

**INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL
UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE
SALUD – POS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS**

Sentencia T-760 de 2008

Marzo 13 de 2009

INFORME CON DESTINO A LA HONORABLE CORTE CONSTITUCIONAL

UNIFICACIÓN GRADUAL Y SOSTENIBLE DE LOS PLANES OBLIGATORIOS DE SALUD – POS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Sentencia T-760 de 2008

En virtud de lo dispuesto en la orden vigésimo primera de la Sentencia de Tutela T-760 de 31 de julio de 2008, este Ministerio procede dentro de los términos allí previstos a rendir informe sobre el proceso de cumplimiento de la unificación de los planes de beneficios del régimen contributivo y del subsidiado para los niños y las niñas.

En sesión de Marzo 6 de 2009 el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud aprobó la entrega de un informe de avance de unificación de los planes obligatorios de salud de los niños y niñas que exprese el compromiso de cumplimiento de las órdenes de la Honorable Corte Constitucional. En lo relativo a la unificación de los Planes Obligatorios de Salud de los niños y niñas manifestó:

1. En sesión del 27 de Enero se aprobó presentar una metodología que le fue planteada al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud por el Ministerio de la Protección Social para la actualización y unificación del Plan Obligatorio de Salud, la cual fue remitida a la Honorable Corte Constitucional en el Informe correspondiente a la Orden Vigésimo Segunda de fecha Enero 30 de 2009. La socialización, revisión y aprobación de la metodología por parte de cada uno de los miembros del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con sus correspondientes representados constituye por lo tanto la primera actividad de la concertación y se encuentran en proceso de avance.
2. El Ministerio de la Protección Social se encuentra examinando dicha metodología en la unificación del Plan Obligatorio de Salud, con énfasis en el de los niños y niñas. En este informe se presentará el estado de avance de estos procedimientos.
3. Una vez obtenida una propuesta de los contenidos del POS unificado para los niños y niñas, serán sujetos de un proceso de consulta ciudadana, de las sociedades científicas, en particular la de Pediatría y las de los actores del sector.
4. El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud también revisará que pueda garantizarse el equilibrio financiero del POS unificado de los niños y niñas con miras a asegurar la sostenibilidad financiera de éste y el equilibrio financiero del sistema.

Por último y teniendo en cuenta que la garantía de sostenibilidad del sistema no depende sólo del CNSSS, el Gobierno Nacional se encuentra desarrollando una revisión de las políticas de salud en lo relativo a los planes de beneficios y su financiación. Esta política será presentada próximamente a la Honorable Corte Constitucional.

ANTECEDENTES

Tal como lo señala la Honorable Corte Constitucional, la unificación gradual y sostenible del Plan Obligatorio de Salud se debe enmarcar en las obligaciones emanadas de los convenios internacionales y aquellas resultantes de las normas nacionales.

Acuerdos Internacionales

Colombia ha suscrito, entre otros, los siguientes tratados con referencia a la salud de los niños y niñas: la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 y la Convención sobre los Derechos del Niño de 1990.

Normas de Orden Nacional

La Ley 100 de 1993 modificada por la Ley 1122 de 2007, respecto de la cobertura crea los planes de beneficios y estableció una progresividad en la cobertura universal y en la unificación de los planes en los dos regímenes. Este mandato que cubija la totalidad de la población por diversas razones de orden económico y organizacional no ha sido cumplido, tanto para niños como para los adultos.

Adicionalmente, la definición del Plan Obligatorio de Salud – POS del Régimen Contributivo, se realizó a partir de la información disponible en la fecha de su creación (1994) siguiendo el mandato expresado en el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 según el cual *“el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones...”*.

Dado este contexto se emitieron los Acuerdos 8 y la resolución 5261 de 1994 (MAPIPOS) y los Planes Obligatorios de Salud se expresaron como un listado de procedimientos, actividades e insumos a ser cubiertos a través de la afiliación al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado respectivamente, siguiendo la estructura e información existente en el Instituto de Seguros Sociales de la época.

