente (revisar el Glosario)), representan el mayor costo para la territorial pero se debe tener en cuenta que ese costo hace referencia a todas las personas que en el año 2.012 ostentaban calidad de usuarios en la EPS-S (108.455). Seguidamente vemos como el alto costo genera costos por **\$10.981.261.776** pesos, pero se debe tener en cuenta que la proporción de cobertura en usuarios solo representa al 1.03% (1.121 usuarios).

Este dato es preocupante debido a la magnitud del comportamiento financiero para estas enfermedades de alto costo, el cual para cualquier gerente de EPS-S representa una bomba de tiempo que al no verse combatida con estrategias administrativas y de salud llevaran a un colapso y una posible quiebra institucional.

El impacto financiero es inminente y las enfermedades de alto costo están generando un margen de utilidad operacional negativo al verse superado el ingreso contra el costo total, en el año seleccionado para el análisis.

Por esta razón y en virtud de tener una perdurabilidad en el mercado y no seguir siendo una EPS-S de mala imagen y que no cumple con expectativas del modelo de atención es necesario implementar acciones inmediatas de mitigación con el fin de minimizar los costos que generan el tratamiento de las enfermedades de alto costo en los usuarios.

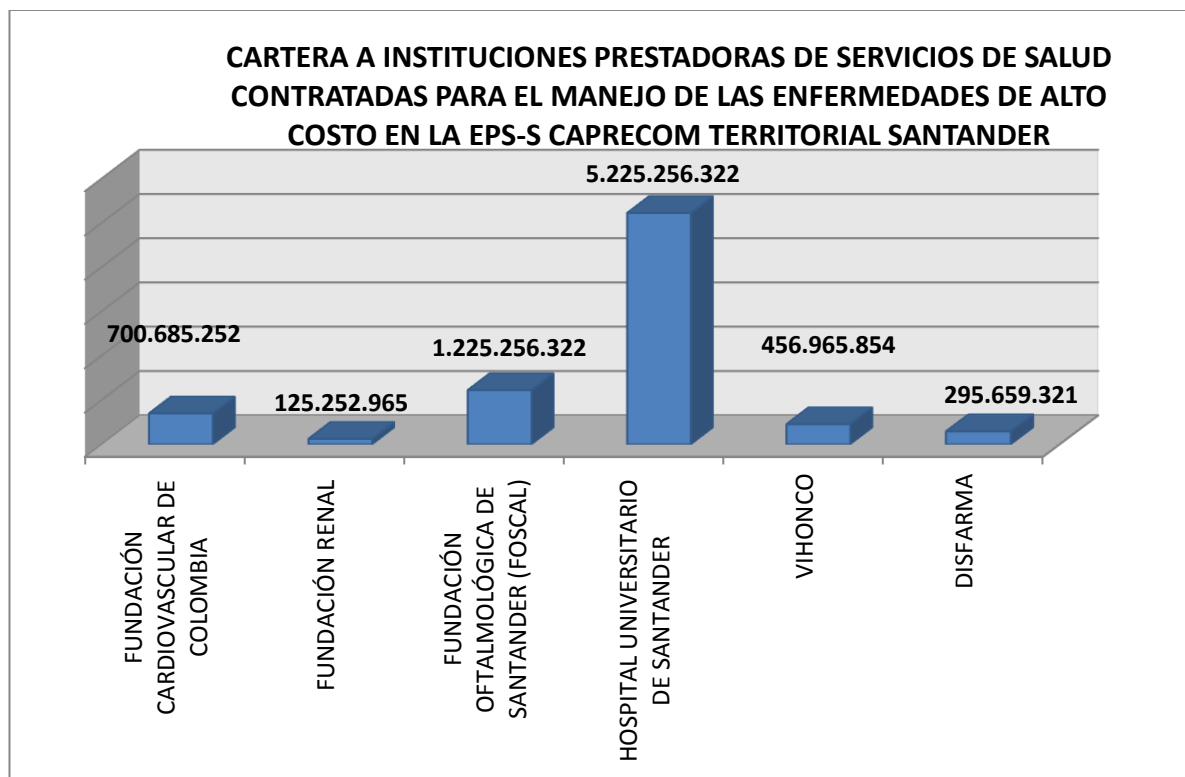
6.7 VALOR ESTIMADO DE CARTERA A INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ALTO COSTO

Por esta razón de impacto financiero negativo para el manejo de estas enfermedades de alto costo resulta difícil y lento el pago a la red prestadora

contratada por la falta de dinero que solvente este equilibrio financiero dado frente a un ingreso y un costo en salud.

