

Savia salud en el sistema de salud colombiano: una mirada descriptiva a la primera EPS mixta

Savia salud in colombian health system: a look at the first descriptive EPS mixed

| Savia salud em sistema de saúde colombiano: um olhar para o primeiro descritiva EPS mixed |

Yulieth Katerin Palacio-Orozco¹, Magaly Díaz-Viloria²

¹ Especialistas en Gerencia de la Seguridad Social. yukapao7262@hotmail.com

Recibido: Julio 06 de 2014 Revisado: Agosto 14 de 2014 Aceptado: Diciembre 11 de 2014

Resumen

La evolución económica y social ha llevado a los gobiernos a implementar en los últimos años políticas nuevas que propendan fundamentalmente por los principios de equidad y eficiencia, basados en los derechos de la población, Colombia no ha sido ajena a esto y ha realizado reformas en funcionalidad y estructura de entidades responsables de garantizar el derecho a la salud.

Responder por la accesibilidad a los servicios de salud de una manera equitativa se convierte en un desafío grande en los sistemas de salud, teniendo en cuenta que existen barreras económicas, culturales, demográficas y sociales. Anterior a la Ley 100 existía mayor barrera de acceso a los servicios de salud por los altos costos de atención y la poca capacidad de pago de la población, constituyendo un bien inalcanzable para la sociedad, pero posterior a la reforma esas barreras se han ido dispersando mediante el mecanismo de subsidio a la demanda, y permitiendo el derecho a la competencia con la incorporación de empresas prestadoras de salud.

Este artículo presenta un estudio de caso exitoso de la EPS mixta Savia Salud, como modelo de cooperación entre el sector público y privado en la prestación de un derecho fundamental. Describe las circunstancias que motivaron su creación y el funcionamiento administrativo, en cuanto al aseguramiento, gestión de pagos y contratación, analizando su evolución y cumplimiento como articuladora e integradora de políticas públicas de salud. La información fue obtenida por medio de entrevistas realizadas a algunos directivos de esta EPS, y de material de apoyo proporcionado por la misma.

Pese a que esta empresa se encuentra en una etapa de estructuración, se vislumbra como un modelo a replicar en otras regiones del país, por los buenos niveles de satisfacción alcanzados, la reducción de las tutelas y por el renacer del régimen subsidiado en Antioquia.

Palabras clave: Seguridad social, instituciones de salud, capitación.

Abstract

The economic and social development has led governments to implement new policies in recent years that tend primarily by the principles of equity and efficiency, based on the rights of the population; Colombia has not been immune to this and has made reforms in functionality and structure responsible for ensuring the right to health authorities. You vouch for the accessibility of health services in an equitable manner becomes a big challenge in health systems, given that there are economic, cultural, demographic and social barriers. Before Law 100 was a major barrier to access health services due to high costs of care and low payment capacity of the population, constituting an unattainable to society well, but post-reform those barriers have been dispersing through the mechanism of subsidizing demand, and allowing the right to compete with the incorporation of companies providing health. This article presents a case study of successful mixed EPS Savia Salud as a model of cooperation between the public and private sector in the provision of a fundamental right. It describes the circumstances that led to its creation and administrative operations, in terms of insurance, payments and contract management, compliance and analyzing its

evolution as an articulator and integrator of public health policies. The information was obtain through interviews with some managers of the EPS, and material support provided by the same.

In spite of this company is in a phase of restructuring, it is see as a model to be replicate in other regions of the country, for the good levels of satisfaction achieved, reducing guardianships and subsidized the revival of Antioquia regime.

Key words: Social Security, Health Facilities, Capitation Fee.

Resumo

O desenvolvimento econômico e social levou os governos a implementar novas políticas nos últimos anos, que tendem, principalmente, pelos princípios da equidade e eficiência, com base nos direitos da população, a Colômbia não tem sido imune a isso e fez reformas em termos de funcionalidade e estruturar a responsabilidade de assegurar o direito de as autoridades de saúde.

Você atestar a acessibilidade dos serviços de saúde de forma equitativa torna-se um grande desafio nos sistemas de saúde, dado que existem econômica, cultural, demográfica e as barreiras sociais. Antes da Lei 100 era uma grande barreira para acessar os serviços de saúde devido a elevados custos dos cuidados e baixa capacidade de pagamento da população, constituindo uma inatingível para a sociedade bem, mas pós-reforma dessas barreiras foram dispersando através do mecanismo de subsidiar a demanda, e permitindo o direito de competir com a incorporação de empresas prestadoras de saúde. Este artigo apresenta um estudo de caso de sucesso misto EPS Savia Salud como um modelo de cooperação entre o sector público e privado na prestação de um direito fundamental. Ela descreve as circunstâncias que levaram às suas operações de criação e administrativos, em termos de seguro, pagamentos e gestão de contratos, conformidade e analisar a sua evolução como articulador e integrador de políticas públicas de saúde. As informações foram obtidas através de entrevistas com alguns gestores de EPS, e apoio material fornecido pelo mesmo. Apesar de esta empresa está em uma fase de reestruturação, é visto como um modelo a ser replicado em outras regiões do país, para os bons níveis de satisfação obtidos, reduzindo tutelas e subsidiado a revitalização do regime Antioquia.

Palavras chave: Previdência Social, Instituições de Saúde, Capitação.

Introducción

Desde hace varios años el sistema de salud colombiano viene padeciendo una crítica situación propiciada por enormes problemas financieros e institucionales, aparte de que hay una evidente vulneración de los derechos a la salud de la población colombiana: falta de acceso o negación de servicios, uso inadecuado de los recursos del sistema, crisis en la red hospitalaria, corrupción y mal servicio prestado por parte de las EPS y sumado a ello aumento inaccesible de tutelas.

La legislación vigente en especial la ley 100 de 1993, ha sido cuestionada por su ineficiencia frente a los desafíos existentes en materia de salud en el país ya que el aumento de la cobertura si bien es cierta, lo es de una manera fragmentada, la calidad en la prestación de los servicios de salud ha sido realmente deficiente, de manera que no ha sido equitativa para la población, además los problemas de financiamiento del sistema que son tan mencionados y que se convierten en uno de los mayores desafíos en la actualidad, en especial en la obtención del mayor provecho de los recursos (15).

Por ende, se ha hecho evidente la falta de rectoría en las instancias nacionales, departamentales y municipales, con el consecuente debilitamiento de la gestión, planificación y gerencia, capacidades que permiten una guía certera hacia la protección de la salud como

derecho fundamental y el uso racional de los recursos. “El Estado Colombiano ha carecido del liderazgo necesario para garantizar la calidad, oportunidad, eficacia y efectividad de las acciones de salud pública necesarias para que el derecho fundamental a la salud sea una realidad. Postulamos que la crisis profunda del sistema de seguridad social en salud ha sido determinada por la sumisión a los intereses del sector privado y a los valores imperantes del mercado, que fueron privilegiados desde la expedición de la Ley 100 de 1993” (1).

De ahí que se mencione en diversos sectores del adverso contrato establecido entre el Estado y el sector privado, en el que el primero pone los recursos pero no ejerce control sobre el sistema, mientras que el segundo prácticamente ha tenido libre albedrío en el manejo de esos recursos públicos, con las consecuencias arriba mencionadas.