A la luz de los avances en la información epidemiológica y demográfica de la población, en el rápido progreso en los métodos de cuantificación económica en salud, el conocimiento nuevo sobre tecnología apropiada y la evolución de las complejas condiciones económicas mundiales y su repercusión sobre la economía Colombiana, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en sesión de Enero 27 de 2009 aprobó el desarrollo de un proceso participativo para la modificación de los Planes Obligatorios de Salud tanto del Régimen Contributivo como del Subsidiado cuyo propósito sea generar un nuevo Plan Obligatorio de Salud que cumpla con las siguientes especificaciones:

1. Responda al perfil epidemiológico y demográfico de la población.
2. Estructurado de forma que se enfatice el cuidado integral en salud y favorezca la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

3. Se pueda actualizar de manera periódica para responder a los cambios en las necesidades de la población y a la evolución de la tecnología media.
4. Sea financiable y sostenible a largo plazo.
5. Su desarrollo cuente con la participación de los profesionales de la salud, los usuarios y los demás actores del sector de la salud en forma tal que se legitime su resultado.
6. Sus contenidos sean difundidos a la población y en particular a los usuarios.
7. Sus contenidos se encuentren al acceso de las personas en todo el territorio nacional.
8. Se desarrolle una instancia de carácter técnico con la capacidad de dirimir las diferencias cuando se presente una negación de servicios.
9. Se unifiquen los contenidos del POS del Régimen Subsidiado con los del Contributivo en el tiempo y con la gradualidad que garantice el cumplimiento de las ocho especificaciones anteriores.

POLÍTICAS DE SALUD Y DE PLANES DE BENEFICIOS

Los planes de beneficios vigentes son el resultado de los mandatos anteriormente enumerados. Su contenido técnico respondió también a las condiciones existentes al momento de su desarrollo, circunstancias éstas que han variado de manera notable en el período de tiempo transcurrido desde entonces.

Sin embargo, como se describe a continuación estas condiciones han evolucionado y en respuesta, el Ministerio de la Protección Social ha adelantado una serie de análisis técnicos, epidemiológicos y económicos y conjuntamente con el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se realizaron ajustes a los planes de beneficios. Al momento de emisión de la Sentencia T-760 de la Honorable Corte Constitucional estas acciones continuaban en ejecución.

Esas condiciones incluyen:

1. Cambios en los determinantes de las condiciones de salud de la población.

Las necesidades de servicios de salud de las personas cambian de manera permanente a medida que los determinantes de su estado de salud se encuentran en permanente evolución:

- a. Condiciones epidemiológicas y demográficas en permanente y marcada evolución: La población Colombiana se encuentra en proceso tanto de transición demográfica hacia un envejecimiento de la población, como de transición epidemiológica concomitante de reducción de las enfermedades transmisibles hacia las crónicas no transmisibles.
- b. Condiciones socioeconómicas: A medida que aumenta el acceso a mejor vivienda, mejores alimentos, aumenta el nivel educativo, disminuyen las enfermedades transmisibles y aumentan las enfermedades asociadas a los estilos de vida, como el tabaquismo, la sedentariedad y las dietas hipercalóricas.

- c. Condiciones de medio ambiente: Los cambios en el medio ambiente desde los el cambio climático hasta la contaminación asociada a la industrialización generan nuevas enfermedades y aumentan la frecuencia de otras como las transmisibles por vectores asociadas al aumento de la temperatura.

2. Capacidad técnica de estimar las condiciones de salud de la población.

En los últimos quince años se han desarrollado robustas metodologías para medir las condiciones de salud de la población como son los diversos métodos de estimación de carga de la enfermedad, promovidos por los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud.

De igual manera, en este período en Colombia se ha realizado un esfuerzo sistemático de recolección de información específica sobre el estado de salud de las personas y su uso de servicios, como son las encuestas quinquenales DHS recogidas por Profamilia, la Encuesta Nacional de Nutrición de 2005, la Encuesta Nacional de Salud de 2007 y los Estudios de Suficiencia y Ajuste de Riesgo de la UPC.

Aplicando una metodología de carga de la enfermedad y haciendo uso de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2007, en el 2008 se realizó un estudio de carga de la enfermedad de los colombianos que permite analizar las condiciones de salud de la población.

3. Capacidad técnica de estimar el impacto de las diferentes intervenciones sobre las condiciones de salud de los individuos y las poblaciones.