A continuación se hace referencia de la deuda existente entre la EPS-S CAPRECOM y la red prestadora contratada para el manejo del alto costo en el año 2.012, donde se evidencia la magnitud de dinero que se adeuda a estas instituciones, lo cual atenta contra el desarrollo institucional y posible cierre de la misma, de igual forma, se refleja este ejercicio negativo en la EPS-S donde se muestra la ausencia de dineros para responder por un servicio causado con alguna entidad, además de la imagen negativa de la institución, la no continuidad de contratos con la red prestadora y el posible cierre de la institución.

Gráfico 5 Cartera a instituciones prestadoras de servicios de salud contratadas para el manejo de las enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander



Fuente: información Interna auditoria de calidad – CAPRECOM EPS-S territorial Santander

La interpretación de la gráfica 5 refleja la deuda existente al finalizar el ciclo contable del año 2.012 con la red prestadora contratada exclusivamente para el manejo de las enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander; se evidencia que a la fecha se adeuda el 73% el costo médico generado por atenciones de servicios de salud a usuarios con enfermedades de alto costo de la EPS-S y la mayor deuda existente hace referencia al hospital universitario de Santander, cuya institución prestadora de servicios de salud se le adeuda \$5.225.256.332 (cinco mil millones doscientos veinte cinco mil millones doscientos cincuenta y seis mil trescientos treinta y dos pesos md/cte)

La razón fundamental del endeudamiento se ve evidenciada por la utilización de dineros existentes del ingreso per cápita para cubrir en primera instancia el primer y segundo nivel de complejidad, cuya cobertura garantiza un modelo de atención en salud a todos los usuarios de la territorial.

Debido a esto la EPS-S CAPRECOM territorial Santander no cuenta hoy en día con una red prestadora de servicios de salud acorde y segura para el tratamiento de sus cuadros clínicos de alto costo entre muchas características, surge a la luz la más importante, la falta de pago eficaz y oportuno a la red prestadora por los servicios de salud prestados a los diferentes usuarios en el transcurso del año 2.012.

7. ESTRATEGIAS PARA MITIGACIÓN DE LA APARICIÓN Y TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES DE ALTO COSTO

Dentro de las alternativas que se plantean para la mitigación de estos costos médicos identificados, los cuales afectan directamente el margen de solvencia financiero institucional y a su vez el riesgo en salud de los usuarios afiliados a la EPS-S CAPRECOM territorial Santander, se exponen alternativas de solución para mitigar el costo en cada una de las enfermedades identificadas de alto costo:

- TRASPLANTE (RENAL, CARDIACO, MEDULA ÓSEA, CORNEA, HÍGADO)

La alternativa de mitigación de estos costos médicos se basa única y exclusivamente en la implementación de la estrategia “SALVA VIDAS AL TU MORIR”, la cual se enfoca en que cada persona al morir done los órganos corporales que al momento de su muerte estén en condiciones óptimas de tener un receptor final, el cual se beneficiara de forma directa¹

- DIÁLISIS PERITONEAL Y HEMODIÁLISIS

Las alternativas de mitigación para esta enfermedad se enfocan en el seguimiento de usuarios con factores de riesgo crónicos no transmisibles bajo el programa “MI RIÑÓN”, el cual se enmarca en el seguimiento permanente por parte de las diferentes disciplinas médicas de los factores de riesgo crónicos no transmisibles como son, la diabetes, la obesidad, la edad, el consumo de cigarrillo, entre otros.

- NEUROCIRUGÍA (SISTEMA NERVIOSO CENTRAL)

El mecanismo de mitigación se basa inicialmente en el seguimiento oportuno de acciones de identificación de causas neurológicas en los usuarios y canales efectivos de intervención por medio de auditoría médica para la resolución final y pertinente de un cuadro clínico existente; a su vez, se sugiere la intervención del Ministerio de Salud y Protección Social Colombiano en establecer tarifas de contratación únicas en el sistema de salud sin dar beneficios a ningún actor del sistema¹.