El sistema tal como fue planteado introdujo una idea novedosa: que los afiliados al régimen contributivo asistieran en el cubrimiento en alguna parte del costo para la atención de los más pobres que están en el régimen subsidiado, por otro lado el sistema también buscaba mejorar la eficiencia del servicio de salud y disminuir el desperdicio de recursos pero esta idea flaqueó. Bajo la premisa de la universalización de la salud, el régimen subsidiado se amplió rápidamente

y decidió unificar el POS de ambos regímenes, sin embargo se generaron consecuencias financieras como: cierre de hospitales públicos por falta de presupuesto, solicitudes de retiro y posterior salida de varias EPS-S como operadoras del régimen subsidiado – especialmente en Antioquia y en Bogotá - , quedando desorientados ese segmento de usuarios con el agravante que hacen parte de la población más vulnerable. Según el gremio de las EPS del régimen subsidiado “a las entidades que administran el subsidiado les deben más de 2 billones de pesos, principalmente los entes territoriales”(2); esta deuda les ha impedido el pago oportuno de sus obligaciones, lo que ha creado conflictos en el sistema y que además se vuelva imposible, generándose en el Subsidiado una insostenibilidad, representado en pérdidas tanto para las EPS que los administran como para los prestadores de servicios de salud.

Dada la problemática anteriormente expuesta que han generado complicaciones y cuestionamientos dentro del sector, en el que diversos actores involucrados en el sistema han planteado una reforma integral de la salud, basados en la mejora de un derecho fundamental tal como se consagra en la constitución nacional.

Mientras se van estableciendo mejoras al sistema, basados en reformas y/o decretos, en Antioquia surge la creación de una nueva EPS con unas características muy especiales. Es entonces, como a raíz de la crisis del régimen subsidiado, comenzó a gestarse una alianza entre la caja de compensación Comfama, la Gobernación de Antioquia, y la Alcaldía de Medellín. Se trata de “Savia Salud”, primera Empresa Promotora de Salud conformada por capital público y privado con sede en Medellín y otros 115 municipios de Antioquia, encargada de atender al 100% de la población subsidiada de Medellín y el 70% de Antioquia, siendo la segunda EPS más grande del país en número de afiliados.

La naturaleza mixta de esta EPS se fundamenta en sus aliados: el Estado representado por las dos principales instituciones públicas de la región y una entidad sin ánimo de lucro (privada), lo que le otorga según sus propósitos, un modelo de atención más humana, responsabilidad social, transparencia y sostenibilidad financiera; estableciendo un modelo de gestión del riesgo, un cambio estructural en los procesos de contratación, adecuado relacionamiento con el sector prestador (intermediación) y énfasis en la atención primaria en salud.

Ley 100 de 1993 y los actores del sistema general de seguridad social en salud

El sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia fue sistematizado con la expedición de la ley 100 de

1993, con el fin de que se hiciera posible la paulatina y progresiva ampliación de cobertura y acceso a la salud para todo el territorio nacional, estableciendo dentro del sistema un conjunto de instituciones tanto públicas como privadas, entre ellas las Empresas Promotoras de Servicios de Salud (EPS) y las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud (IPS) permitiendo a los usuarios la libre escogencia e integrando a su vez normas y procedimientos, teniendo como objetivo principal que el individuo y la comunidad gozaran de un mejor nivel de vida (3).

Uno de los objetivos más importantes que propuso inicialmente la reforma de la seguridad social en salud en el año de 1993 fue la de aumentar la cobertura en salud, introduciendo cambios importantes en los mecanismos de protección y financiación, incentivando a que una mayor proporción accediera a los servicios mediante el aseguramiento, a través de aportes hechos con base en los ingresos y así disminuir la cantidad de la población que accediera a los servicios mediante el subsidio oficial.

En este sentido las EPS se convirtieron en una estructura fundamental del sistema general de seguridad social en salud siendo las responsables de la afiliación, registro de los afiliados y recaudo de cotizaciones por comisión del fondo de solidaridad y garantía FOSYGA, así como garantizar de manera directa o indirecta la prestación del plan Obligatorio a los afiliados, girando dentro de los términos establecidos en la ley, la diferencia generada entre los ingresos por cotizaciones y el valor correspondiente a la unidad de pago por capitación (UPC) al Fosyga (4) Por otra parte las IPS son las encargadas de prestar el servicio como Clínicas, Hospitales, Centros de atención básica, centros de salud y todos aquellos profesionales que ofrecen sus servicios por medio de la EPS.

Este avance concibió redefinir la estructura que había hasta el momento y que parte de ella estaba definida por la ley 10 de 1990 y la ley 715 de 2001 entre otras, definido además como un sistema solidario regido por unos principios establecidos en la ley, algunos como obligatoriedad, protección social, libre escogencia, calidad, equidad que presiden el desarrollo de la misma.

Entonces este sistema cuenta con la intervención del estado para su puesta en marcha el cual es organizado en dos regímenes; el régimen Contributivo y el régimen subsidiado, como parte del cumplimiento de los propósitos de la ley 100, con el fin de proporcionar el aseguramiento a toda la población, basados además en el art. 48 de la Constitución Política de Colombia

de 1991, por la cual se estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, implantándose la solidaridad en el financiamiento de los recursos del régimen subsidiado con recursos del régimen contributivo. Así entonces se creó un sistema de seguridad social en salud que contempló dos regímenes: el contributivo por el cual se asegura la población asalariada y no asalariada con suficientes ingresos para cotizar al sistema y el régimen subsidiado por medio del cual se asegura la población sin capacidad económica para cotizar al sistema.

Hoy en día después de la expedición de la ley 100 de 1993, se dice que se han evidenciado importantes logros en el sector salud en cuanto a la cobertura y mejores resultados en la población, especialmente la más frágil y vulnerable como la pobre o de escasos recursos, sin embargo el Sistema General de Seguridad Social en Salud en el momento actual se encuentra con afectaciones y se dice que parte de ello es la sostenibilidad financiera y liquidez y por otro lado problemas de la administración del sistema (5).

En el sistema de salud colombiano la administración es responsabilidad de las EPS. Las pautas, reglamentos y guías establecidas desde un principio han propiciado que tanto el estado como los aseguradores y prestadores supongan la mala fe de sus contrapartes. Entonces el estado ha incumplido en los pagos oportunos a las EPS por los procesos de Compensación y recobro de eventos no POS y a su vez las EPS incumplen a los prestadores a través del no pago deliberado y la glosa a veces infundada de cuentas. Por último el prestador, sea público o privado, ha tratado de mantenerse a través de la sobrefacturación de procedimientos y atenciones (6).

Han sido numerosos los esfuerzos por clasificar y organizar el gasto en salud. En el año de 1989 el Ministerio de salud ordenó los gastos y los ingresos por orígenes, evidenciándose que el gasto en Salud en Colombia era aproximadamente al 4,2% del PIB en el año de 1986, teniendo en cuenta que este acercamiento no incluía el gasto privado y el gasto de bolsillo.¹ Con ello se evidenció que las vitales fuentes de financiamiento de la salud, eran las cotizaciones al ISS, las cajas Departamentales, las Empresas Públicas, Municipales y Cajanal. Estas entidades hacían parte del sector descentralizado de la salud y representaban más del 60% del total de los recursos del sector, en cuanto a los capitales privados representaban aproximadamente el 2% de los recursos y el 35% lo representaba el sector oficial, concluyendo con ello que los recursos se encontraban mal asignados.