La literatura científica mundial y la nacional han incrementado de manera sustancial su capacidad para medir el impacto de las diferentes intervenciones de salud sobre los resultados de salud.

Gracias a estos avances es posible identificar las intervenciones que deberían recibir una mayor prioridad durante el proceso de toma de decisiones de las inclusiones o exclusiones en un plan de beneficios.

4. Capacidad de desarrollar instrumentos técnicos como guías y evidencia científica.

También durante este periodo desde el desarrollo del Plan Obligatorio de Salud colombiano hace quince años, se ha producido un marcado desarrollo de las metodologías y el conocimiento requerido para producir instrumentos técnicos de integración y mejora de la calidad de los servicios de salud, como son las guías de práctica clínica y los mecanismos de uso de la evidencia científica.

5. Capacidad de procesamiento de información y fuentes de información.

Hoy hay un marcado desarrollo en los sistemas de información y en la capacidad de computación que permite realizar cálculos hace pocos años inimaginables. Lo mismo sucede con las fuentes de datos permanentes de usos y costos de los servicios de salud, entre otros.

El Ministerio de la Protección Social, los centros académicos y de investigación cuentan con una capacidad creciente de procesamiento de la información que se

requiere para realizar los análisis técnicos requeridos para la generación del Nuevo POS.

6. Existencia de métodos probados de consulta ciudadana.

Se han desarrollado y puesto a prueba en diferentes países los mecanismos de participación ciudadana y de los diferentes actores del sistema de salud y la sociedad en general durante los procesos de priorización de los servicios a ser entregados a la población.

Dados los avances en las materias anteriormente enumeradas y en respuesta al mandato de la Honorable Corte Constitucional de proceder a la unificación de los planes de beneficios de los dos regímenes se requiere el desarrollo de una política pública en el SGSSS que sea coherente con los objetivos de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud y del mejoramiento de las condiciones de salud de la población en condiciones de equidad.

Ello implica que las decisiones del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se armonicen con una política de estado, a partir de la cual se coordinen las políticas de desarrollo en todos aquellos sectores que de alguna manera impactan los riesgos de enfermar de la población colombiana, y defina en ese marco, cuál es la responsabilidad de la seguridad social en salud que debe ser cubierta a través de los planes de beneficios y establezca las medidas económicas y financieras que sean necesarias para hacer más eficiente los recursos que se destinen para tal fin.

PLAN DE ACTIVIDADES

A la luz de los cambios en las condiciones anteriormente descritos y el mandato contenido en la Sentencia T-760 de la Honorable Corte Constitucional, para la actualización y unificación del POS de los niños y niñas en el marco anteriormente descrito y en consonancia con las actividades definidas para los demás grupos etarios en Informe de la Orden No. 22 del 30 de Enero se han propuesto las siguientes actividades:

1. Determinación de la edad límite de los niños y niñas.

Para efectos de determinar la edad límite del concepto de "niños y niñas" se encuentra en proceso una revisión de las normas vigentes.

2. Determinación técnica de las necesidades en salud de los niños y niñas.

Como primera medida, el Ministerio de la Protección Social y el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud emprendieron la tarea de identificar de manera exhaustiva las fuentes de información que podrían aportar información valiosa en cuanto a la determinación exclusivamente técnica de las necesidades en salud de la población, y en particular de los niños y niñas.

Como resultado de este proceso se ha identificado que las principales fuentes de información para dicha tarea son:

- La Encuesta Nacional de Salud de 2007.

- Las Encuestas quinquenales de Demografía y Salud (DHS) que ha venido desarrollando Profamilia.
- La Encuesta Nacional de Nutrición de 2005.
- Estudio de carga de la enfermedad de los colombianos realizado en el 2008 que permite analizar las condiciones de salud de la población.
- Estudios de Suficiencia y Mecanismos de Ajustes de Riesgo de la UPC.