- CIRUGÍA CARDIACA

Las alternativas de mitigación se enfocan en el programa de “DALE LA MANO A TU CORAZÓN”, en el cual se hace referencia al manejo oportuno por medio de las diferentes disciplinas médicas de los factores de riesgo (obesidad, colesterol, triglicéridos, diabetes, consumo de cigarrillos y sustancias psicoactivas), que traen como consecuencia la aparición de la enfermedad cardiaca

- REMPLAZOS ARTICULARES

Las alternativas de mitigación se enfocan principalmente en la estrategia “HUESOS FUERTES”, la cual consiste en el seguimiento oportuno y pertinente por medio de especialidades médicas como ortopedia, fisiatría, endocrinología, para el manejo de factores de riesgo como son la osteoporosis, deficiencia paulatina de calcio, higiene corporal - postural y demás cuadros clínicos metabólicos; de igual forma debe existir Compromiso ético de los profesionales para garantizar la oportunidad y pertinencia en la prestación de servicios de salud.

- MANEJO MÉDICO QUIRÚRGICO DE GRAN QUEMADO

La alternativa de mitigación se basa en la implementación de tarifas de tratamiento y costos médicos adecuados, los cuales sean opcionales de adquirir por todos los actores del sistema en pro del beneficio del usuario afectado¹.

- MANEJO DEL TRAUMA MAYOR

La alternativa de mitigación va dirigida a la regulación de tarifas y costos para los procedimientos médicos establecidos acorde al mercado y normatividad vigente, la cual no se convierta en un nicho de mercado el cual solo favorece a uno de los actores del sistema y dejan por último la satisfacción total del usuario por la prestación de un servicio de salud.

- VIH

El tratamiento de esta enfermedad se basa en un esquema completo donde incluye medicamentos retrovirales, consultas médicas especializadas entre otras. Las alternativas de mitigación se basan en la implementación del programa “SIN CONDÓN NO HAY”, la cual se fundamenta en sensibilizar a los usuarios en utilizar métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales con el fin de evitar la propagación del virus.

De igual forma, establece mecanismos de control y seguimiento por medio de sesiones educativas dinámicas para niños y jóvenes, en la cual se busca fomentar conocimiento sobre educación sexual y reproductiva.

A su vez, se debe regular tarifas de medicamentos, tratamientos complementarios y demás accesibles a todos los actores y usuarios del sistema de salud; los

medicamentos y demás que sean de uso comercial se encuentren amparados en un plan obligatorio de salud²⁸

- QUIMIOTERAPIA Y RADIOTERAPIA PARA CÁNCER

Dentro de las alternativas de mitigación, la única oportunidad de tener acceso a la prestación oportuna de servicios de salud, hace referencia a la estandarización y regularización de tarifas para el tratamiento de estos cuadros clínicos, en los cuales se evidencie la participación del Ministerio de Salud y Protección social con el fin de establecer la accesibilidad en el mercado a este tipo de tratamientos para todos los actores del sistema.²⁸

- UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Las alternativas de mitigación se orientan a la intervención del Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de establecer la regularización de tarifas de contratación únicas en el sistema sin dar beneficios a ningún actor del mismo.

De igual forma, la Creación y apertura de unidades de cuidados intensivos pediátricas, coronarias y de adultos para la región, así como la, intervención oportuna del estado para el manejo administrativo del mercado en el país.

Por último, se debe garantizar la participación activa de todos los sectores con el fin de garantizar estrategias de atención en salud oportuna y segura para el manejo de los cuadros clínicos de los usuarios²⁸

²⁸ NIETO-ENCISO, L. Análisis del comportamiento de la siniestralidad por enfermedades catastróficas en una empresa promotora de salud-Colombia. Salud Pública, 2005, vol. 7, no 3, p. 293-04

- MANEJO QUIRÚRGICO ENFERMEDADES CONGÉNITAS

Para este grupo de enfermedades la alternativa de mitigación hace énfasis en la investigación médico –científica continua sobre este grupo de patologías, así como la estandarización de esquemas de tratamiento acordes y óptimos accesibles por todos los usuarios del sistema; de igual forma se debe realizar compromisos con las diferentes multinacionales farmacológicas que funcionan en el país, con el fin de construir cadenas de investigación colectivas con los diferentes actores del sistema promoviendo el análisis cuantitativa y cualitativo de este grupo de enfermedades, lo cual garantice un tratamiento efectivo al cuadro clínico y mejore las expectativas de vida de los usuarios en el sistema de salud actual de salud Colombiano¹.