¹ Análisis Financiero del Sector Salud. Oficina de Planeación - división financiera. Ministerio de Salud

El sistema de salud en Colombia ha pasado por varias etapas, reformas y cambios, así como por supuestos inadecuados manejos, comprobando las fallas en la conducción financiera y de los fondos del sistema para el cuidado de la salud de la población Colombiana. La corrupción, ineficiencia y desviación de recursos, cada día se hace más evidente, especialmente en algunos casos demostrados en algunas EPS y el los cobros y recobros de procedimientos y tratamientos no incluidos en el POS establecido por la ley.

Después de haber estudiado el “laberinto” financiero de las cuentas de la salud afirma que el sistema de la salud es muy confuso ya que el sistema se desarrolla en torno a cuatro lazos o circuitos que son totalmente autónomos, siendo estos, los dos regímenes (RC y RS), la red pública de las IPS que atienden a los ciudadanos no afiliados y el tercer circuito de recursos correspondiente a salud pública (7).

Actualmente Colombia enfrenta problemas estructurales del mercado laboral en el régimen contributivo, pues menos del 50% de la población Colombiana se encuentra afilada a este régimen, generando a nivel de gobierno y político la duda de la viabilidad financiera, sufriendo una insostenibilidad en el sistema de salud.² Sin embargo cabría hacerse una pregunta y es ¿la cantidad de recursos que se destinan son los que se necesitan? O por el contrario ¿realmente se vive una falta de recursos? y quienes son los actores que están financiando y de qué manera, pues debe existir una corresponsabilidad entre lo recaudado, sin dejar a un lado que la población que realiza un gran aporte sufre graves consecuencias basado en el reflejo de las bajas tasas de informalidad laboral. Estudios realizados por el centro de investigaciones de la Universidad Javeriana Cendex (8) da cuenta que en el sistema de salud colombiano hay suficientes recursos y que este es uno de los países que más recursos gasta en el sistema de salud; es claro para la mayoría de las personas que se han evidenciado avances con la afiliación de personas en el régimen contributivo y subsidiado, pero la ineficiencia en el manejo de dineros basados en intereses personales no garantiza la prestación de los servicios, por lo que la acción de tutela se convirtió en un mecanismo para acceder a los servicios de salud requeridos, es claro también que este modelo de economía de mercado en el que se prestan servicios de salud viola los derechos fundamentales, no paga oportunamente sus obligaciones demostrándose fallas regulatorias y estructurales³. Entonces desde el punto de vista de equidad y teniendo en cuenta los objetivos primordiales del sistema la parcial cobertura

² “La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano” Fedesarrollo. 2012

³ Sentencia T-760/ de 2008

refleja la incapacidad del sistema en la búsqueda de la universalización. La afiliación al régimen contributivo se estancó y una probabilidad es la situación de empleos informales o calidad de empleo generado.

Contextualización del régimen subsidiado y contributivo

El régimen subsidiado corresponde a la población más pobre, es decir que no tiene capacidad de pago y que puede acceder a los servicios de salud a través de un subsidio ofrecido por el estado⁴. Los elementos utilizados para la financiación de este régimen son contribuciones solidarias y transferencias nacionales. Por otro lado está el régimen contributivo que lo conforman las personas que si tienen capacidad de pago y que pueden contribuir a la seguridad social. Este régimen es capitalizado a través de contribuciones correspondientes al 12.5% del salario, del cual el 8.5% le corresponde pagarlo al empleador y el 4% es asumido por el empleado. En cuanto a los trabajadores independientes se debe asumir el costo total de la cotización a partir del ingreso mensual. Cabe mencionar que parte de la población de ingresos medios ya sea por no tener un acceso oportuno o por falta de cobertura acude muchas veces a la consulta privada generándose el famoso gasto de bolsillo. De igual manera se consideró hacer parte del sistema de seguridad social en salud a personas de forma transitoria mientras se alcanza la afiliación, en este sentido son todos aquellos individuos sin capacidad de pago que aún no han logrado ser beneficiarios del régimen Subsidiado, pero que tendrán derecho a la atención en salud en Instituciones con contrato con el estado, ellos son denominados *vinculados* (1).

De acuerdo a la ley 100 de 1993 como se mencionó en otros apartados, el propósito del régimen subsidiado era la promoción de la salud, garantizando el acceso a los servicios para toda la población en especial a los de condiciones de pobreza. En este orden de ideas durante los primeros 10 años la cobertura del régimen subsidiado no fue lo esperado, sin embargo a la fecha la cobertura en Colombia ha ido ascendiendo de manera significativa. El régimen subsidiado en el sistema de Seguridad Social en Salud cubre los riesgos de salud de las personas más vulnerables del país que pertenecen al nivel 1,2 y 3 del SISBEN.

La afiliación al sistema de seguridad social en salud es de tipo obligatorio realizándose por medio de las EPS públicas o privadas, que son las comisionadas de ofrecer el Plan Obligatorio de Salud (POS) o para otros casos el POS Subsidiado (POS-S) ofrecido a los afiliados del régimen subsidiado.

⁴ Decreto 806 de 1998

En el Sistema de Salud Colombiano en cuanto al POS Contributivo siempre fue más extenso desde la definición de este plan en el año de 1994, pero luego después de algunas legislaciones y jurisdicciones entre ellas la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, se fue generando la unificación de los dos planes, sin embargo aunque desde el año 2012 entró en vigencia la unificación de los planes de beneficios, la unidad de pago por capitación UPC sigue siendo divergente, pues la UPC para el régimen contributivo es de \$593.978,4 y la UPC para el Régimen Subsidiado es de \$531.388,8 para el año 2014⁵.

Según datos presentados por seguimiento al sector salud en Colombia “Así vamos en Salud” la población colombiana afiliada al sistema General de Seguridad Social en Salud equivale para el año 2013 a 91,69% aumentando significativamente con relación al año 2000 que fue de 58,83% y en cuanto a los dos regímenes el 42,76% corresponde a la afiliación del régimen contributivo y el 48,11% corresponde al régimen subsidiado; lo que significa que la afiliación al régimen subsidiado es mayor observándose discrepancias en lo que se había programado desde el año 1993 pues se esperaba un 70% de la población afiliada al régimen contributivo y el otro 30% afiliada al régimen subsidiado y todo ello se debe a que cada día hay menos contribuciones generadas por la evasión de la afiliación al régimen contributivo de los empleados formales, igualmente factores de desempleo, informalidad laboral que de manera directa afecta el suma de las cotizaciones en salud (9).