De la revisión de dichas fuentes de información, de manera preliminar se ha logrado establecer que las principales necesidades en salud de los niños y niñas, evidenciado a través de la mayor cantidad de años de vida ajustados por discapacidad que se pierden, están relacionados con problemas perinatales, como asfixia neonatal y complicaciones por el bajo peso al nacer, seguido de malformaciones congénitas y de infecciones diarreicas para los niños de 0 a 4 años, y que además se presentan marcadas diferencias por grupos de edad ya que en los niños de 5 a 14 años las principales necesidades están marcadas por problemas de salud mental, como la depresión, seguido por respiratorios no necesariamente infecciosos, como el asma, y finalmente por problemas de salud dental así como accedentes en general.

Es necesario continuar con análisis complementarios y más profundos que permitan definir con mayor claridad las principales necesidades respecto de la morbilidad en la población infantil.

3. Determinación de las diferencias en los contenidos entre el POS del Régimen Subsidiado y el del Régimen Contributivo.

El Ministerio de la Protección Social se encuentra trabajando en la tarea de identificar las diferencias en los contenidos de los POS del Régimen Subsidiado y POS del Régimen Contributivo. Para eso se está llevando a cabo una comparación de los Acuerdos 306 y aquellos que lo modifiquen o adicionen, con la Resolución 5261 de 1994 y aquellos Acuerdos que la modifiquen o adicionen, así como con el Acuerdo 228 y aquellos que lo modifiquen o adicionen.

4. Diferencias entre los contenidos actuales del POS del Régimen Subsidiado y los tratados internacionales relacionados.

La metodología planteada contempla la revisión e identificación de los tratados internacionales suscritos por el Estado colombiano y la determinación de aquellas actividades, intervenciones, procedimientos o medicamentos que son indispensables para cumplir con los compromisos adquiridos. Una vez determinadas dichas tecnologías es necesario compararlas frente a los actuales contenidos de los planes de beneficios.

En este sentido, se ha comenzado el trabajo con la revisión e identificación de los tratados internacionales suscritos por el Estado colombiano, para posteriormente proceder a la identificación de aquellas actividades, intervenciones, procedimientos o medicamentos que son indispensables para cumplir con los compromisos adquiridos. Esta revisión e identificación, junto con una revisión de la normatividad nacional se presenta en la sección antecedentes de este documento.

5. Estimación de la población de niños y niñas asegurados y la senda de crecimiento de la universalidad, junto con su distribución geográfica (DANE, BDUÁ).

La información proveniente del Censo DANE y sus respectivas proyecciones permite conocer la senda de crecimiento y de transición demográfica de la población colombiana, con su distribución geográfica por lo que es importante analizarla frente a la Encuesta Sisben y los cálculos de población vinculada. Este ejercicio sistemático se viene llevando a cabo con el fin de realizar un análisis de diferencias entre el Censo de población DANE y la población que se le ha aplicado el instrumento de focalización SISBEN y que son objeto de subsidio.

Adicionalmente, el Ministerio tiene un cargue en el Registro Único de Afiliados (RUAF) cercano a 35 millones de afiliados. Aún es necesario establecer la identificación, con sus respectivas variables demográficas de alguna proporción de la población, para lo cual se está contemplando la posibilidad de hacer cruces de información con otras bases de datos existentes en el país que podrían ser de utilidad para este fin, además de las del DANE y del SISBEN, bases de datos como los registros de atención a población vinculada, información de regímenes especiales, entre otras. Cumplida esta meta será posible acercarse a la caracterización demográfica del universo de afiliados.

6. Revisión de los actuales consumos de servicios de salud de las niñas y niños (RIPS y Suficiencia).

Las fuentes de información necesarias para conocer el consumo de servicios y sus respectivos costos en el régimen subsidiado son actualmente insuficientes.

La revisión de las dos bases de datos más importantes: (i) Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS), Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud y, (ii) el Estudio de Suficiencia y Ajuste de los Mecanismos de Riesgo de la UPC evidencian que la información allí contenida es insuficiente para determinar los actuales consumos de servicios de salud en el régimen subsidiado.

Si se tiene en cuenta que dentro de las coberturas de servicios en el actual POS del Régimen Subsidiado prima el Nivel I de complejidad del POS y que es, precisamente, en este en donde el pago por capitación es usado mayoritariamente como mecanismo de contratación se puede concluir que la disponibilidad de información sobre el detalle de los servicios consumidos es bastante precario. Lo anterior limita la posibilidad de conocer los consumos de servicios conforme variables etarias y de género.