8. CONCLUSIONES

- Lo primero que llama la atención es la cantidad de información útil en la institución y la cual a la fecha no ha sido tenido en cuenta con el fin de tomar decisiones determinantes frente a los cuadros clínicos existentes en los usuarios con enfermedades de alto costo.
- Se analiza el impacto financiero que muestra el tratamiento de las enfermedades de alto costo en la EPS-S CAPRECOM territorial Santander, en el cual se tiene una serie de alternativas de análisis e interpretación como la morbilidad institucional de los usuarios, perfiles epidemiológicos, perfiles de riesgo clínico, el costo total del manejo clínico, los estados de cartera existentes, entre otros.
- Dentro de los tratamientos para las enfermedades de alto riesgo institucional identificadas, la unidad de cuidados intensivos (UCI), es la que representa el mayor comportamiento de costó médico territorial, razón por la cual se debe enfatizar esfuerzos a la búsqueda constante de una mayor red prestadora para este servicio y unos precios en el mercado favorable para su consecución.
- Se deben implementar estrategias de forma urgente enfocadas en la parte clínica (manejo del riesgo en la afiliación inicial del usuario, identificación de perfiles epidemiológicos claros, entre otras), con el fin de mitigar el sobre costo en la prestación de servicios de salud para este tipo de enfermedades catastróficas y así evitar la incidencia de nuevos casos que pondrán en un mayor desequilibrio financiero a la institución.

- Existe un mercado desfavorable para la contratación de red prestadora óptima para la cobertura integral y manejo del alto costo en la EPS-S, debido a las tarifas y mecanismos de selección implementados por la misma, cuyo resultado se evidencia en una imposibilidad de contratar
- No existe una planeación estratégica ni una gestión del riesgo con proyección del gasto médico institucional.
- La EPS-S CAPRECOM de orden nacional debe facilitar, administrar y garantizar la perdurabilidad de los procedimientos y tratamientos para las enfermedades de alto costo de manera centralizada, lo que permitiría efectuar contrataciones nacionales con IPS especializadas en tratar estas patologías, con negociaciones únicas en cuanto a la atención, los medicamentos, entre otros, logrando reducir los precios del mercado por efecto de los volúmenes adquiridos generando ahorros importantes para las finanzas
- Es necesario que el gobierno nacional apoye de forma directa a la única EPS-S estatal que existe en el país por medio de giros de recursos, efectivos, supervisión de las acciones de funcionamiento institucional, controles evidentes de productividad y mecanismo de sostenibilidad financiera.

9. RECOMENDACIONES

- Las directivas nacionales de la EPS-S CAPRECOM, debe realizar un estudio de forma inicial con la participación de las 32 entidades territoriales y con un rango de medición de tres o más años, en el cual se aporte toda la información necesaria para conocer el estado actual de manejo de las enfermedades de alto costo institucional y generar alternativas conjuntas de solución inmediata a este flagelo.
- La EPS-S CAPRECOM territorial Santander debe reforzar en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fin de mitigar la aparición de factores de riesgo que aumentan la incidencia de aparición de las enfermedades de alto costo en la institución.
- Se debe buscar un mecanismo de reforma a la salud en la cual se tenga en cuenta la proyección y el análisis efectivo que representa el manejo clínico de las enfermedades de alto costo en el país.
- El gobierno nacional debe estandarizar precios en el mercado para el manejo de este grupo de patologías de alto costo con el fin de beneficiar a todos los colombianos y en especial a la población pobre y vulnerable en un modelo de atención definido.
- Deben existir alianzas entre los diferentes actores del sistema con el fin de brindar espacios acordes de tratamientos efectivos de las enfermedades de alto costo en forma conjunta

- Se debe interpretar las enfermedades de alto costo por todos los actores del sistema, como una bomba de tiempo en el actual sistema de seguridad social en salud colombiano y no como un nicho de mercado para explotar como se ve hoy en día.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA A. Análisis al riesgo financiero que implican las enfermedades de alto costo en la perdurabilidad de la eps-s asmet salud regional Santander; 2013

ANTIÑÓN Juan Jaramillo: El cáncer. Fundamentos de oncología, página 89. Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1991

ARANGO Mónica, ARROYAVE Elizabeth, y HERNANDEZ Juan. Valoración del riesgo financiero (CFAR) en las EPS a través de opciones reales: una aplicación al nivel de atención IV. Revista Ingenierías Universidad de Medellín. Vol. 10. No. 19. P. 125-136

BERNSTEIN Peter. Against the gods: The remarkable story of risk. New York: Wiley, 1996.

