

## **TABLA DE CONTENIDO /**

Se ajustara conforme a los puntos que se adicionen

### **1. INTRODUCCION**

### **2. ANTECEDENTES**

- 2.1. ¿Cómo se creó Coomeva EPS?
- 2.2. Crecimiento
- 2.3. Resultados obtenidos
- 2.4. Entorno Jurídico y fáctico en que se desenvuelven las EPS en Colombia

### **3. SITUACIÓN ACTUAL**

- 3.1. Riesgo Financiero
- 3.2. Riesgos en Salud
- 3.3. Causas de la actual situación

### **4. ANALISIS PROSPECTIVO DE LA SITUACION Y ALTERNATIVAS PARA SU SOSTENIBILIDAD**

- 4.1. Modelo a Utilizar
- 4.2. Resultados del Análisis

### **5. PLAN DE RECUPERACION**

- 5.1. Compromisos solicitados al Gobierno Nacional
- 5.2. Compromisos asumidos por Coomeva EPS S.A.
  - 5.2.1. Plan de Información a Grupos de Interés
  - 5.2.2. Depuración Contable
  - 5.2.3. Plan de recuperación y sostenibilidad financiera
    - 5.2.3.1. Estrategia de Ingresos
    - 5.2.3.2. Estrategia de Costos Médicos
    - 5.2.3.3. Estrategia de eficiencia en gastos
  - 5.2.4. Flujo de Recursos
    - 5.2.4.1. Cuentas por pagar
    - 5.2.4.2. Cuentas por cobrar
    - 5.2.4.3. Constitución de Reservas
  - 5.2.5. Organización de la Red de Servicios
  - 5.2.6. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y mejora en la calidad de los servicios
  - 5.2.7. Fortalecimiento del Sistema de Información
  - 5.2.8. Buen Gobierno Corporativo
  - 5.2.9. Seguimiento y control de resultados
- 5.3. Gestión sobre lo No POS
  - 5.3.1. Gestión de Recobros y recuperación de glosas

### **6. ALTERNATIVAS FRENTE A LA NO EXISTENCIA DE CONDICIONES DE CONTINUIDAD**

### **7. CONCLUSIONES**

## **1. INTRODUCCIÓN**

El Sistema de Salud que ha funcionado en Colombia durante las dos últimas décadas, ha logrado prácticamente alcanzar la universalidad y la equidad entre los diferentes grupos socioeconómicos, tanto en materia de cobertura en aseguramiento, como en cuanto al uso de servicios de salud. Para ello, el Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el denominado “pluralismo estructurado”, modificó el papel del Estado y fortaleció el rol del sector privado. COOMEVA, fiel a sus orígenes como cooperativa médica y con base en su filosofía y en su ya amplia experiencia y trayectoria en la prestación de servicios de salud en ese momento y con la participación de más de 3.000 inversionistas, aceptó la invitación y decidió contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de los colombianos, dando origen a COOMEVA EPS, empresa que en virtud de su desempeño y credibilidad se convirtió rápidamente en una de las principales entidades de aseguramiento y prestación de servicios de salud en Colombia. Sin embargo y de manera lamentable, las grandes debilidades en la regulación, en la definición de controles, en el cumplimiento de las responsabilidades del Estado en su conjunto y la falta de definición oportuna de los ajustes profundos que eran requeridos, afectaron las condiciones estructurales del Sistema, consolidándose a lo largo de los años los inmensos riesgos que hoy amenazan la permanencia de las instituciones que forjaron importantes logros durante los últimos 20 años, así como la sostenibilidad del Sistema mismo.

En este contexto, el presente documento tiene como objetivo resaltar la importancia que durante estos años ha tenido la participación de Cooameva EPS dentro del modelo de aseguramiento, con base en los aportes y beneficios en salud que ésta ha representado para los colombianos; al igual que proponer al Gobierno Nacional y al Estado en su conjunto, alternativas concretas de solución, las cuales a la luz de la problemática estructural que padece Sistema, permitan la viabilidad de la participación privada representada en COOMEVA EPS, garanticen su continuidad empresarial y la prestación de servicios de calidad que hoy ofrece a casi 3 millones de usuarios, ubicados en más de 1040 municipios; propiciando además las condiciones para que los empleados que superan en número los 6 mil, los más de 3 mil prestadores pertenecientes a su red abierta y los miles de proveedores con que cuenta, puedan continuar participando del Sistema a través de esta aseguradora, encontrando espacios de desarrollo y progreso, y razonables posibilidades de recuperación de las acreencias adeudadas por el Sistema a través de esta EPS.

El documento resume en primer lugar los antecedentes relevantes de COOMEVA EPS, resalta su naturaleza democrática, la especialización en su rol asegurador, su muy baja integración vertical directa versus el impulso y el fortalecimiento al emprendimiento y la creación de empresas por parte de los profesionales de la salud asociados a la cooperativa, su no participación en empresas de medicamentos o de insumos, su crecimiento sostenido y sus logros en salud, que la han llevado a obtener reconocimientos no sólo de los entes rectores del SGSSS, sino muy especialmente por parte de los afiliados y prestadores de servicios.

En segundo lugar, el documento analiza los resultados financieros de la EPS, los cuales evidencian que no ha sido el lucro la motivación fundamental de la participación de COOMEVA EPS S.A. en el Sistema, a lo largo de sus casi 20 años de vida institucional. Plantea la situación financiera actual de la empresa, en especial su situación de iliquidez derivada del represamiento del flujo de fondos en el FOSYGA, con la consiguiente dificultad para asegurar la oportuna prestación de los servicios, el cumplimiento de sus obligaciones y para garantizar la operación; y se refiere a cómo esta problemática de iliquidez ha generado igualmente efectos dentro de la cadena de actores, acumulándose la cartera con los prestadores y proveedores en general.

En tercer lugar, el documento analiza técnicamente y a profundidad, las causas subyacentes del por qué hoy COOMEVA EPS afronta una grave situación que amenaza su continuidad.

La principal causa identificada como la mayor amenaza contra la viabilidad de la empresa y la continuidad e integralidad de la atención radica en el hecho que, la EPS siendo responsable únicamente por la prestación de los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), durante los últimos años se ha visto obligada a asumir la administración, prestación y pago de las atenciones no incluidas en el POS; siendo esta una responsabilidad para la cual NO fue contratada y que ha consumido los recursos necesarios para la adecuada gestión y prestación de lo que SI es de su competencia, es decir del POS.

Adicionalmente, identificamos también como causas fundamentales de la crisis: 1) La falta de claridad de las obligaciones del Fosyga <sup>1</sup> ante las EPS y entre éstas y los prestadores; 2) El represamiento del flujo de fondos por parte del FOSYGA, las glosas generadas como consecuencia de la prestación de servicios NO POS y la falta de suficiencia de la UPC; 3) La ausencia de regulación tarifaria, de criterios de uso en la tecnología de punta y de mecanismos de control de posiciones dominantes por parte de los prestadores; y 4) la extrema judicialización de la salud e indefinición del núcleo esencial del derecho a la salud, entre otros.

Finalmente, el documento contiene los resultados de un estudio técnico, en el cual, bajo supuestos de operación eficiente y de regulación, enmarcadas dentro de la normatividad actual, se evidencia la inviabilidad presente y futura de la EPS, de continuar ésta asumiendo las actividades del NO POS. Se realizó un análisis de las condiciones que garantizarían la continuidad empresarial, siendo evidente que ello está condicionado directamente por la NO prestación de servicios por fuera del POS; la recuperación de la cartera hoy glosada por el Fosyga; la conservación de condiciones que viabilizan los modelos de gestión de riesgo, como es la integración vertical; la definición de nuevas fuentes de apalancamiento por parte del Gobierno y el ajuste técnico de la UPC garantizando su suficiencia; a lo cual se suman los aportes que harían los inversionistas actuales y futuros para fortalecer la empresa y la generación de recursos desde un ejercicio de gestión eficiente en el marco POS, entre otras.

El objetivo fundamental de este documento es plantear al Gobierno Nacional un Plan de Recuperación Institucional que le permita a la EPS continuar ejecutando las políticas de salud vigentes, ello dentro de un marco de viabilidad empresarial, en el cual, con la participación, el compromiso y esfuerzo de las partes involucradas como son los accionistas, el Gobierno Nacional y la administración de la empresa, se garantice la continuidad de la prestación de servicios, eso sí en el marco de una atención segura y digna para los casi 3 millones de colombianos que han confiado su salud a COOMEVA EPS.