Por lo anterior, es necesario continuar con la disposición de medidas que permitan superar estos obstáculos en la disposición de información con el fin de poder realizar estudios tipo corte transversal y longitudinal que permitan conocer con precisión estos consumos y agreguen variables adicionales como oferta instalada de servicios y acceso real a los mismos.

7. Determinación del valor de unificar el POS del Régimen Subsidiado al POS del Régimen Contributivo.

La UPC-C tiene en cuenta la composición del pool de riesgo del régimen contributivo, tanto en términos de ubicación geográfica como de su distribución demográfica y epidemiológica, la cual es diferente a la composición del pool del régimen subsidiado. En otras palabras, salvo que los dos pools de riesgo fueran equivalentes en su composición, no es aconsejable tomar la UPC-C como punto de llegada para la UPC-S.

Las condiciones de salud, desde el punto de los determinantes sociales, pueden ser diferentes en los dos regímenes y esto puede alterar el valor de la UPC-S que se necesitaría para financiar el nuevo POS del Régimen Subsidiado, por cuanto las necesidades y la demanda por servicios de salud podrían ser sustancialmente diferentes.

Por lo tanto, aproximarse a la determinación del valor que permita unificar los planes solo será posible como resultado de los análisis contemplados anteriormente.

8. Determinación de preferencias sociales (Consulta ciudadana).

La revisión de experiencias en otros sistemas de salud así como la consulta a expertos internacionales han permitido determinar que es necesario delimitar un núcleo preferencial de servicios conjugando insumos técnicos con preferencias sociales y consultas ciudadanas.

La utilización exclusiva de métodos técnicos no legitima las decisiones e impide la apropiación social de los derechos y de los deberes. Este proceso social debe ser amplio, público, participativo, con reglas definidas, mecanismos de apelación y revisión de las decisiones.

De forma complementaria son muy importantes los procesos de rendición de cuentas en los cuales el Estado informa y da razones sobre las decisiones tomadas en relación con los planes de beneficios y la sociedad civil exige cuentas sobre las priorizaciones realizadas en el marco de la participación social, que se reflejan en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas relacionadas con el desarrollo y actualización de los planes de beneficios.

La indispensable participación de la ciudadanía y de la sociedad civil invita a contar con los tiempos suficientes que garanticen legitimidad en las decisiones adoptadas.

En este momento se está trabajando en la definición de las diferentes alternativas de participación y consulta ciudadana. Hasta el momento se han logrado desarrollos concretos en distintos frentes, que si bien son mecanismos incipientes, pueden ser la punta de lanza de procesos futuros mucho más robustos para la determinación de preferencias sociales en salud.

Este es el caso del desarrollo de la página del POS, www.pos.gov.co, la cual contempla espacios de participación ciudadana y abre canales de comunicación directa entre la ciudadanía y los tomadores de decisiones. Este es un desarrollo que si bien podría parecer menor, es de la mayor importancia y representa un cambio sustancial en las relaciones que ha establecido históricamente el sistema de salud

colombiano con la población. Prueba de ello es la gran cantidad de consultas y mensajes relacionados con el POS y sus beneficios, los cuales han sido canalizados a través de la página del POS, y frente a los que se está intentando dar respuestas concretas y eficaces, a pesar de la inmensa carga operativa y de trabajo que ello implica y de las restricciones que en este sentido tiene el Ministerio de la Protección Social. En este sentido es preciso señalar que con anterioridad a estos canales de comunicación, no existían mecanismos exclusivos de comunicación para discutir y absolver este tipo de preguntas, lo cual, además de ser útil para la población, sirve como termómetro social para tener indicios concretos sobre las preferencias sociales de la población.

Otro ejemplo de los mecanismos que se vienen trabajando es el espacio televisivo que se transmite los sábados a las 9:30 pm por el canal institucional, el cual busca además de informar, promover una mayor interacción con los ciudadanos.

9. Estimación de recursos disponibles en el corto, mediano y largo plazo.

Como se amplía en el acápite **Financiación de los Planes de Beneficios**, los recursos¹ necesarios para pagar las atenciones en salud deben estar en contexto de los recursos con que la sociedad dispone para cubrir estas y otras necesidades.