Uno de los mayores retos sociales presentados en la actualidad es lograr un mayor equilibrio e igualdad en cuanto a la afiliación y cobertura de la seguridad social, sin embargo a lo largo del tiempo se han venido observado fallas del sistema, pues como se refirió anteriormente existe una baja cobertura del régimen contributivo atada al régimen económico que no propaga el empleo formal y sumado a ello los desvíos de dineros y frágil regulación de acuerdo con los intereses privados, evidenciándose en los numerosos escándalos en el sistema de salud, lo que pone en evidencia los problemas de administración y manejo de los diferentes actores del sistema entre ellas las empresas e instituciones delegadas de regular el servicio. El desequilibrio financiero en el régimen contributivo se asocia a tres problemas básicamente que son el crecimiento a la demanda de las prestaciones NO POS, la evasión y la elusión y problemas de empleo.(10)

En el año de 1954 el gobierno aprobó la creación de las cajas de compensación familiar en donde paralelo

⁵ Ministerio de Salud y Protección Social resolución 5522 de 2013.

a la Ley 90, el sistema de subsidio familiar de desplegó tal como lo estipulaba el artículo 9 y simultáneamente otras entidades inician en especial en Antioquia este paso requiriendo ayuda del gobierno basados en la necesidad de constituir una caja de compensación familiar, esto llevo a Fedesarrollo y la ANDI a estudiar la situación de salud de esa época en la que apoyaron que la crisis de seguridad social del país afectaba a las familiar con menos recursos. Es entonces cuando la ANDI, inicia una fuerte presión para implementar un subsidio familiar que les permitiera a los trabajadores mejorar y vigilar por la salud de su familia, respaldados económicamente con el fin de evitar gastos de bolsillo, y se logra en 1954 la fundación de la caja de Compensación COMFAMA en 45 empresas afiliadas. Comfama entonces es una empresa sin fines de lucro que surgió de un pacto voluntario entre trabajadores y empresarios y parte de su financiamiento son los aportes a la seguridad social correspondiente al 4% del total de los salarios que pagan las empresas afiliadas y realiza intervenciones en salud, subsidio, educación, vivienda, recreación, cultura y crédito⁶. Comfama en el área de la salud desarrolla programas de servicios de salud como programa de salud Magisterio, Administradora del régimen subsidiado la cual se ha reconocido como una empresa de calidad.

Crisis del régimen subsidiado

El sistema de seguridad social en salud en Colombia en especial en la ciudad de Medellín ha tenido que sufrir en varias ocasiones el desbalance financiero del Régimen Subsidiado, por lo que varias aseguradoras optaron por el retiro, argumentando inestabilidades institucionales y financieras. En el año 2012 las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud empezaron a referir no tener capacidad financiera para ofrecer un régimen subsidiado posterior a la expansión de los planes de salud (POS), con lo que el país comenzó a vivir sacudidas por los problemas de ineficiencia, inadecuados sistemas de información y corrupción.

Basados en dicha situación la caja de compensación Comfama para esa época asumió la responsabilidad de atender aproximadamente 700 afiliados del Régimen Subsidiado de la ciudad de Medellín, mutuamente acordado entre la caja, el ministerio de salud y protección social, las administradoras Municipal y Departamental. Por otro lado Comfenalco Antioquia en el mismo año dejo ver el hecho de que el déficit económico iba creciendo lo que iba conllevando a ser cada vez más dificultosa la prestación del servicio y que los problemas estructurales estaban afectando el régimen subsidiado haciéndolo insostenible, por lo

6 Art. 48. Seguridad Social. Ley 21 de 1982. Decreto 2463 de 1981.

tanto retiro la prestación del servicio en 62 Municipios del Departamento de Antioquia, a pesar de que algunos opinaban que la EPS contaba con una buena red de servicios y que además era oportuna y responsable, pero existieron varias razones de su retiro, entre ellos relacionan la ineficiencia de la UPC, sumado a ello la ampliación de coberturas y servicios sin aumentar equitativamente el valor de esa UPC, al igual que las demoras en los pagos de los servicios por parte de estado, lo que genero resultados económico negativos impactando el desempeño financiero de la salud (11).

La caja de Compensación Comfama desde el año 2010 aproximadamente ya venía atendiendo los afiliados de Cafesalud y Caprecom en Medellín y posteriormente a Comfenalco a causa del cierre de esta EPS, pero a pesar de que COMFAMA de ha caracterizado por prestar un adecuado y oportuno servicio, se fueron generando pérdidas pues no era posible dar abasto, por lo que la Gobernación de Antioquia y la Alcaldía de Medellín decidieron aliarse con la EPS para crear una EPS mixta y de esta manera equilibrar la posible crisis en salud.(12)

Descripción de la problemática de Antioquia

Existen varios problemas que afectan el aseguramiento del régimen subsidiado, de los cuales se mencionaran algunos; como el proceso de afiliación y selección adversa de las personas con enfermedades de alto costo o catastróficas que impactan negativamente en las finanzas de las aseguradoras de este régimen; al igual que ocurre con los grupos poblacionales de mayor riesgo y que demandan un mayor número de servicios de salud, como ocurre en el caso de las mujeres y mayores de 60 años (13).

A lo largo de los últimos años se viene polemizando sobre las tarifas que cobran las instituciones Prestadoras de servicios de Salud, tanto públicas como privadas en la ciudad de Medellín en comparación con otras zonas del país. Se aproxima que el impacto del mayor valor de las tarifas por prestación de servicios de salud en Medellín y Antioquia puede incidir en gasto en salud de las aseguradoras del RS entre 3 y 5 puntos de la unidad de pago por capitación⁷.

Por otro lado, los sistemas de información han sido una de las mayores debilidades en el Sistema de Seguridad Social en Salud, realizando cambios permanentes en las bases de datos de los afiliados, por lo que no se ha podido garantizar que las personas inscritas y afiliadas al sistema sean pagadas a los diferentes aseguradores, ya que los procesos de depuración no son confiables

7 Centro de Pensamiento Social - Estudio EPS Mixta Medellín y Antioquia.

Igualmente la tutela se ha convertido en el instrumento más eficaz para acceder a la afiliación a la prestación de servicios de salud de la población, basadas en negaciones indebidas o por solicitud de atenciones que no cubre el plan de beneficios.

Alianza y EPS mixta

El estado Colombiano debe garantizar el servicio público esencial de la salud a todos los ciudadanos, proceso en el cual los entes territoriales, Departamentos y Municipios deben mantener un papel activo, en cumplimiento de las funciones constitucionales y legales asignadas para facilitar el acceso a los servicios de salud con calidad y oportunidad.

Unos de los principales problemas evidenciados en el sistema de salud colombiano, tanto para el régimen contributivo como el subsidiado es la falta de voluntad para consensuar intereses entre los actores y el individualismo, no se enfocan en la razón de ser de cualquier sistema de salud como lo es el ciudadano o el paciente, sino que se ensimisman en altercados que solo conllevan a un sistema ineficiente e ineficaz con resultados pobres en los principales indicadores de salud pública (14). Ante la divergencia de intereses entre los actores del sistema de salud y los graves problemas entre las aseguradoras y las IPS, se buscó la alternativa de crear e implementar una EPS mixta por parte del Departamento de Antioquia y el Municipio de Medellín en asocio con la caja de compensación familiar Comfama, empresas sin ánimo de lucro, garantizando sus responsabilidades legales y posibilitando la recuperación de la gobernabilidad por parte de las autoridades territoriales del sistema de salud.