---

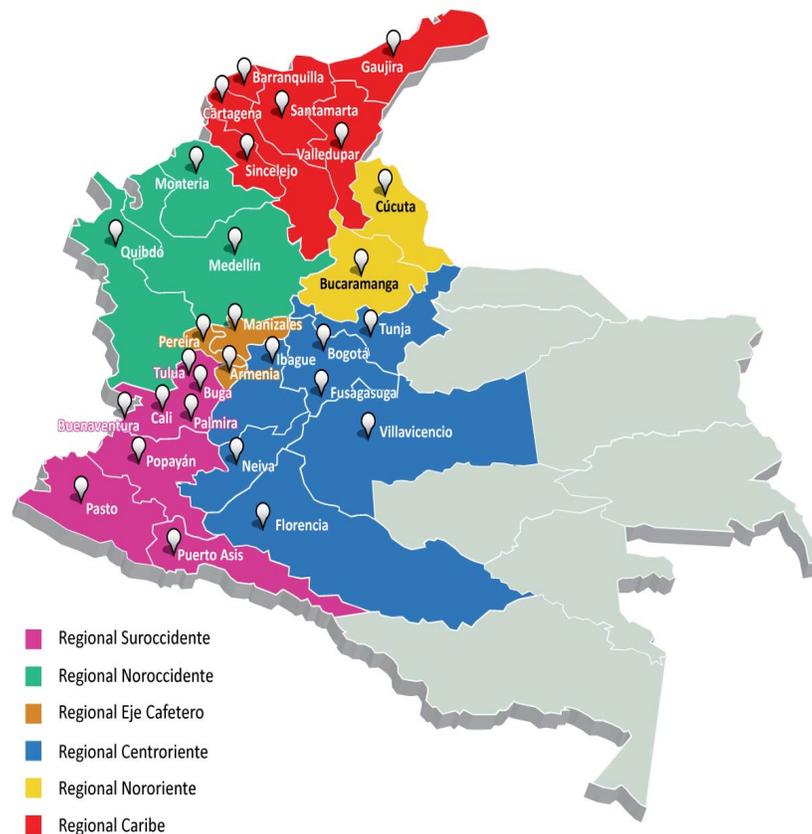
<sup>1</sup> *La Salud en Colombia, logros, retos y recomendaciones/Compiladores: Oscar Bernal, Catalina Gutiérrez.- Bogotá, Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Uniandes, 2012. Pags 77, 210.*

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1. ¿Cómo se constituyó Cooameva EPS?

Los accionistas constituyeron a COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. mediante escritura pública inscrita en la Cámara de Comercio de Cali el día 10 de abril de 1995 . La Superintendencia Nacional de Salud, mediante Resolución 396 del 12 de junio de 1995, autorizó el funcionamiento de Cooameva EPS y por ende le permitió, a partir de esa fecha, asegurar el Plan Obligatorio de Salud.

En la actualidad, Cooameva EPS opera en seis regionales con sus correspondientes áreas de influencia como se observa en el siguiente mapa



Al día de hoy, el capital autorizado de Cooameva EPS es de \$300.000 millones, el capital suscrito de \$92.130 millones y el capital pagado de 92.130 millones, del cual participan en diferentes proporciones, 3.072 accionistas.

#### 2.1.1. Evolución de las capitalizaciones

En el siguiente cuadro se aprecian las capitalizaciones, revalorizaciones y reducciones de capital realizadas, observándose que desde el inicio ha existido por parte de los accionistas fundadores (empresas del Grupo Cooimeva y Asociados a Cooimeva Cooperativa) el compromiso por la capitalizar continuamente a la organización, sobre todo en los últimos años a raíz de las exigencias de habilitación financiera, de hecho en el último año se empezaron a capitalizar los dividendos generados.

Por otra parte, la reducción de capital obedeció a una decisión de los mismos accionistas de hacerlo con el fin de enjugar pérdidas para mantener la capacidad patrimonial.



Fuente: módulo de accionista y registros contables

**2.2. Crecimiento**

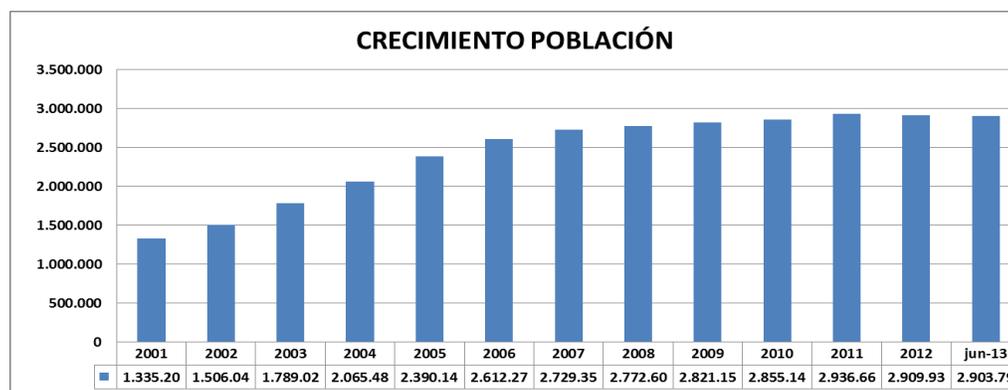
El crecimiento de afiliados a Cooimeva EPS ha sido permanente. El 1 de agosto de **1995** Cooimeva EPS abrió sus puertas al servicio de los caleños con un capital autorizado de \$7.000 millones y un capital pagado de \$4.500 millones. En **1996** el crecimiento de Cooimeva EPS superó la cifra propuesta de 156.600 afiliados, llegando a 202.272 en el Régimen Contributivo. En **1997** ya se atendía una población de 444.535 en ciudades como Atlántico, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá, Risaralda, Quindío, Valle del Cauca, Nariño, Cauca, Caquetá y Guajira y en **1998** la población ya alcanzaba 671.510 afiliados, instalándose nuevas unidades de atención en Mushaisa, Guajira, y en los Ingenios del Valle del Cauca, sitio en el cual se encontraba la mayor población cotizante. Para **1999** la población ascendió a 841.941 afiliados en 4 Sucursales: Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla.

Para el año **2000** ya se contaba con 30 oficinas y 1.294.402 afiliados en más de 650 municipios del país. En el **2001** Cooimeva EPS se consolidó como la segunda EPS privada en el Régimen Contributivo con una población de 1.335.203 afiliados en 692 municipios. En el **2002** se crearon dos nuevas zonas territoriales: Eje Cafetero y

Nororiente y se atendían 1.506.048 afiliados en 756 municipios. En el **2003** se alcanzó una población de 1.789.023 afiliados en 882 municipios. En el **2004** logró un crecimiento poblacional del 11% y se llegó a 2.065.489 afiliados en 912 municipios atendidos a través de 31 oficinas y 64 puntos de atención. En el **2005** Cooameva EPS cumplió una década brindando servicios de salud a las familias colombianas, gracias a la confianza de 2.390.143 afiliados en 957 municipios. En el **2006** Cooameva EPS realizaba ya más de 6 millones de consultas médicas y más de 1 millón y medio de actividades de prevención odontológica entre otros servicios asistenciales, con una población de 2.612.276 afiliados en 1.036 municipios. En el **2010** alcanzó 2.855.141 afiliados. En el **2011** llegó a 2.949.301 afiliados, pero en el año **2012**, por una restricción en su posibilidad de afiliación como efecto de la Medida Cautelar de Vigilancia Especial impuesta en agosto de dicho año por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, la población se vio reducida a 2.909.934 afiliados ubicados en más de 1.040 municipios. **En el 2013**, se busca recuperar la población perdida en el último trimestre 2012 y alcanzar los niveles de población previos a la medida Cautelar, cerrando el año con 2.965.221 afiliados. A 31 de Julio de 2013 se contó con una población de 2.917.373, pero vale la pena resaltar que con la aplicación del Decreto 916 del 2013, hubo un retiro masivo de aproximadamente 70.000 usuarios en el mes de Marzo 2013 por concepto de Certificado de Estudio que no cruzaron con la Base de Datos del Ministerio, dichos eventos no fueron calculados en el presupuesto, lo cual ha dificultado tener un mayor crecimiento en población.

En Cooameva EPS, a lo largo de su historia cada año la población de afiliados ha aumentado, duplicándose entre los años 2001 a 2006, al pasar de 1.335.203 a 2.612.276 afiliados, con un crecimiento anual promedio del 20%. Entre 2006 y 2011 el crecimiento neto fue de 9,3%, pasando de 2.612.276 a 2.936.669 afiliados. En 2012, a diferencia de los periodos anteriores, la población disminuyó en un 0,9%, que corresponde a 26.735 afiliados menos comparados con el año 2011, debido principalmente a que Cooameva EPS no pudo realizar nuevas afiliaciones, como consecuencia de la Medida de Vigilancia Especial que tuvo efectos en septiembre y se extendió hasta su levantamiento en diciembre de 2012.

Es así como durante el primer año de operaciones contaba con más de 200.000 usuarios y hoy, 19 años después, nos acercamos a 3.000.000 en cerca de 1040 municipios del país, en todos los cuales contamos con puntos de atención. Ver gráfico.

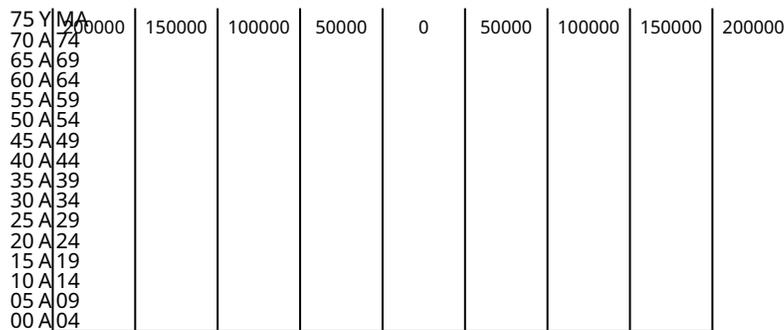


Fuente: COOEPS. COOMEVA E.P.S. 2001 - 2013

## 2.3. Población

### 2.3.1. Pirámide Poblacional Cooameva EPS 2012

La Pirámide Poblacional muestra un comportamiento cada vez más constrictivo, especialmente entre los grupos poblacionales mayores de 35 años, lo cual se evidencia que en los últimos cuatro años con un crecimiento de 3,33 puntos en el índice de envejecimiento, siendo las zonas de mayor incremento Suroccidente (6,25%), Noroccidente (5,16%) y Eje Cafetero (4,42%). En Colombia por cada 100 personas menores de 15 años hay 37 mayores de 60.