Por lo anterior, es necesario utilizar un modelo que permita conocer la dinámica de los recursos con que la sociedad contaría para financiar el sector salud y dentro de él, aquellos recursos que podrían destinarse a la financiación de los planes de beneficio.

Con este fin, actualmente se encuentra en un proceso de consecución y consolidación de información para ajustar los modelos que permitan estimar la disponibilidad de recursos tanto en el corto como en el mediano y largo plazo. Los modelos para la estimación de los recursos disponibles en el corto plazo se concentran en generar proyecciones sobre las variables determinantes de los recursos, dadas las actuales fuentes de financiación (que se asume no pueden cambiar en el corto plazo), mientras que para los modelos del largo plazo se contemplan distintos modelos macroeconómicos que permitan estimar las implicaciones de reasignaciones intersectoriales de recursos, y su viabilidad económica, financiera y política.

10. Aprobación por la Comisión de Regulación en Salud - CRES (o por el CNSSS) del POS unificado para los niños y niñas.

FINANCIACIÓN DE LOS PLANES DE BENEFICIOS

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS tiene un presupuesto de ingresos predecible en la medida en que sus fuentes de financiación son conocidas, y tienen un comportamiento igualmente, predecible. Estos ingresos están asociados a un presupuesto de egresos también conocido y predecible. Ambos son fijados por la Ley y ajustados a las condiciones macroeconómicas.

¹ No solamente recursos monetarios

Estos recursos deben mantener un equilibrio entre los ingresos y los egresos y si se plantea un incremento de estos últimos es indispensable plantear un incremento de igual magnitud y temporalidad en los primeros.

Aunque el Fosyga tiene cuatro subcuentas con usos diferentes, complementarios y todos necesarios, el principal egreso es aquel destinado a financiar el aseguramiento, es decir, a pagar Unidades de Pago por Capitación que a su turno financian el Plan Obligatorio de Salud. Un segundo equilibrio indispensable en el SGSSS es aquel que se debe mantener entre el valor del POS y el valor de la UPC. Este último será llamado un equilibrio micro mientras que el primero será un equilibrio macro.

Cualquier sistema debe mantener, independientemente de la arquitectura u orientación política que tenga, estos dos equilibrios. Hablemos de un sistema diferente al nuestro en el que la atención de la población se da en hospitales públicos con presupuestos asignados desde el comienzo del año: El Director de cualquiera de estos hospitales deberá ser muy cuidadoso en el manejo de los recursos y entendiendo que los recursos son necesariamente finitos, deberá en primera instancia racionalizar el uso de servicios y buscar todo tipo de eficiencias, pero aún así, frente a la innegable naturaleza finita de los recursos, al final del día quizás deba racionar. Un mecanismo frecuentemente utilizado para racionar es el de listas de espera, utilizado ante la eventualidad de que con los recursos asignados al hospital no se posible entregar todos los servicios a todas las personas que lo demanden.²

En el tiempo, es probable que los hospitales demanden mayores presupuestos y entonces la sociedad deba asignar recursos mayores que los ya existentes para el sector salud. Aceptando que los recursos de una sociedad son finitos esta reasignación que hacia el sector salud la sociedad realiza, necesariamente disminuye los recursos disponibles en otras áreas de la economía, incluyendo, quizás, otros sectores sociales.

En este otro sistema las dos preguntas esenciales que se hacen son las mismas que el SGSSS se hace:

1. ¿Cuántos recursos asignar al sector salud?, ¿Cómo se puede tomar esa decisión de manera justa y legítima?
2. Una vez definidos, aunque sean de manera temporal, los recursos destinados al sector salud, ¿Cómo asignar estos recursos de la manera más eficiente, más justa y más legítima posible?

En Colombia, la primera pregunta fue respondida³ por la Constitución Política y por el Congreso de la República mediante las Leyes 100 de 1993, Ley 715 de 2001 y Ley 1122 de 2007 así como por el Acto Legislativos 04 de 2007. Este marco normativo define los recursos que actualmente tiene el SGSSS. Una vez más, cualquier egreso adicional debe

² En este ejemplo se plantean otros problemas distributivos como la posibilidad de una asignación inequitativa en función de ser el primero en demandar, o de ser considerado como más necesitado o de poder tener algún tipo de injerencia en la asignación misma de los recursos finitos en salud.