Las asociaciones público–privadas son un instrumento de vinculación de capital privado, que se materializan en un contrato entre una entidad estatal y una persona natural o jurídica de derecho privado, para la provisión de bienes públicos y de sus servicios relacionados, que involucra la retención de transferencia de riesgos entre las partes y mecanismos de pago, relacionados con la disponibilidad y el nivel de servicio de la infraestructura y/o servicio.⁸

En este caso mediante decreto 633 de marzo de 2012 se suscribe la alianza N° 001 entre Gobernación de Antioquia, Municipio de Medellín y la caja de compensación familiar de Antioquia Comfama por medio del cual *“se adoptan medidas y se fija el procedimiento para garantizar la continuidad en el aseguramiento y la prestación del servicio público de salud en el Régimen Subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud”*

⁸ Ley 1508 de 2012

El objetivo de esta EPS es garantizar a la población pobre y más vulnerable el plan de beneficios de salud subsidiado con oportuno y fácil acceso a la prestación de servicios de salud y con calidad. Se estableció como un modelo de atención que privilegia, la educación, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre modelos asistenciales.

Materiales y métodos

El estudio de caso fue la estrategia utilizada para este proyecto puesto que: las preguntas de investigación planteadas eran representadas en “cómo” o “porqué”, por otro lado no se tenía ningún control sobre los hechos que se iban a examinar y por último el fenómeno que se analizaba es contemporáneo de la vida real.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, en el que se utilizaron entrevistas individuales para recoger conceptos y opiniones en la EPS-S Savia Salud ubicada en la ciudad de Medellín- Antioquia a través de un estudio de caso con el fin de proporcionar información sobre el nuevo modelo adaptado entre la Gobernación de Antioquia, el Municipio de Medellín y Comfama en la creación de una EPS Mixta para el aseguramiento del régimen subsidiado en Medellín y Antioquia, basados en el análisis de la viabilidad financiera, técnica e institucional, esto con el fin de otorgar información precisa que sirva de base referencial y de expansión hacia otros municipios e incluso en la administración del régimen contributivo en el aseguramiento de los afiliados y prestación de servicios de salud, como parte del objetivo esencial del estado. Teniendo en cuenta esto, el objeto de indagación está fundado en hechos que dan cuenta del ejercicio de afiliación, aseguramiento y prestación de servicios por parte de la EPS Mixta de acuerdo a la normatividad vigente, a los esquemas de operación, estudios de viabilidad financiera y administrativa.

De acuerdo a esto, la importancia de este estudio no fue realizar conjeturas o críticas, si no por el contrario realizar una descripción en el funcionamiento, documentando los escenarios de creación, esto incluye la transición, población, ventajas, desventajas y estrategias que dieron pie al proyecto de constitución y funcionamiento de la EPS-S.

Para la recolección de datos se utilizaron encuestas, aplicadas en entrevistas estructuradas con preguntas abiertas a informantes tales como Directivos administrativos y gerente de la Empresa.

Resultados

La EPS Savia Salud nació de una necesidad puntual muy sentida que tenía la ciudad y demás municipios del Departamento desde hacía varios años. Las empresas del régimen subsidiado se fueron quedando cortas para la atención de los pacientes, alegando problemas de sostenibilidad financiera, por lo que ellas argumentaron que los ingresos provenientes de la UPC - que es el mecanismo de financiación de la salud, como un valor fijo per cápita que se tiene por cada uno de los afiliados al sistema y a cambio de ello se deriva el costo médico - no era suficiente para cubrir los costos que implicaban las atenciones en salud en cuanto a los procedimientos, dispositivos, medicamentos y más; considerando que la ciudad de Medellín una de las más costosas en salud por las siguientes razones:

- Alta tecnología, con disponibilidad de equipos más avanzados, siendo incluso mayor que el resto del país. Pero este tipo de inversión es realizada por las empresas prestadoras de servicios de salud, las cuales a razón de esto encarecen las atenciones en salud, para ellas poder recuperar la tasa interna de retorno. Lo anterior estimula una sobreoferta de servicios y eso induce a la demanda, ya que la tecnología facilita el diagnóstico y aporta más eficacia al tratamiento. Por lo tanto todos los pacientes terminan requiriendo de esta alta tecnología y eso hace que sea mucho más costoso para las aseguradoras prestar servicios de salud.
- Medellín es una ciudad receptora de pacientes, esto es debido a la alta tecnología, excelente infraestructura y equipos por lo que se dispara fuertemente la utilización de los servicios de salud. Medellín además tiene una alta vocación en la atención de salud y es reconocida por su calidad médica, los profesionales de la salud son altamente capacitados y esto hace que sean muy demandados los servicios a través de ellos.

Todo este ambiente encarece el costo médico por lo que el ingreso proveniente de la UPC como fuente financiadora del gasto médico se queda insuficiente para garantizar la sostenibilidad de los incrementos del costo médico, razón por la cual lleva a que las empresas presenten unas tasas de rendimiento financiero muy bajo, presentando pérdidas en sus ejercicios finales tanto operacionales como financieros. Esa situación económica fue lo que llevo a que muchas aseguradoras tuvieran que salir del Departamento y adicionalmente por ley de grandes números y por dispersión del riesgo es preferible tener números mayores de afiliados a

efecto de contener más el costo médico, razón por la cual surge la idea de tener una gran EPS Departamento - Municipio, por lo tanto las dos bases de afiliados (800 mil de Medellín, un millón del resto del departamento) sumándolos dan un millón ochocientos mil afiliados, cantidad tal que va a permitir realizar una adecuada gestión del riesgo en comparación con poblaciones más pequeñas, porque en una población grande hay más ancianos pero también hay muchos jóvenes los cuales no se enferman y no van a consumir tanto esa UPC, por lo que van a permitir el financiamiento de esa población con enfermedades degenerativas asociadas a los últimos años de vida, eso explica el por qué teniendo una población más grande se puede pagar mucho más fácil y lograr autos-sostenibilidad que una empresa pequeña.

Entonces Savia Salud nace porque cada una de estas empresas pequeñas se fueron retirando: Cafesalud, Comfenalco, Caprecom; al final Comfama en un ejercicio de responsabilidad empresarial asume una alianza con el Municipio y Departamento, para atender a los pacientes a la espera que se decida si se crea o no una EPS publica o mixta. Van y vienen las discusiones, se presenta un proyecto por parte del concejo de la ciudad de Medellín, proyecto que es estudiado y es aprobado en su primera instancia en el que se requería la voluntad de una alianza colectiva con el Departamento. Es entonces que por la ley de los grandes números surge la posibilidad de una alianza del Departamento y el Municipio y además dado el conocimiento, la trayectoria, la habilidad, la seguridad, la reputación y el conocimiento que tenía Comfama en el manejo y la presencia institucional en todas las regiones del Departamento y en los 115 Municipios, que mejor que hacer una alianza con quien operativamente ya había realizado esa función y tratar de coger el aseguramiento como responsabilidad financiera y en salud.

El Departamento y el Municipio se unen entonces con Comfama, una caja de compensación familiar que también tiene una alta vocación social y que tiene recursos del 4% que ellos reciben para su financiación de los aportes parafiscales que una parte destinan para salud. Se presenta así una alianza público-privada entre el Municipio y el Departamento como entes territoriales con una caja de compensación que se llama Comfama donde se coloca en orden cerrado el 75% de capital social para la constitución de esta empresa la aporta el Departamento y el Municipio en porcentajes iguales 50 y 50 y el 25% restante lo pone Comfama y ahí se hace la constitución del capital social del patrimonio de esta empresa.