■ FEMENINO ■ MASCULINO

**2.3.2. Índice de envejecimiento Cooameva EPS por Regional 2009-2012.**



**2.4. Resultados Obtenidos**

**2.3.1 Resultados financieros**

Durante los últimos diez años se pueden resaltar tres etapas en los resultados financieros de Cooameva EPS:

La primera etapa, desde 2002 hasta 2005, muestra resultados aceptables que cambian en 2005 con una pérdida superior a los \$18.000 millones, la cual se reconoce ocasionada principalmente por ajustes internos en la causación de los costos asistenciales. Los resultados generaron dificultades para el cumplimiento del patrimonio mínimo y por ende para la continuidad de la compañía, situación que fue subsanada con el apoyo de los accionistas, a través de la reducción del valor nominal de la acción, lo cual fue cruzado contra pérdidas y también se dieron nuevas capitalizaciones.

El segundo periodo, comprendido entre los años 2006 y 2007, presenta tendencia a la mejora en los resultados de rentabilidad, alcanzando mejores indicadores de margen neto y rentabilidad patrimonial.

El cuadro hace plenamente evidente que a partir de 2008 y hasta la fecha se presenta un deterioro continuo en los resultados, hecho generado por varias situaciones sistémicas, entre las que se resaltan:

- **Aumento en los costos NO POS:** A raíz de las sentencias de las altas cortes, se presentó un aumento exponencial en los costos de servicios por fuera del plan obligatorio, para los cuales NO está contratada las EPSs, pero que estas se han visto obligadas a pagar y, si bien cuentan con un teórico mecanismo de reembolso por parte del Estado, eso no ha resultado efectivo, pues se han establecido normas y procesos cambiantes y complejos que dificultan los mecanismos de recuperación, ocasionando glosas y demoras, generando inmenso deterioro de la liquidez, así como pérdidas en los resultados del ejercicio debido a factores como las provisiones o castigos por reembolsos no aceptados por el Gobierno, a los gastos financieros debidos a la financiación del pago anticipado de estos costos; y a los sustanciales gastos administrativos requeridos para la aprobación de las órdenes de servicios, preparación de los reembolsos y gestión de cobro de la cartera, no pagada por el Gobierno.
- **UPC no acorde con los contenidos del POS** . Situación subsanada parcialmente durante los dos últimos años, pero a pesar de la dificultad de conocer en detalle la nota técnica utilizada para su cálculo y asignación, estamos seguros que esto no corrige los desfases de años anteriores.

De igual manera, hay un efecto del cálculo de la UPC respecto del NO POS, ya que las glosas del Estado a los recobros por considerar que son servicios POS, corresponden a servicios que no han sido presentados en los reportes para cálculo de suficiencia de la UPC (al menos en el caso de Coomeva EPS) y, por ende, no es posible que hayan sido tenidos en cuenta para su cálculo. La UPC no cubre los servicios que en realidad se

prestan y se incluyen como obligatorios.

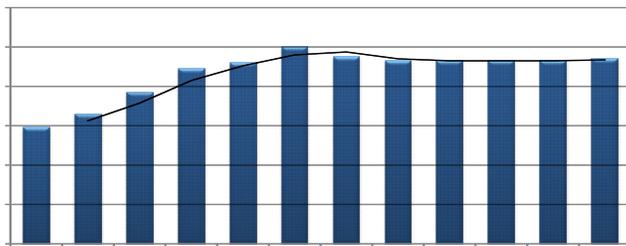
- **Decretos de habilitación financiera** : La empresa ha recibido positivamente estas medidas que generan mayores exigencias en los resultados (mejor comportamiento operativo para la constitución de reservas y aportes de capital para cumplimiento del margen de solvencia). Lamentablemente el contexto del sistema y los cambios normativos que cursan en el Congreso, hacen que los requisitos y condiciones de la habilitación financiera se mantenga en incertidumbre.

### 2.3.2 Resultados en Salud

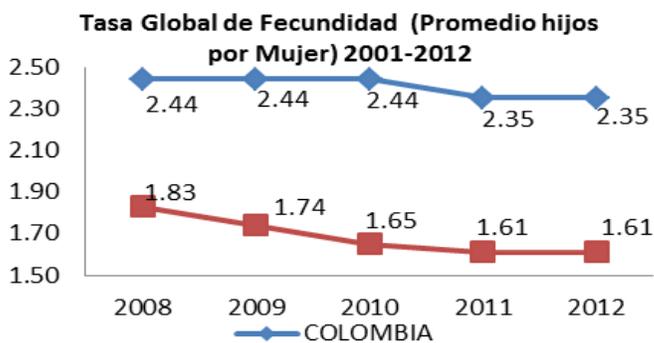
Cooameva EPS ha acompañado con positivos resultados en Salud el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en Colombia, manteniendo sus indicadores trazadores con resultados positivos frente a las metas fijadas en el País cumpliendo con eficacia sus responsabilidades. Por ello, diferentes organismos y asociaciones la han reconocido en varias oportunidades como una EPS líder en programas tales como el de la Historia Clínica Perinatal (año 2010), el Carné de Salud Infantil (año 2012). En el año 2012 en la que se entregaron más de 26 millones de servicios.

La tendencia de algunos indicadores se observa en los siguientes gráficos.

#### 2.3.2.1 Programas de Promoción y Prevención



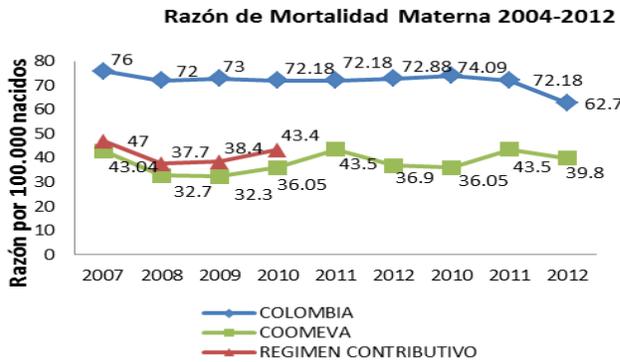
Desde hace 8 años COOMEVA EPS ha alcanzado un cumplimiento global por encima del 92% en metas de **cobertura de las actividades de P y P**, adaptándose a los ajustes tanto de programación de actividades como de actualización de normas y guías técnicas del Ministerio de Salud.



COOMEVA EPS ha disminuido la **Tasa Global de Fecundidad** de su población a lo largo del tiempo, pasando de 2,17 en 2001 a 1,61 en 2012, una reducción en la tasa del 26% en 10 años. La tasa en el país para el mismo periodo se encontraba en 2,6 y a corte de 2011, según lo estimado por el DANE, había disminuido a 2,35, es decir, una reducción de 11%.

COOMEVA EPS presenta un comportamiento de 50,8 nacimientos por cada 1.000 mujeres en edad fértil, mientras que el país, según las estimaciones DANE, se encuentra en 74. **La Tasa de Natalidad** en COOMEVA EPS a corte de 2012 se encuentra en 15 nacimientos por cada 1.000 afiliados, mientras que el país se encuentra,

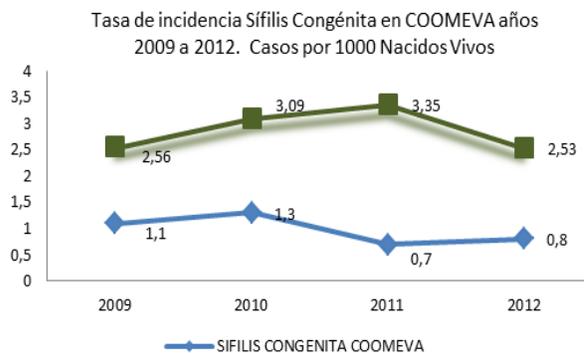
según el DANE, en 18,8.



La Razón de Mortalidad Materna tuvo un valor

de 6,3 X 1.000 NV (meta: 8 x 1.000 NV), siendo este un indicador trazador de la calidad de la atención ofrecida por los prestadores de mediana y alta complejidad y de la efectividad de las acciones preventivas dirigida a las gestantes. La razón de Mortalidad Materna para el país en el 2010 se observó en 74,09 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos; y Cooameva EPS presentó una tasa 50% menor a la observada para el país y para el 2012 la tendencia se mantuvo al descenso.

En Cooameva EPS durante el 2012 se confirmaron



33 casos de **sífilis congénita** con una tasa de 0,8 por 1.000 NV, cifra muchos menos que la observada en Colombia, cuyo valor reportado por el Instituto Nacional de Salud fue de 2,53 por 1.000 NV. Este es un indicador de calidad del servicio de atención materno perinatal, resultado de la detección temprana de sífilis gestacional y de la continuidad del seguimiento

al tratamiento y a la reinfección.

Se intervinieron 212.342 afiliados con diagnósticos de hipertensión y diabetes, de los cuales el 8% (16.897) fueron igualmente intervenidos por las estrategias de gerenciamiento de alto riesgo. En el transcurso del año 2012 ingresaron 56.009 nuevos afiliados (26%). Para el grupo de hipertensos y diabéticos se fortalecieron las estrategias del cumplimiento de la guía de atención, a través de estudios complementarios que permiten un mejor control como se muestra en el cuadro adjunto. Puede observarse cómo se aumentó ostensiblemente el porcentaje de pacientes con estudios de clasificación del riesgo, pasando de 43% a más de 70% de pacientes estudiados, situación que mejora la gestión de riesgo de este grupo prioritario.