³ La respuesta puede no ser compartida pero es, en cualquier caso, la respuesta actual. Existen los mecanismos dentro del Estado para buscar respuestas alternativas.

consultar la sostenibilidad financiera, y de requerir ingresos adicionales, será necesario acudir a nuevas fuentes, lo cual debe ser sometido al debate en los escenarios ya mencionados. Dado lo anterior, es claro que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) no puede aumentar los recursos disponibles ni modificar la arquitectura financiera definida por la C.P. y las Leyes.

La segunda pregunta fue respondida, inicialmente, por la Ley 100 de 1993 y la 1122 de 2007 que definieron:

- a. Dos mecanismos de aseguramiento, el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, con fuentes de financiación diferentes.
- b. La financiación del Régimen Contributivo a través del aporte individual y empresarial.
- c. La financiación del Régimen Subsidiado a través de la solidaridad del aporte del Régimen Contributivo y la complementariedad del Estado a través del Presupuesto General de la Nación y de las Entidades Territoriales.
- d. Que la Ley 100 planteó que en el año 2001 todo colombiano debía estar afiliado al Régimen Contributivo o al Régimen Subsidiado (Cobertura Universal) y la Ley 1122 lo fijó para el 2010.
- e. Que el mecanismo prioritario de atención en salud para los colombianos es el Plan Obligatorio de Salud.
- f. Que la Ley 100 planteó que en el año 2001 el POS debía tener los mismos contenidos tanto en el Régimen Contributivo como en el Régimen Subsidiado y la Ley 1122 lo extendió.
- g. El contenido del POS del Régimen Contributivo fue definido como aquellos contenidos del Decreto-Ley 1650 de 1977.
- h. El POS como un plan de beneficios con límites que debería ser actualizado usando criterios demográficos, epidemiológicos, de tecnología y financieros.
- i. Que la instancia responsable de la actualización del POS del Régimen Contributivo como de la creación del POS del Régimen Subsidiado es el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Límites del Pos y de lo Financiable con Otras Fuentes del Sistema

Aunque la Ley 100 de 1993 definió al POS como el mecanismo de acceso preferente de la población a los servicios de salud y destinó financiación específica y sostenible para estos efectos, el consumo de servicios no cubiertos en el Plan Obligatorio de Salud – POS (no priorizados) ha aumentado de manera rápida y no sostenible. En el año 2008 mientras se destinaron 14 billones de pesos para el pago de UPC (Contributiva y Subsidiada) el Fosyga financió actividades no incluidas en el POS por 1,2 billones de pesos. Mientras el crecimiento 2007-2008 del valor de lo reconocido UPC fue de 6.5% el crecimiento de lo No POS fue de 50%.

En sentido similar, las entidades territoriales departamentales que por Ley 715 de 2001 y Ley 100 de 1993 tienen la responsabilidad de financiar lo no cubierto con subsidios a la demanda (No POS), afirman haber visto crecer la demanda de actividades no cubiertas en

el POS y que le son solicitadas, en muchos casos, a través de acciones de tutela. Esto contribuiría a ensombrecer el panorama para financiar lo que a las ET les es debido.

Dada la naturaleza colectiva y solidaria de nuestro Sistema y de su financiación es necesario que el POS tenga límites claros y legítimos. En tanto los límites del POS sigan siendo irrespetados, la sociedad seguirá asignando recursos de manera inequitativa, ineficiente y financieramente irresponsable.

La definición y respeto de los límites del POS es por lo tanto una tarea irrenunciable que se debe avocar. En esta tarea se necesita la conjugación de elementos sanitarios, financieros, sociales y éticos. Es probable que sea necesario tener mecanismos técnicos y éticos para analizar las excepciones, pero el respeto de los límites legítimamente establecidos debe ser la norma, no la excepción.

Ahora bien, la definición de los límites va intrínsecamente ligada a la definición de los contenidos y el valor del POS, y es en esta definición (la del POS) donde deben confluir los elementos éticos, políticos y sociales, con los métodos sanitarios, financieros, epidemiológicos y demás elementos técnicos relevantes.