Funcionamiento administrativo. Comfama realiza una función operativa; Los pacientes son atendidos en las IPS de la red pública y privada hospitalaria que se contrata bajo los lineamientos y las condiciones acordadas entre los prestadores y Savia Salud en una negociación de tarifas sobre coberturas, frecuencias e incentivos, y Comfama es la entidad encargada de manejar todas las agendas, las autorizaciones, ayudar en el control del riesgo, en la referencia y contrarreferencia, en la remisión de pacientes, en el tema de la afiliación, en el acceso a la red, los indicadores y CTC, los recobros y todo el tema de la función del tratamiento de las cuentas medicas a través de un sistema que se llama Integra, el cual realiza un procesamiento de la información y de las cuentas médicas y finalmente Savia Salud a través de tesorería realiza las validaciones, los pagos a la red pública y privada tanto al primer, como al segundo y tercer nivel de atención siendo el primer nivel el básico el cual es manejado por la red pública y que por ley se debe contratar hasta el 60% del valor de la UPC; y los niveles de segunda y tercera complejidad unos son contratados a nivel regional con los hospitales y en el tercero se realizan con muchas entidades privadas salvo el Hospital General de Medellín donde se hacen procedimientos de alta complejidad y las empresas de carácter privado que manejan diferentes especialidades médicas como ginecoobstetricia, pediatría, entre otras. Eso es hoy lo que se tiene de esta integración.

Como es el giro de los recursos por parte de Savia Salud a la red prestadora? Savia Salud le gira directamente los recursos a la red prestadora por medio de dos modalidades:

- **Capitación.** Primer nivel de atención. De un volumen del total de los pacientes afiliados se multiplica el valor de la cápita negociada de acuerdo con el valor de la UPC que les suministran por un número de afiliados que tengan en algún municipio.
- **Pago por evento:** el pago se realiza por una atención de salud previamente acordada que puede ser SOAT o ISS dependiendo: entes territoriales tarifa SOAT, ISS para los privados.
- **Por paquete:** solo en el caso de partos.

Savia Salud presupuesta el dinero y le gira al Fosyga quien paga directamente a los prestadores. La cápita es un valor fijo que le da al prestador lo cual es su fuente de financiamiento y este debe atender bien a los pacientes garantizandole unas agendas, los indicadores, las coberturas y las frecuencias de

utilización. Por evento se hace giro directo siempre y cuando la IPS este habilitada por el ministerio. Savia Salud le ordena al ministerio el pago y le realizan el giro directo. Lo anterior saneó las finanzas de los hospitales y resolvió una de las problemáticas más sentidas que es de la financiación del aseguramiento en salud por cuanto muchas entidades prestadoras de salud se quejaban que la plata no les llegaba, que el giro era inoportuno y las carteras eran altas y crecientes y por eso la creación de esta EPS mixta contribuyó a mitigar esa parte.

Estructura jurídica de la EPS. La EPS al ser de naturaleza mixta, es una figura novedosa que ofrece muchas bondades. Es un modelo a replicar porque tiene una alianza pública - privada y se suma una vocación social de ambas, además de la experiencia y control que tiene el ente privado, siendo entonces una colección de pesos y contrapesos. La figura jurídica es una modalidad en SAS - Sociedad Anónima Simplificada- , que aunque permite una democratización del capital con distribución de los excedentes, en Savia Salud esta condición no se da; primero no se generan excedentes porque esa no es la vocación de esta empresa y si se llegaran a dar sería para reinvertirlos en nuevos servicios para los afiliados, así que de ninguna manera hay una política de distribución de excedentes. Esta figura es muy positiva. Cuando la salud es netamente publica se han visto dificultades con este modelo por problemas de corrupción, ineficiencia, de politización de la organización donde a veces llegan agentes *non sanctos* que no le hacen un favor al sector, si no que buscan usurpar, entonces esta figura de lo público y lo privado digamos que aporta elemento de control, de pesos y contrapesos entre uno y el otro y eso le da un equilibrio social, fiscal, financiero a estas organizaciones porque es un modelo a replicar.

Savia Salud es una SAS, alianza público- privada, mixta, el 75% de su capital es menor del 90% por lo tanto se rigen por el derecho privado en materia de contratación, lo que los hace ser muy ágiles sin la exigencia del presupuesto con el rigor público. En este aspecto poseen un régimen de libertad a nivel privado, es decir, un código civil o de comercio. Teniendo en cuenta que son recursos públicos del Sistema General de Seguridad Social en salud pertenecientes a los recursos de la parafiscalidad, deben de una manera casi natural y necesaria, vigilar y garantizar el cumplimiento de los principios de la gestión fiscal, de la gestión administrativa, de eficiencia, eficacia y equidad; estos principios los deben guardar porque a pesar de ser una empresa pseudo-privada, son recursos públicos los que administran, son recursos del sector de la salud, y ello los hace ser muy cuidadosos en ese manejo,

por eso son vigilados por la Contraloría General de la República y por la Superintendencia Nacional de Salud; tienen una revisoría fiscal, un Departamento de control interno, teniéndose que sujetar bajo un marco de actuación con un criterio orientador.

Este es un sector altamente reglado y normatizado donde hay una definición de lo que se puede hacer y hasta donde no se puede hacer. Por lo tanto la estructura de esta empresa hace que tenga un doliente fuerte por parte del estado pero hay un control de lo privado, entonces hay una fuerte dosis de equilibrio al modelo y al esquema de negocio.

Tipo de contrato de los empleados de Savia Salud

En esta empresa, se maneja contrato de prestación de servicios, excepto el Gerente que es a término fijo. *Human capital* les realizó la estructura salarial, el organigrama y la estructura organizacional; el tema del planeamiento ya se decidió y la Gerencia viene instrumentando todo y próximamente se van a hacer los nombramientos de los cargos en donde se va a normalizar la situación de los empleados. Mientras tanto se encuentran en una etapa transicional mientras se ejecuta este proceso.

Oportunidad

Hace falta mucho por mejorar, ya que siempre será una condición el mejoramiento. La inoportunidad no es responsabilidad de Savia Salud, es de la IPS, por falta de disponibilidad del especialista, por los CTC, demandas, son cuestiones que hay que darles prioridad. Todo es parte de un negocio y hay que buscar un equilibrio entre la oferta de especialistas y la oportunidad, accesibilidad y pertinencia.

Crisis de los hospitales

El pagarles a tiempo es un ejercicio muy respetuoso y responsable. Se ha negociado con ellos unas muy buenas condiciones de la UPC, y Savia Salud ha establecido una atención priorizada con ellos, para garantizarles el 60% de la UPC y hay un excelente nivel de relacionamiento, existe un plan de incentivos por promoción y prevención como motivante para que hagan una buena gestión en esta área. Para Savia Salud la red pública son sus aliados naturales y sustanciales.

Auditoria. Existen auditores médicos y concurrentes para gestionar el riesgo tanto en salud como financiero. Los concurrentes juegan un papel muy importante en la adecuada administración y en la gestión del riesgo

de tal suerte que ellos puedan intervenir con unas directrices enmarcados en los que es la normativa general. Savia Salud tienen contratados los auditores a través del operador, es decir Comfama; y otro tipo de auditores son los de las cuentas médicas y aparte la EPS tienen unos pares que verifican esa información y así trabajan conjuntamente.