#### Porcentaje de pacientes clasificados para Enfermedad Renal Crónica

PORCENTAJE DE PACIENTES CON ESTUDIOS DE ESTADIFICACION		
PATOLOGIA	2011	2012
HTA ESTADIO I	44%	68%
HTA ESTADIO II	43%	70%
DM ESTADIO I	43%	60%
DM ESTADIO II	42%	71%

Fuente: Cuenta de Alto Costo 2012

#### 2.3.2.2 Perfil de Morbilidad

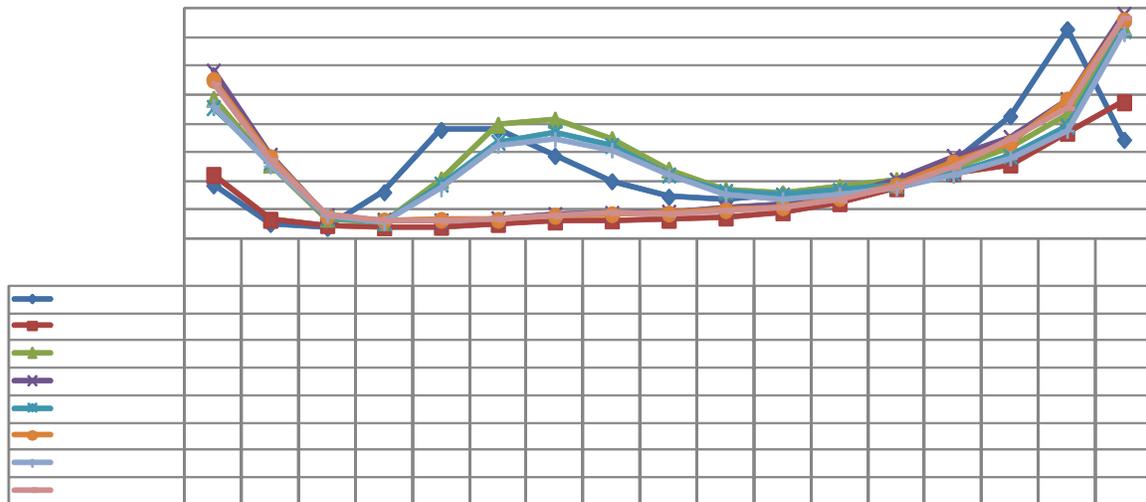
El comportamiento general de la morbilidad y mortalidad en el nivel global de la EPS en el tiempo, se ajusta a la validez teórica esperada, en la que se postula que las probabilidades de enfermar y morir son mayores en las edades extremas de la vida (población infantil y adultos mayores), iniciando con un alto uso de servicios de salud en los niños, para descender significativamente entre los escolares y adolescentes y comenzar a subir progresivamente en la medida que aumenta la edad. De la misma manera, el comportamiento en función del sexo muestra que los hombres presentan mayores tasas de mortalidad, y las mujeres en edad reproductiva mayores tasas de uso de servicios.

Las patologías relacionadas con enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, cáncer, EPOC) demandan los mayores usos de servicios y de costo. Los trastornos del comportamiento y de salud mental son los de mayor estancia hospitalaria. En la morbilidad de alto costo continúa el incremento de los gastos en el manejo de pacientes con neoplasias, relacionados con el envejecimiento poblacional, la mayor sobrevivencia de esos pacientes, y el avance tecnológico dado principalmente en medicamentos y detección temprana. Estos mismos factores también influyen en el aumento de las Prevalencias para VIH y ERC en la EPS.

Por grupos de edad los menores de un año en su perfil de morbilidad en los tres servicios (consulta externa, urgencias y hospitalización) presentan como las primeras causas de enfermedad, las patologías relacionadas con el sistema respiratorio (infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados - bronquiolitis) y las patologías gastrointestinales, (del tipo EDA de origen infeccioso, enfermedad del reflujo gastroesofágico y otros trastornos funcionales del intestino).

En las mujeres de 20 a 44 años, la utilización de los servicios se centra principalmente en patologías que provienen del período de fertilidad, supervisión del embarazo normal y de alto riesgo y consultas para la anticoncepción.

En el adulto mayor (60 y más años), en los hombres prevalece el riesgo debido a problemas cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes, enfermedad cardíaca hipertensiva y dislipidemias), problemas respiratorios crónicos, problemas de la próstata y problemas relacionados con la refracción. Las mujeres se ven afectadas por riesgos cardiovasculares (hipertensión arterial, diabetes mellitus e hiperlipidemias) problemas gastrointestinales tipo gastritis, trastornos de refracción y problemas relacionados con el sistema urinario.



**Fuente:** COOEPS 2008-2011, Estadística y Epidemiología

Las tasas de hospitalización por grupos de edad y género están asociadas a las probabilidades de enfermarse y morir. En las edades tempranas son los menores de un año y los niños de 1 a 4 años los que presentan la mayor probabilidad de enfermarse y ser hospitalizados, en función del diagnóstico médico para salvar o mantener la vida.

Estas probabilidades disminuyen en la medida en que aumenta la edad más o menos hasta los 15 años, grupo etáreo en el cual se abre un diferencial por género muy importante que resulta de la exposición femenina a los riesgos del embarazo, parto, puerperio y otras asociadas a la reproducción humana. Este diferencial en las tasas de hospitalización es significativo, como puede observarse en la Gráfica anterior. En la medida en que aumenta la edad entre los adultos y adultos mayores de ambos sexos las tasas de hospitalización aumentan de tal manera que una de cada 4 personas mayores de 75 años (o 250 de cada 1000 afiliados) requiere ser hospitalizada durante el año.

Sin embargo, observando el comportamiento en el tiempo, en el año 2011 se presentó un descenso en la tasa de hospitalización por mil usuarios en la mayoría de los grupos de edad, viéndose principalmente afectado el grupo de Mujeres de 20 a 24 años que presentó un descenso del 15% con respecto al año 2009. En hombres el grupo de edad que presentó un mayor descenso fue el de 55 a 59 años que presentó un descenso del 9% con respecto al año 2009.

**Fuente:** CIKLOS 2012

La evidencia encontrada parece indicar que los días de permanencia en hospitalización están asociados a la incapacidad y severidad producida por la patología con diferencias importantes por edad y género como se mencionó anteriormente. Al revisar el comportamiento por grupos de patología y promedios días de estancia, se observan las patologías de origen mental, tumores, malformaciones congénitas, enfermedades del sistema nervioso, y las del período perinatal. Sin embargo en el promedio días de estancia presentaron una disminución en los días de aproximadamente 1 día por el grupo de patología de origen mental, los otros grupos de causas presentan un comportamiento similar.

**2.3.2.2.1 Comportamiento de Patologías de Alto Costo**

**Tendencia mensual de Tasas de PREVALENCIA de las tres patologías crónicas de Alto Costo en el periodo 2009-2011**

● Cáncer    — ERC    ◆ VIH

**Fuente:** COOEPS 2008-2011, Estadística y Epidemiología

Como se observa en la gráfica anterior el comportamiento de incremento de VIH, ERC y Cáncer a permanecido desde el año 2009.

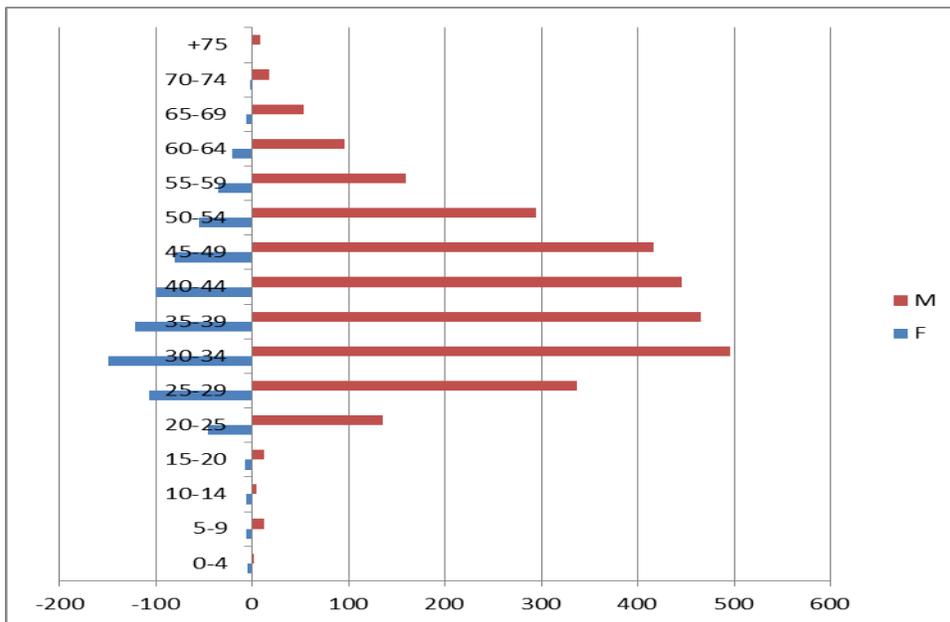
Específicamente frente a cáncer, la regional Sur Occidente es quien tiene la mayor carga de la enfermedad, con una tasa de 315.4 x 100.00 afiliados al mes de diciembre, junto con Noroccidente (278.7 x 100.000) y Eje cafetero (254 x 100000), teniendo esta última regional un descenso.