CAPRECOM. Historia [en línea] disponible en: <https://www.caprecom.gov.co/portal/index.php?tipoDoc=Nosotros&idCategoria=3&idsubcat=2>

CISNEROS Fanny. Sistema de seguridad social integral en Colombia. Universidad del Cauca. Facultad de ciencias de la salud. Popayán febrero de 2003

COLOMBIA Ministerio de salud Resolución 5261 de 1994;

COLOMBIA Ministerio de salud y protección social. Ley 1438 de 2011,

COLOMBIA. Ministerio de Salud. Situación de salud en Colombia: indicadores básicos. Bogotá: El Ministerio; 2002.

CRES. Acuerdo 08 de 2009. Expedido el 29 de diciembre de 2009. On line: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=38488> Consultado el 20 de mayo de 2013

DAVID Inés, MEDINA Ana, y MARTÍNEZ Elkin. Enfermedades de alto costo en afiliados a un sistema institucional de aseguramiento y prestación de servicios de salud. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. julio-diciembre 2006 Universidad de Antioquia. Vol. 24 N.º 2.

ECHEVARRÍA Lucas, Lucía; DEL RÍO PARDO María José, Manuel Causse del Río: El sida y sus manifestaciones oftalmológicas. España, 2006

GAO Siwei, POWERS Michael R., CHAPMAN Zaneta A. A risk-based risk finance paradigm. Journal of Financial Transformation, 2012, vol. 35, p. 173-178.

GONZALEZ C, SCHWEDT E, FERREIRO A, Sola L, Romero J, Mazuchi M. Registro Uruguayo de Diálisis Informe Anual 2007. Sociedad uruguaya de Nefrología, Fondo Nacional de Recursos. Uruguay 2007

HEAD G. L., y KWOK Sze. Risk Management for Public Entities. Malvern Pa.: Center for the Advancement of Risk Management Education, 1999, pp. 4 – 5.

JARAMILLO ANTIÑÓN Juan: El cáncer. Fundamentos de oncología, página 89. Editorial de la Universidad de Costa Rica, 1991, ISBN 9977-67-177-X.

KRAUS G. P. Health Care Risk Management: Organization and Claims Administration. Owings Mills, Md.: National Health Publishing, 1986.

KUHN A. M. Introduction to Risk Management. The Risk Manager's Desk Reference. Gaithersburg, Md.: Aspen, 1988

Manual CTO de Medicina y Cirugía, tomo I, ISBN 84-930264-3-3. Consultado el 2 de febrero de 2013

Manual directrices de gestión del riesgo, complementa la NTC 5254:2006; ICONTEC, 2009

NIETO-ENCISO, L. Análisis del comportamiento de la siniestralidad por enfermedades catastróficas en una empresa promotora de salud-Colombia. Salud Pública, 2005, vol. 7, no 3, p. 293-04

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades. Segunda edición. Washington, DC. 1985; p. 73 - 80.

OROZCO, J. M. (2008). Los costos del plan obligatorio de salud subsidiada en Colombia. Recuperado el 4 de Abril de 2009, de Eumed.net: <http://www.eumed.net/libros/2006c/198/index.htm>.

RAMOS Andrea. EPS y usuarios: frente a frente sobre enfermedades de alto costo. 30 de julio de 2013. On line: <http://www.opinionysalud.com/destacados/item/7085-eps-y-usuarios-frente-a-frente-sobre-enfermedades-de-alto-costo> consultado el 02 de agosto de 2013

SALUD COLOMBIA EPS. Protocolos [en línea] disponible en: <http://saludcolombiaeps.com.co/salud/protocolos/pt%20alto%20costo%20sceps.pdf>

SANTANA Mauricio y GARCIA Fabian. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma; Bogotá. 2010

SHOEMAKER, William C. (2002). «Capítulo 182: Aspectos del trasplante pulmonar relacionados con la terapia intensiva. Tratado de medicina crítica y terapia intensiva (4a edición). Médica Panamericana.

ZAY L y CAMERON HU Artroplastia total de rodilla posterior a fracturas condileas, clin orthop 2004