Balance del primer año

El número de afiliados pasó de 1'664.000 desde cuando iniciaron, a la actualidad a un 1'800.000 usuarios. Entre los logros que alcanzaron se destaca que la llegada de usuarios de las otras EPS que abandonaron el Régimen Subsidiado en Antioquia no generó traumas, y que por el contrario, pese a que existen quejas hay un nivel de satisfacción de los usuarios del 90%. En cuanto a las atenciones se han incrementado generosamente: hospitalizaciones pasaron de 69.500 a 93.000, las cirugías de 132.000 a 219.000, y las órdenes de alto costo (trasplantes, cuidados intensivos, cirugías cardiovasculares, oncología) pasaron de 93.000 a 138.000. De igual manera en servicios de promoción y prevención (citologías, vacunas, partos) esta entidad pasó 2'500.000 a 3'400.000. Mensualmente generan más de 50 mil autorizaciones. Las tutelas bajaron de 13.200 a 6.900 en Antioquia y en Medellín pasaron de 8.847 a 2.657, esto representa una disminución del 70%. Esto ha sido gracias a una estrategia que consiste en ubicar en la personería o en el edificio de la rama judicial a personal médico o de enfermería, para orientar a los posibles demandantes; y planean expandir esta estrategia hacia otros Municipios del Departamento.

Savia Salud tuvo permiso de la Superintendencia de Salud para operar con la habilitación de Comfama, quien les dio un plazo de un año para tener su propia personería, razón por la cual Comfama quien viene siendo operador, es el encargado de gran parte de las labores misionales, y por esta razón Savia Salud ha recibido críticas en razón de que aún no poseen identidad. Sin embargo como se ha mencionado anteriormente, se viene organizando toda la planeación y estructuración, teniendo en cuenta que la documentación ya fue entregada y se espera que en los próximos días la Superintendencia de Salud tome la decisión de concederles la habilitación, la cual ya les dio el visto bueno.⁹

Pensamiento gerencial

A continuación plasmaremos como fue concebido el proyecto de esta EPS mixta, desde el punto de vista

⁹ Todas estas anotaciones hasta aquí consignadas fueron parte de las respuestas a las entrevistas realizadas a los directivos de Savia Salud, el día 10 de junio de 2014.

de su planeación estratégica, partiendo de un análisis del entorno desde los puntos de vista de diferentes estudios, documentos técnicos y normatividad vigente tenidos en cuenta por los promotores de esta iniciativa para la creación de Savia Salud¹⁰:

El Sistema General de Seguridad Social en Salud se encuentra en una situación de crisis, la cual ha sido analizada ampliamente por investigadores nacionales e internacionales desde hace más de 10 años. Más allá de la discusión de si los problemas que aquejan al sistema de salud son coyunturales o estructurales, existen situaciones concretas que afectan el acceso y calidad de la población a la atención en salud y la sostenibilidad misma del sistema.

Algunos de los principales problemas son los siguientes:

- Segmentación de la población, manteniendo inequidad en los planes de beneficio y “estratificación” del derecho a la salud.
- Exceso de competencia entre aseguradores y entre prestadores de servicios de salud, generando alto grado de fragmentación de la atención y escaso desarrollo de redes de servicios. Esta fragmentación genera duplicidad de acciones, ineficiencias, falta de coordinación y continuidad en la atención de los pacientes y finalmente afecta la calidad de la atención y los resultados en salud a nivel individual y colectivo.
- Debilidad en la Rectoría y Regulación del sistema (planificación, conducción, vigilancia, control, sistema de información). El estado en sus diferentes niveles, no ha logrado liderar de manera firme el proceso y constante el sistema de salud, agravando el desorden y la falta de gobernabilidad.
- Comportamiento “rentístico” de múltiples actores, con grandes retrasos en el flujo de los recursos financieros y altos costos de transacción.
- Alto nivel de “judicialización” que produce gran cantidad de mandatos no financiados, como servicios no pos, afectando la sostenibilidad del sistema de salud y de las instituciones participantes.
- Debilitamiento de la gestión de la salud pública, existiendo en el país gran debate sobre cuáles son y cuáles deben ser los resultados en salud.

- Debilidad en planificación y desarrollo de los recursos humanos en salud (déficit de profesionales en varias especialidades médicas, precarización laboral)
- Desregulación de precios de medicamentos: encarecimiento exagerado del sistema de salud.
- Presencia de corrupción en el sector público y en el sector privado.
- Exceso de normatividad y cambio frecuente de normas generando inestabilidad.

La Gobernación de Antioquia y el Municipio de Medellín proponen entonces la creación de una EPS mixta con la EPS-S Comfama para mitigar parte de estos problemas del sistema que actualmente se presentan en Antioquia y garantizar el aseguramiento en salud de millones de antioqueños que quedarán desprotegidos ante un eventual retiro de la EPS-S Comfama del régimen subsidiado. A continuación se presenta un análisis DOFA de la creación de una EPS-S mixta en Antioquia:

Debilidades

- Burocratización y “des-economías” de escala por el gran tamaño de operaciones y el alcance territorial amplio que podría alcanzar la EPS- S.
- Socios con diferentes expectativas y mandatos. Aunque existe un propósito común de la Gobernación de Antioquia, el Municipio de Medellín y Comfama en relación al proyecto, los mandatos institucionales y el campo de actuación de cada uno son específicos y diversos.
- Información insuficiente para la toma de decisiones. El Sistema General de Seguridad Social en Salud y especialmente el Régimen Subsidiado, adolecen de falta de información suficiente para orientar las decisiones institucionales. Para la conformación y operación de la EPS-S Mixta se deberá trabajar con base en la mejor aproximación posible a la información requerida.

Oportunidades

- Desarrollo de un nuevo modelo de atención integral en salud, basado en la estrategia de atención primaria en salud (ley 1438 de 2011) con POS unificado e implementando Redes Integradas de Servicios de Salud público-privadas que

10 Tomado de documentación suministrada por la EPS Savia Salud.

garanticen coordinación de todos los niveles de atención y complementación de la oferta (mayor eficiencia, calidad, efectividad y satisfacción de los usuarios).

- Dispersión del riesgo financiero por alto número potencial de afiliados en un ámbito de actuación amplio (todo el departamento de Antioquia).
- Efecto demostrativo nacional de innovación en la gestión del Régimen Subsidiado de Salud, señalado tanto por autoridades nacionales como por los potenciales socios en el Departamento de Antioquia.
- Disponibilidad de nuevos recursos para el Régimen Subsidiado con unificación del POS a partir del 1 de julio del 2012.
- Intensificación de sinergias entre políticas públicas de salud y de protección social. Articulación de la EPS Mixta con actores del desarrollo territorial a nivel de los municipios, las subregiones y el departamento de Antioquia. Fortalecimiento e integración de redes territoriales de servicios de salud y redes de apoyo social.
- Efecto ordenador y regulador para el sistema de salud en Antioquia. Se podrían desarrollar alianzas, más allá de los contratos, entre la EPS-S, los entes territoriales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las comunidades, alrededor de metas y resultados en salud.
- Desarrollo a gran escala en todo el Departamento de Antioquia, de nuevas modalidades de prestación de servicios de salud tales como la salud familiar, la atención domiciliaria, la telesalud, la telemedicina, entre otros.

Fortalezas

- Compromiso explícito de los posibles socios y del Gobierno Nacional de integrar esfuerzos, resolver estructuralmente los problemas del Régimen Subsidiado en Antioquia y garantizar su sostenibilidad.
- Experiencia de los socios de la EPS-S Mixta en la gestión del Régimen Subsidiado de salud en Medellín y Antioquia.
- Capacidad, desarrollo gerencial y solidez institucional del sector salud en Antioquia, tanto de sus instituciones públicas como privadas.