A través de la Cuenta Alto Costo se hace seguimiento con auditoria a las patologías VIH y ERC:

**2.3.2.2.1.1 VIH Sida en COOMEVA EPS**

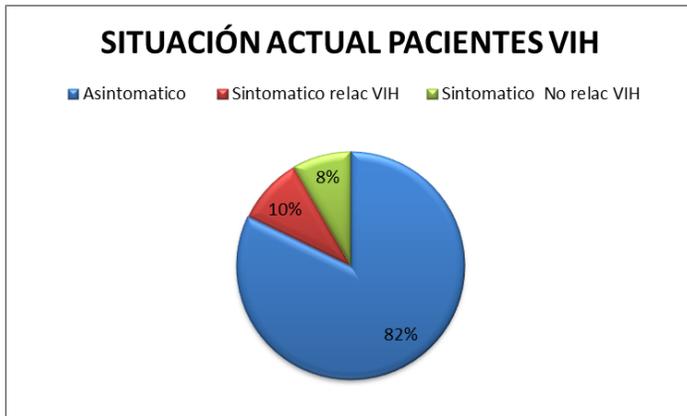
En el 2013 COOMEVA EPS S.A reporta 4.045 afiliados con VIH/SIDA, de los cuales el 91.6% (3.709) se encontraban activos, el 1,1% (45) fallecidos y el 7,1% (291) desafiados .

En Cooameva EPS S.A la prevalencia de VIH en la población de 15-49 años para el 2013 es de 0.44%, presentando un incremento de 0,24 puntos porcentuales con relación al año 2012 (0,2%). Sin embargo continúa por debajo de la prevalencia de Colombia que es 0.57%. El 80% de la población reportada activa es de género masculino y el 73.3% está entre 25 y 49 años de edad.



Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

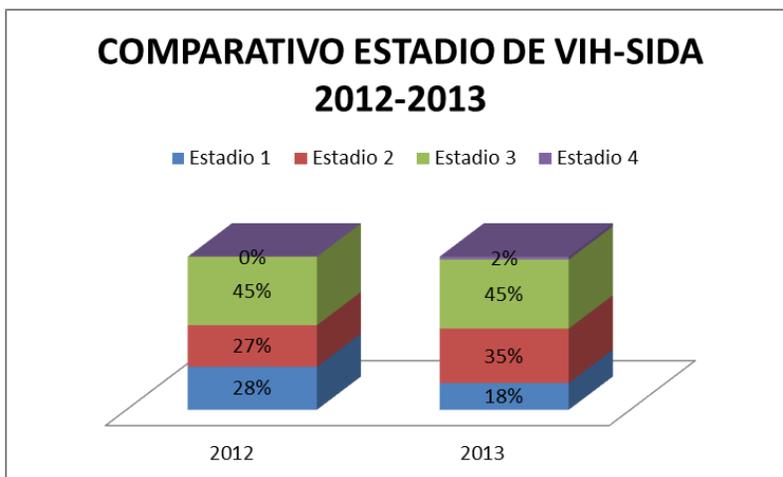
El 88,4% de los pacientes con VIH están recibiendo terapia antiretroviral en centros de excelencia especializados, mientras que el 11,6% permanecen en las unidades básicas de atención. En cuanto a la situación en salud de los pacientes VIH-SIDA se puede observar que el 82% son asintomáticos



Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

#### Estadios clínicos de VIH\_SIDA

Según la distribución por estadio, en 2013 el 45% se encuentran con SIDA. Al comparar la información reportada en el 2012 con relación al 2013 se evidencia en el estadio 3 una estabilización en el comportamiento, mientras que en el estadio 2 hay un incremento de ocho puntos porcentuales.



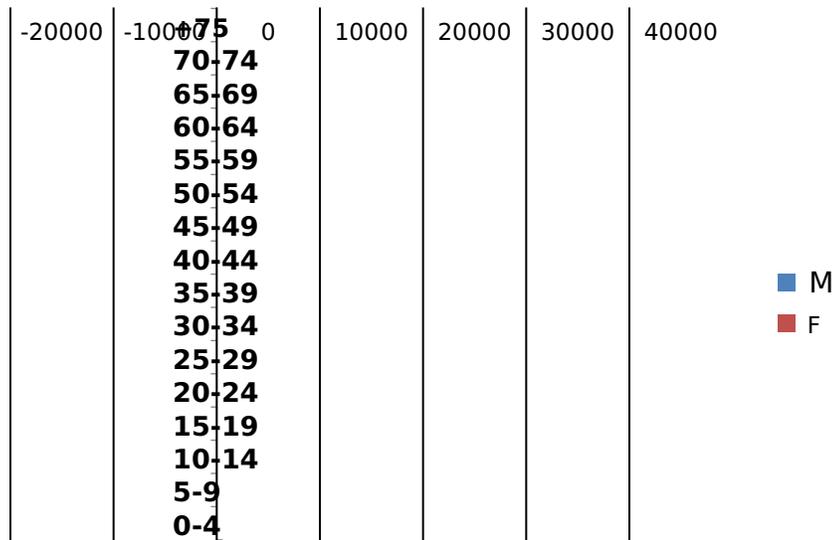
Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

#### 2.3.2.2.1.2 Enfermedad Renal en Cooameva EPS

En el 2012 COOMEVA EPS S.A reportó 210.601 afiliados, de los cuales 1.909 pacientes con ERC estadio 5 están en terapia de remplazo renal. El 58.3% de la población reportada es de género femenino y el 59% son mayores de 60 años. En el 2012 se observó que el 42% (88.742) de los pacientes tenían diagnóstico de ERC <sup>2</sup> y que el 69.8% de los pacientes en estadio 5 son hombres, cifra superior a la observada en Estados Unidos (53%) y en México (55%). <sup>3</sup>

<sup>2</sup> Ley 1122 de 2000. Artículo 4. Ministerio de Protección Social.

<sup>3</sup> Situación de la enfermedad renal en Colombia 2009. Cuenta de Alto Costo.



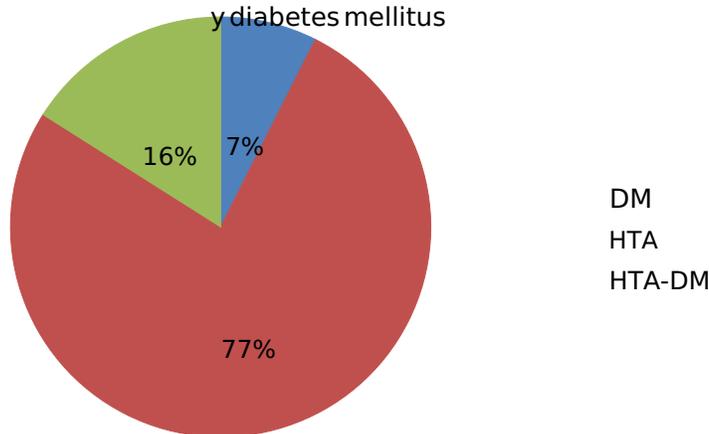
Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

En COOMEVA EPS S.A el grupo de edad más afectado por la ERC estadio cinco es el grupo de pacientes mayores de 75 años (21%), seguido por el grupo de 55-59 años (12%). Mientras que en la información reportada por la cuenta de alto costo para Colombia, el grupo de edad más representativo es de 60-64 años.

**Hipertensión y diabetes mellitus**

En la población analizada, el 99,9% de los pacientes (210.424) presentan patología precursora: hipertensión arterial y/o diabetes, donde el 77% presentaron hipertensión arterial.

Distribución de afiliados según diagnósticos de hipertensión arterial y diabetes mellitus

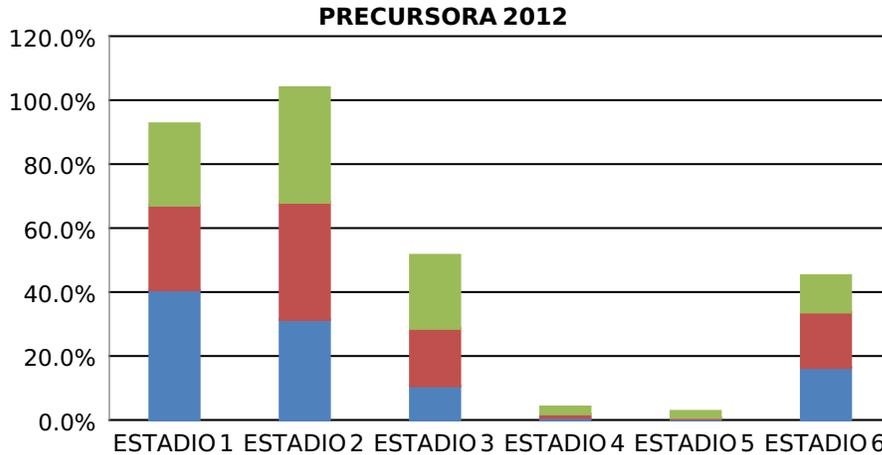


Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

**Estadios Clínicos de ERC**

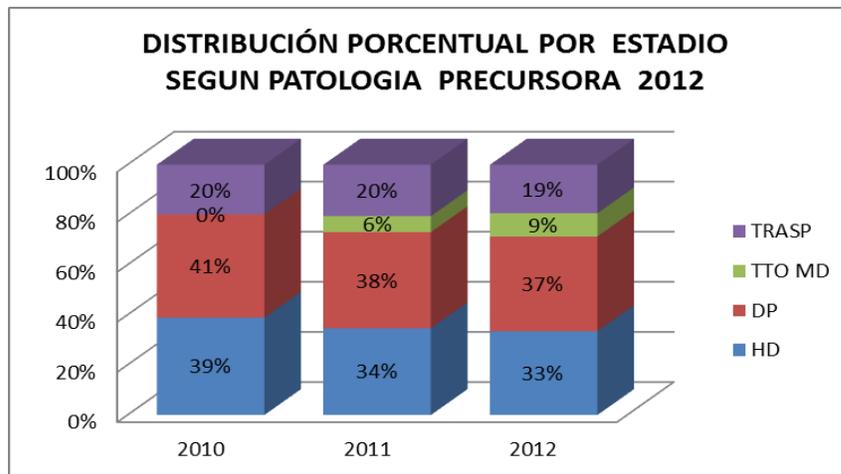
El 27% de los pacientes son estadio 1, el 36% estadio 2; 18% estadio 3; 1,3% estadio 4; 0.7% estadio 5 y 16% sin clasificar. El mayor porcentaje de los pacientes estadio 5, se encuentran en afiliados con hipertensión-Diabetes.

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ESTADIO SEGUN PATOLOGIA**



Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

De los pacientes con ERC estadio 5, el 90.8% se encuentran en terapia de diálítica o trasplante y el 9.2% en tratamiento médico. Al comparar los años 2010, 2011 y 2012 se observa una tendencia a la disminución en la proporción de diálisis peritoneal y en trasplante. Mientras que la hemodiálisis se muestra estable y el tratamiento médico ha mostrado un incremento como se demuestra en la gráfica.



Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

La prevalencia de ERC estadio cinco en el 2012 fue de 1,3, mostrando un incremento en relación a los años anteriores, siendo en 2011 de 0,96% y en 2010 de 0,86%. Se compararon los cambios de estadio de los

pacientes entre el año 2010 y 2012 evidenciando que no se presentó modificación de estadio en el 90% de los pacientes de la cohorte que permanecieron entre el 2010 y 2012.

ESTADIO	LINEABASE (2010)	CAMBIO ESTADIO				
		2011	2012			
3	17427	IGUAL	*12810	73,50%	16232	93,14%
		4	573	3,29%	1082	6,21%
		5	50	0,29%	113	0,65%
4	1126	IGUAL	587	52,13%	617	54,80%
		3	343	30,46%	383	34,01%
		5	66	5,86%	126	11,19%
5	848	IGUAL	844	99,53%	713	84,08%
		3	0	0,00%	****100	11,70%
		4	**4	0,47%	***35	4,10%

0,36% \* En este año no se reportaron 3994 los cuales se volvieron a reportar en el 2012  
 17377 \*\* Un paciente de trasplante  
 63 \*\*\* 17 pacientes de trasplante  
 5,7% \*\*\*\* 93 pacientes de trasplante

Los anteriores indicadores del programa muestran la importancia del fortalecimiento de los programas de hipertensión, diabetes y de reno protección, permitiendo intervenir de manera efectiva la incidencia de enfermedad renal crónica, y a su vez lograr la detección e intervención oportuna de estas patologías mejorando la calidad de vida de los pacientes y disminuyendo los costos por complicaciones.

### 2.3.2.3 Usode los Servicios

En actividades de morbilidad ambulatoria y hospitalaria la estadística para los años 2011 y 2012 se relaciona en la siguiente Tabla, mostrando el mayor peso en las actividades de tipo ambulatorio. Estas actividades dieron como resultado una tasa de uso para los diferentes servicios de urgencias y hospitalarios por debajo del referente nacional y el ambulatorio muy similar al nacional, aunque en general se observa un incremento con el tiempo del uso de servicios, relacionado también con el mejoramiento en los sistemas de información, en los cuales el acceso a consulta médica y odontológica ha estado por encima del comportamiento nacional, brindándose amplio acceso a servicios de nivel bajo de complejidad que se convierten en la puerta de entrada principal para la adecuada gestión del riesgo.

### Actividades Asistenciales en los Servicios de Salud Coomeva EPS 2011-2012

Actividades Asistenciales Coomeva EPS	2011	2012
Consultas Médicas Generales y especializadas	<b>12,376,146</b>	<b>12,475,155</b>
Consultas Odontológicas Generales y Especializadas	<b>1,918,016</b>	<b>1,888,916</b>
Exámenes Paraclínicos (Laboratorios, imagenología)	<b>5,025,953</b>	<b>5,974,759</b>
Pacientes hospitalizados (Salas y UCI)	<b>293,784</b>	<b>310,529</b>
Atención en Urgencias	<b>429,276</b>	<b>499,299</b>
Cirugías Electivas	<b>681,229</b>	<b>845,059</b>
Atención Odontológica (Controles, Tratamientos, topicaciones con flúor, sellantes, etc)	<b>1,843,181</b>	<b>1,891,917</b>

Otros Procedimientos en Salud	<b>1,124,576</b>	<b>1,180,804</b>
-------------------------------	------------------	------------------

Fuente: COOEPS, CIKLOS, RIPS 2011-2012

**Utilizaciones de los servicios de Consulta Externa, Hospitalización y Urgencias 2010 - 2012**


Fuente: COOEPS, CIKLOS, RIPS 2010 - 2012

Se realizaron actividades de alto costo según la Resolución 5261, las cuales se relacionan en la siguiente tabla. Incluidas dentro de todas las actividades descritas, es importante resaltar que Cooameva EPS está atendiendo una población de afiliados que presentan enfermedades de muy baja prevalencia y de muy alto costo.

**Actividades Alto Costo 2011-2012 según Resolución 5261**

ALTO COSTO 5261	ORDENAMIENTOS RELACIONADOS CON LA CATEGORIA	
	2011	2012
CIRUGIAS DE ALTO COSTO (CV-SNC-MC)*	4,007	<b>3,579</b>
REEMPLAZOS ARTICULARES	1,216	<b>1,585</b>
DIALISIS	24,491	<b>28,248</b>
SIDA PAQUETE	32,509	<b>34,300</b>
TRASPLANTES	2,310	<b>2,957</b>
UCIS ADULTO Y NEONATAL	46,909	<b>66,624</b>
ONCOLOGIA*	81,363	<b>40,367</b>

Fuente: CIKLOS 2011-2012

\*2012: Inicio de contratación por Pago fijo global prospectivo donde no se emitía sino una orden por paciente

Esta es la distribución de las denominadas "enfermedades raras" que se relacionan en la Tabla siguiente, las cuales han tenido un costo para el año 2012 equivalente a \$6.600 millones.


Fuente: COOEPS, Estadística y Epidemiología

#### 2.3.2.4 Consolidado Histórico de Actividades En Salud

##### Año 2009:

Para Cooameva EPS son muy importantes los proyectos que le apuntan a la excelencia en el servicio, por lo cual la entidad implementó la Política de la Seguridad “Clarita Segura”, reconocida por el grupo de calidad del Ministerio de la Protección Social, con quienes participamos en la creación de la norma de seguridad de la atención en las unidades propias UBA.

Implementación del programa de farmacovigilancia, cumpliendo con la normatividad vigente que exigía su desarrollo.

##### Año 2010:

Ingresaron al programa de Salud materno perinatal 51.629 gestantes, de las cuales el 36% (18.586) fueron clasificadas como de alto riesgo e intervenidas en los programas de gerenciamiento de riesgo de la red de Cooameva EPS.

Cooameva EPS Participo activamente frente a la ola invernal, a través de estrategias que garantizaron la continuidad de la atención a la población afiliada, permitiendo minimizar el impacto de esta situación, las actividades desarrolladas fueron: implementación de equipos extramurales de salud, fortalecimiento de campañas de vacunación (Hepatitis A e influenza), trabajos en conjunto con la secretaria de salud, stop básico de medicamentos

En los programas de Planificación Familiar se realizaron 78.609 consultas de planificación familiar de primera vez y 180.505 consultas de control. Se aplicaron 9.402 dispositivos intrauterinos, se hizo entrega de 189.117 ciclos hormonales y se realizaron 12.889 esterilizaciones femeninas. Para hombres se realizaron 24.826 consultas de planificación familiar y se practicaron 3.977 vasectomías.

##### Año 2011:

En este año, las mujeres en edad fértil fueron 869.610, realizándose 74.045 consultas de primera vez de planificación familiar y 191.133 consultas de control, se realizaron 12.588 esterilizaciones en mujeres y para los hombres 3.565 vasectomías.

Al programa de Control Prenatal conformado por 65.764 gestantes, ingresaron el 63% en el primer trimestre de embarazo.

Se asegura una alianza con Pro familia para adelantar consejería en Salud Sexual y reproductiva, con acceso directo al servicio (cero tramite), logrando cerca de 30.000 consultas de consejería para jóvenes.

##### Año 2012:

Se inscribieron 56.856 gestantes nuevas en los programas de control prenatal; de éstas el 62% ingresaron en el primer trimestre del embarazo. Del total de gestantes inscritas nuevas el 40% (22.776) fueron intervenidas por

las estrategias de alto riesgo; para el fortalecimiento de este programa se capacito a 1.621 profesionales en los protocolos del manejo de las enfermedades trazadoras, igualmente se realizó la capacitación y la asistencia técnica a las dos regionales de Caribe y Noroccidente con la mayor razón de mortalidad materna haciendo énfasis en la capacitación del manejo de las emergencias obstétricas y la evaluación y concentración de la red de atención del parto en las instituciones con los mejores estándares de calidad posible.