Amenazas

- Efecto de atracción de población con alta carga de enfermedad procedente de departamentos vecinos.
- Costo de los servicios de salud en Medellín y Antioquia por encima del promedio nacional.
- Alta carga de enfermedad “represada” de nuevos afiliados a la EPS-S
- Riesgo de distorsión del modelo por exceso de influencia política.
- Premura para el inicio de operaciones, que puede afectar la disponibilidad de información suficiente y la preparación de las formalidades requeridas para la autorización de operación de la EPS-S.
- Incumplimiento y/o retraso en compromisos financieros por parte de entidades territoriales y del gobierno nacional.

Discusión

Aunque la EPS-S Savia Salud lleva un prematuro funcionamiento con relación a otras EPS del país, si podemos dar cuenta de sus fortalezas y/o algunas debilidades, aún más basadas en el hecho de que tienen en su alianza a una entidad como Comfama que cumple una función operadora y que siempre se ha caracterizado por su labor social y calidad en función de sus procesos.

A partir del 1 de mayo de 2013, nació Savia Salud con el propósito de garantizar la accesibilidad, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud a todos sus afiliados, buscando consensuar los intereses de todos los actores hacia la razón de ser de cualquier sistema de salud: los ciudadanos y los pacientes.

Savia salud ha sido fundamental para muchos después de la crisis del régimen subsidiado que el país conoce y ha mostrado un camino para una posible solución a esta crisis tanto al ministerio de salud, como al gobierno, a las entidades territoriales y otros agentes de la salud; esta EPS conjuga tres elementos fundamentales: la participación público privada generada de la unión con la Gobernación de Antioquia, la Alcaldía de Medellín, y una caja de compensación; ambas fuerzas reconocidas por su compromiso de dar buenos resultados en salud para la gente, ser un representante ante el usuario y con la responsabilidad

de trabajar con la red prestadora de servicios y ser una agente en la recuperación necesaria de los hospitales públicos.

Podemos dar cuenta que Savia Salud es una estrategia muy importante que ha permitido el interés de generar pactos sociales con los municipios, secretarías de salud e instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, con el fin de fortalecer la red de servicios, mejorar su eficiencia y efectividad, facilitando la participación directa en la toma de decisiones en salud, reduciéndose así la fragmentación actual del Sistema General de Seguridad Social al integrar los procesos de aseguramiento y prestación de servicios.

Conclusiones

La alianza estratégica de tres organizaciones con objetivos comunes y sin ánimo de lucro en la creación y funcionamiento de una EPS-S mixta, es fundamental en el proceso de garantizar el servicio esencial de la salud a la población más pobre y vulnerable del Departamento de Antioquia, incluso con la posibilidad a futuro de ampliarse hacia otras regiones estratégicas del país y otro tipo de régimen en salud.

La administración directa del aseguramiento ha facilitado el flujo de recursos a la red pública y privada, garantizando estabilidad al sistema y la reducción de las carteras de los prestadores.

La buena gestión de la EPS ha demostrado que la participación del sector público en el aseguramiento puede ser exitosa.

Se ha posibilitado la articulación de las políticas sectoriales de los entes territoriales y la caja de compensación, para garantizar un mejor bienestar a los afiliados a la EPS.

Recomendaciones

Se debe controlar el costo en salud a través de diversas estrategias que incluyan: establecer contratos basados en estímulos por el logro de indicadores de resultado e impacto, e incrementar el número de afiliados de grupos etarios de menor riesgo y que por ende representan menor gasto, que equilibren la población de mayor riesgo y costo

Establecer un modelo de atención basado más en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad que en la curación o tratamiento, y por ende fomentando la participación en el desarrollo del modelo de Atención Primaria en Salud.

Vigilancia en el riesgo de politización y burocratización ante el cambio de gobernantes.

Controlar el riesgo de convertirse en Monopolio territorial del aseguramiento de Régimen Subsidiado limitando la competencia con otros aseguradores.

En la medida que la EPS logre resultados favorables desde el punto de vista de salud y financiero, se debe pensar en la expansión en la afiliación del Régimen Subsidiado hacia otros departamentos e igualmente en la administración del Régimen Contributivo.

Lograr obtener a la mayor brevedad la habilitación y la personería que los acredite como EPS-S y concretar su estructuración como empresa en cuanto a los contratos laborales con sus empleados, mediante vinculación directa.

Tratar de restar la estrategia de ayudar al usuario en el trámite antes que se reciba la tutela en los juzgados, y en cambio garantizar la continuidad e integralidad en los tratamientos y que sea oportunos y de calidad, de manera que el usuario no tenga que recurrir a un juzgado.

Referencias

1. Declaracion final_encuentro_academico salud participantes [Internet]. Recuperado a partir de: http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/home/noticias/DECLARACION%20FINAL_ENCUESTRO_ACADEMICO%20SALUD%20PARTICIPANTES.pdf
2. Se agrava crisis de las EPS del régimen subsidiado - Archivo - Archivo Digital de Noticias de Colombia y el Mundo desde 1.990 - eltiempo.com [Internet]. Recuperado a partir de: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-12019682>
3. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de Salud de Colombia. Salud Pública de México. 2011; 53 (suplemento 2).
4. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Bogotá: El Congreso; 1993.
5. Castañeda C, Fonseca M, Núñez J, Ramírez J, Zapata J. La Sostenibilidad Financiera del Sistema de Salud Colombiano – Dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro -. Bogotá: Fedesarrollo; 2012.

6. Vargas I, Vásquez ML, Jane E. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saude Pública*. 2002; 18: 927-937.
7. Gonbaneff Y, Torres S, Gómez C, Cardona J. y Contreras N. Laberinto de recursos en el sistema de salud, según proyecto 052. Estudio de la Universidad Javeriana. DNP -documento 287. Julio de 2005. Serie Archivos de macroeconomía. Bogotá
8. Garavito L, Amaya J. Estudio indicativo de precios, diseño muestral. Documento técnico Cendex. 2005.
9. Rodríguez Salazar, Óscar. "Programas de investigación en protección social y políticas públicas". En Amparo Hernández Bello y Carmen Rico (Editoras). *Protección social en salud en América Latina y el Caribe. Investigaciones y políticas*. OPS, IDCR. Universidad Javeriana, Bogotá. 2011
10. Mejía A, Sánchez A, y Tamayo J. (2008). Determinantes del Acceso al Servicio de Salud en Antioquia. Tesis de grado en Economía. Disponible en: <http://www.universia.net.co/tesis-de-grado/viewdocument/documento-623.html>
11. República de Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. (Diciembre 2011.). Informe Situación Financiera de COMFENALCO. Bogotá.
12. COMFAMA. (2012). Resultados COMFAMA 2010-2011. Medellín
13. Santamaría S, García A, Vásquez. El sector salud en Colombia riesgo moral y selección adversa en el sistema general de Seguridad Social en Salud (SGSSS).
14. *Castaño Yepes RA*. Medicina, ética y reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. Colombia: Fundación Creer, 1999.
15. Congreso de la República de Colombia. (23 de 12 de 1993). Ley 100 de 1993. Reforma a la Salud. Bogotá, Colombia.