A través de la Alianza con PROFAMILIA para adelantar consejería en salud sexual y reproductiva, se garantizaron las coberturas óptimas en planificación familiar con acceso directo al servicio, logrando los siguientes resultados: 9.218 esterilizaciones totales de las cuales el 68% se realizó a mujeres y el 32% a hombres; se ofrecieron 7.815 consultas de primera vez y de control con la entrega del respectivo método; se realizó 11.090 consultas de control en planificación familiar, se insertaron 3.211 implantes subdermicos y 5.640 dispositivos intrauterinos, en la entrega de reabastecimiento se llegó a los 362.333 entre inyectables, píldoras y preservativos.

Se diseñó y divulgó el nuevo carnet de salud infantil, en donde se registra la información desde la gestación, hasta los 10 años de vida, permitiendo de manera integral conocer todas las actividades que se implementan durante la niñez.

Diseño e implementación del modelo de gerenciamiento de riesgo desde la puerta de entrada.

Cumplimiento del 94% en las metas de cobertura de actividades de PyP.

#### **Año 2013:**

El indicador de sífilis congénita para el primer trimestre del 2013 es de 0,5 por 1000 nacidos vivos, que comparado con el mismo periodo del año 2012, fue de 0,8 por 1000 NV.

La razón de mortalidad materna para el corte a Junio de 2013 muestra un descenso comparativamente con el año anterior, pasando de 40,6 a 37,8.

Con las estrategias de capacitación y seguimiento a la implementación adecuada de las guías de atención se observa una disminución de la tasa de hospitalización evitable a nivel nacional con respecto al mismo periodo del año anterior, pasando de 8 a 5,2 por 10.000 afiliados.

#### **2.5. Reconocimientos Obtenidos**

- En el año **2002** la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas seleccionó a Coomeva EPS como la mejor Entidad Promotora de Salud.
- En el año **2004**, según el estudio realizado por la Revista Dinero y la firma de investigación Invamer Gallup, Coomeva EPS obtuvo el puesto 1 en el Top of Mind entre las Entidades Promotoras de Salud, es decir, fue la marca más recordada por los colombianos; además fue la primera Entidad Promotora de Salud que obtuvo Certificación de Calidad ISO 9001:2000 en todos sus procesos.
- En el año **2006** el Ministerio de la Protección Social seleccionó a la EPS para llevar cabo el proyecto piloto de la Acreditación, y la Bolsa de Valores la nombró como una de las 15 empresas colombianas que avanzó hacia los estándares de calidad más altos en la aplicación del Código del Buen Gobierno.
- En el año **2007** fue invitada a la Reunión Nacional de Salud Materna y Perinatal del Ministerio de la Protección Social; participó con la ponencia “Consolidación de un Sistema de Vigilancia Activa de la Morbimortalidad Materna y Perinatal en Coomeva EPS para el Mejoramiento de la Calidad”. Esta presentación fue reconocida por los participantes, entre ellos, la Organización Panamericana de la Salud -

OPS, el Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, EPS, ARS y Entes Territoriales, dado que ella plasma los logros que en materia de la salud materna y perinatal ha tenido la EPS en el cuatrienio 2004 - 2007.

- En el año **2008**, Coomeva EPS se destacó en como una de las empresas vallecaucanas de gran impacto en generación de empleo y ventas en el ámbito nacional, demostrando una vez más el aporte a la construcción social en nuestro país; fue la segunda EPS con mayor población afiliada entre todas las EPS del Régimen Contributivo. Fortaleció su infraestructura en sedes asistenciales donde se requería priorizar y fortalecer la atención a los usuarios como en Medellín con las Unidades Básicas de Atención (UBA) Belén, Envigado y Poblado, y las Unidades de Prevención Clínica (UPREC) Rionegro y Ayacucho; también en la ciudad de Neiva con la Unidad Básica de Atención (UBA) Neiva; entregándole a la comunidad calidad, comodidad y confort.
- En el año **2008** y hasta el año 2011 se mantuvo en el primer lugar en recordación de marca (Top of Mind) entre de las EPS del país (Invamer Gallup y Revista Dinero). Cabe resaltar que la EPS era la segunda más grande del sector con una participación en el mercado del 15.71% del Régimen Contributivo.
- En el año **2009** se inauguraron dos nuevas Unidades Básicas de Atención, UBA, ofreciendo confort y comodidad al servicio de nuestros usuarios, Fusagasugá y Florencia. A su vez, la compañía continuó avanzando en la implementación de un Sistema de Administración de Riesgo (SAR), convertido en referente entre las EPS del país, por la calidad de su implementación.
- En el año **2010** fue aprobada su Fase II, generando menor requerimiento de capital, que se tradujo en un ahorro acumulado de \$10.312 millones. En ese año fueron aprobados tres proyectos de infraestructura, una unidad asistencial y dos administrativas, gracias al esfuerzo de los accionistas.
- En el año **2011** la Regional Noroccidente con un 2,8% fue la que mayor crecimiento en afiliados presentó, lo que demuestra el liderazgo de esta EPS en una ciudad como Medellín y sus zonas de influencia. Se aprobaron diferentes proyectos de infraestructura propia, basados en un modelo de priorización que buscaba dar vía libre a aquellos que suponían mayor necesidad para la compañía, tanto en lo asistencial como lo administrativo: UBA Pereira, UBA Barranca (Bucaramanga), UBA Lourdes (Bogotá), Sede Tuluá, UBA Recreo (Barranquilla), UBA San Vicente.
- En el año **2012** la empresa continuó siendo la segunda EPS más grande del país por número de afiliados y continuó haciendo esfuerzos y acciones de mejora continua para seguir apalancando uno de sus pilares estratégicos más importantes: la calidad en el servicio. Gracias a esa calidad en el servicio, la encuesta de satisfacción de usuarios realizada por el Centro Nacional de Consultoría la ubicó con un 89% de aceptación, aumentando casi 13 puntos respecto al primer semestre del mismo año. Para la misma época, en un estudio realizado por el Ministerio de Salud y la Supersalud, Coomeva EPS es reconocida entre las cinco mejores EPS del país.

En el año **2013**, el Ministerio realizó el ranking y evaluó a las EPS respecto a los derechos, evaluación por parte de los usuarios, procesos y resultados de la atención en Salud; quedando Coomeva EPS calificada respecto a los derechos (Alto), evaluación por parte de los usuarios (medio – baja), procesos y resultados de la atención en Salud (medio – alta).

## **2.6. Entorno Jurídico y fáctico en que se desenvuelven las EPS en Colombia**

Efectivamente existe un marco regulatorio del sistema de salud colombiano, teniendo especial relevancia leyes como la 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, así como aquellas disposiciones reglamentarias que coadyuvan a dar estructura y funcionamiento al subsistema de seguridad social en salud.

La ley 100 especialmente, concibió un **Plan de Salud Obligatorio**. *El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.* (Art. 62 Ley 100 de 1993)

La misma ley concibió a las **Entidades Promotoras de Salud** como las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía. *Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan de Salud Obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el Título III de la presente Ley.* (Art. 77 Ley 100 de 1993)

También se expidieron disposiciones que regulan el flujo, protección de los recursos, relaciones entre actores del sistema, etc. Todo ello dentro del modelo de aseguramiento que concibió la Ley 100 de 1993, en el que participó el espíritu inspirador de un gran académico como el Dr. Juan Luis Londoño. Se puede afirmar que ese modelo se soportaba en la siguiente estructura técnica: **1) Un Asegurador 2) Un riesgo asegurable**, que para el caso especial de salud, se representa en un Plan de Beneficios "POS", que cubría contingencias de salud y económicas especificadas en la misma norma, y **3) Una prima** como principal fuente para financiar los riesgos amparados, cubrir gastos administrativos y la retribución por el servicio o riesgos asumidos por el asegurador.

Sobre la base técnica expuesta, el párrafo del artículo 28 del Decreto 806 de 1998, estableció: "**Cuando el afiliado al Régimen Contributivo requiera de servicios adicionales a los incluidos en el POS deberá financiarlos directamente. Cuando no tenga capacidad de pago para asumir el costo de estos servicios adicionales, podrá acudir a las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado**, las cuales estarán en la obligación de atenderlo de conformidad con su capacidad de oferta y cobrarán por su servicio una cuota de recuperación con sujeción a las normas vigentes". (negrita propia).

Todas estas normas se estructuraron bajo el marco constitucional de un Estado Social de Derecho, en el que claramente la Constitución tiene una prevalencia jerárquica (artículo 4º de la Constitución Política de Colombia), se contemplaron igualmente derechos fundamentales y la acción de tutela del artículo 86, como vehículo jurídico por excelencia, para hacer efectivos esos derechos fundamentales.

Lo anterior explica el que a pesar de existir un entorno normativo, el mismo convive en un estado constitucionalizado y por ello esas normas, terminan cediendo frente derechos contemplados en la Constitución. Esto hace de la seguridad social es un "**Sistema normativo integrado**", donde la jurisprudencia tiene especial relevancia.

En el año de 1997 la Corte Constitucional profirió una trascendental providencia, que marcó directrices en la forma de operar el sistema de seguridad social en salud, unificando criterios respecto a posiciones doctrinales discutidas en sede judicial. De la Sentencia SU-480 se pueden destacar apartes como:

- “La realización del servicio público de la Seguridad Social (art. 48) **tiene como sustento un sistema normativo integrado** no solamente por los artículos de la Constitución sino también **por el conjunto de reglas en cuanto no sean contrarias a la Carta** ....”
- “El derecho a la salud y el derecho a la seguridad social son derechos prestacionales propiamente dichos que para su efectividad requieren **normas presupuestales, procedimiento y organización, que viabilizan y optimizan la eficacia del servicio público y que sirven además para mantener el equilibrio del sistema** ....”
- “El Estado está obligado a prestar el plan de atención básica en salud y **las EPS, especialmente deben prestar el plan obligatorio de salud ... dentro de los parámetros que el mismo Estado ha fijado** ....”
- “Hay que admitir que **al delegarse la prestación del servicio público de salud a una entidad particular, ésta ocupa el lugar del Estado para algo muy importante cual es la prestación de un servicio público; pero eso no excluye que la entidad aspire obtener una legítima ganancia** ..... Por tal razón, **la Corte no puede ser indiferente al equilibrio estructural del Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud, al plan obligatorio de salud del régimen subsidiario y a los principios de universalidad y solidaridad que deben ir paralelos...**”
- Equilibrio financiero del contrato. “En la relación Estado-EPS, el co-contratante (EPS) **busca que aquello que está abiertamente más allá de lo previsto implique un derecho a que se asegure el mantenimiento del equilibrio económico-financiero del contrato o el restablecimiento de la ecuación financiera si ésta se altera. Esta ecuación, equivalencia o igualdad de la relación, no puede ser alterada en el momento de la ejecución, y de allí nace el deber de la administración de colocar al co-contratante, concesionario, en condiciones de cumplir el servicio** , obra, prestación, amenazados por hechos ajenos a la voluntad de las partes. ....”
- “Para la efectividad del derecho a la salud es vital el funcionamiento eficiente del sistema de seguridad social, ... **el sistema también se encuentra alterado actualmente ... Estos omisiones afectan TODO el sistema porque: Los usuarios no reciben trato adecuado-Los médicos y las IPS no reciben cumplidamente lo que se les adeuda-Los médicos no reciben honorarios justos.-Eso deviene en trato injusto para las EPS porque a ellas sí se les exige que cumplan, mientras el propio Estado incumple. ....**” (Destacados fuera de texto)

Con ese pronunciamiento de Sala Plena de la Corte Constitucional, se ratifica que ordenamiento positivo del sistema de salud quedó alterado en su concepción original, por parte del mismo Estado, esta vez por vía jurisprudencial. Se pueden resumir algunas conclusiones:

A pesar de existir un Plan Obligatorio de Salud, ese listado cede cuando por necesidad, se requieren proteger derechos fundamentales, que son de superior jerarquía (ej. la vida).

Debe existir una ecuación económica justa por parte del Estado, la cual permita rápidamente a la EPS recuperar los recursos invertidos en conceptos que no están en los listados que configuran el POS, como tampoco financiados en la UPC.

Las omisiones del Estado afectan TODO el sistema porque:-Los usuarios no reciben trato adecuado-Los médicos y las IPS no reciben cumplidamente lo que se les adeuda -Los médicos no reciben honorarios justos.-Eso deviene en trato injusto para las EPS porque a ellas sí se les exige que cumplan, mientras el propio Estado incumple.

Con la maduración del Sistema, se produjeron providencias de similar impacto, como las C-316, C-463 y T-760 todas de 2008, las cuales fortalecieron la primacía de derechos fundamentales sobre los listados contemplados

en la normatividad aplicable, la última incluso reconociendo la problemática en materia de flujo de recursos, que adicionalmente elevó a grado constitucional el derecho al reembolso por los servicios No Pos. Se recuerdan algunos apartes de esa importante sentencia de tutela:

- "...Cuando una persona requiere **un servicio de salud que no se encuentra incluido dentro del Plan Obligatorio de Servicios**, y carece de recursos para cubrir el costo del mismo que le corresponda asumir, las entidades encargadas de asegurar la prestación del servicio (EPS) deben cumplir con su responsabilidad y, en consecuencia, asegurar el acceso a éste. No obstante, **es el Estado quien ha de asumir el costo del servicio, por cuanto le corresponde la obligación de garantizar el goce efectivo del derecho** . .... **El adecuado financiamiento de los servicios de salud no contemplados en el POS depende entonces, del correcto flujo de recursos por parte del Estado** para cubrir el pago de los recobros que reglamentariamente sean presentados por las entidades que garantizan la prestación del servicio. En la medida en que tales costos no están presupuestados por el Sistema dentro del monto que recibe la entidad aseguradora de la prestación del servicio de salud por cuenta de cada uno de sus afiliados o beneficiarios (UPC, unidad de pago por capitación), **su falta de pago atenta contra la sostenibilidad del sistema, y en tal medida, al acceso a la prestación de los servicios de salud que se requieran con necesidad.** ...” (acento propio).

Dentro de las órdenes proferidas, en materia de flujo de recursos se destacan la 24 y 27: dirigidas *Ministerio de la Protección Social y al administrador fiduciario del Fosyga* para “que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud.

Lamentablemente, a pesar de las mencionadas órdenes dadas al Gobierno en materia de flujo de recursos, el propio Estado incumplió con un pilar fundamental para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, mientras que paralelamente los servicios No Pos se desbordaban y los afiliados quedaban amparados por un “*Plan Infinito de Salud*”, al que podían acceder de manera directa a través de las coberturas del Pos, o indirectamente agotando un expedito trámite de Comité Técnico Científico o Tutela.

Después de 4 años de vivir esta situación, la misma Corte Constitucional al hacer seguimiento a las órdenes 24 y 27 de la Sentencia T-760 de 2008, evidenció la problemática que padece el sistema de salud, para ello mediante Auto 263 de Noviembre 16 de 2012, **declara incumplimiento estatal por parte del rector del sistema** . Se destacan algunos apartes:

“...Existe un problema de flujo de recursos en el sistema que no se ha logrado satisfacer con el actual mecanismo de recobro. ...

...se concluye que, **contrario a lo afirmado por el Gobierno Nacional** , **las excesivas medidas regulatorias que éste ha adoptado no han sido eficaces** , por el contrario, cada día se aumentan las situaciones irregulares que afectan al SGSSS. ...

..el **Ministerio de Salud no cumplió** con el mandato de rediseño del trámite de recobro, **aún cuando la Corte desde el auto del 13 de julio de 2009, recordó la imperatividad de tal orden** , ...

En consecuencia, **la Corte reitera que es necesario atacar las causas que originan ese desequilibrio, que está poniendo en situación deficitaria a los diversos actores del sistema** ; aclarando que **las medidas paliativas** que hasta el momento se han adelantado **son ineficaces**, toda vez que por más esfuerzos fiscales del Gobierno para equilibrar la crisis por la que atraviesa el sector, estas serían inútiles “al tratar de llenar un saco roto” (así lo había considerado con anterioridad la Corte en la C-252 de 2010). ...”

En el aparte resolutorio del mencionado Auto 263, la Corte Constitucional decide: **DECLARAR el incumplimiento general de la orden vigésimo séptima de la Sentencia T-760 de 2008, por parte del Ministerio de Salud y Protección Social.**

**2.6.1. Otros factores que afectan el desarrollo adecuado de las EPS y contribuyen al desequilibrio del Sistema de Salud:**

**Ausencia de Evaluación de Tecnología en salud y entrada de nuevas tecnologías al país** : La Evaluación de Tecnologías en salud es el proceso por medio del cual los Sistemas Nacionales de Salud evalúan la seguridad, eficacia, costo/beneficio e impacto presupuestal de cada uno de los servicios, actividades, procedimientos o medicamentos que serán incorporados al mercado de la salud de una región, a un portafolio institucional o a un plan de salud. En el mundo desde hace más de 20 años en varios países se han creado sistemas e instituciones empoderadas para dicha evaluación tecnológica previa a la incorporación de nuevos servicios de salud, tal como lo han hecho países como Inglaterra (Nice), Australia, Canadá y España entre otros. En Colombia sólo hasta la expedición de la Ley 1438/2011 se crea el marco legal para el desarrollo del Instituto de Evaluación de tecnología en salud (IETS), el cual hasta la fecha no ha empezado a generar conceptos y definiciones sobre la conveniencia o no de incorporar ciertas tecnologías en salud. Desde el año 2008, empezó un crecimiento vertiginoso de los costos por tecnologías en salud, en especial por medicamentos de origen biotecnológico, los cuales han llegado a representar más del 60% del total de recobros por servicio NO POS en Colombia en los últimos 5 años (2008-2013). En 2010, Fedesarrollo publicó un estudio financiado por ASINFAR en el que concluye que los costos de los medicamentos en Colombia son exageradamente elevados frente a otros países. Para ASINFAR el estudio demuestra el grave impacto que tiene el alto costo de los medicamentos biotecnológicos en las finanzas de la salud.

La avalancha de nuevas tecnologías en salud, en especial medicamentos biotecnológicos, y la no existencia de mecanismos de evaluación de costo/eficacia de dichos productos coincidió con los cambios normativos en el manejo de los servicios NO POS, en especial la sentencia T-760, la cual amplió el alcance de los CTC entre otras disposiciones, generando lo anterior una agudización de la problemática de recobros de servicios NO POS en el SGSSS, lo cual a su vez generó los problemas de flujo de caja y sostenibilidad de los aseguradores en el país.

**Entorno de corrupción:** Los medios de comunicación, como las propias autoridades han tenido la oportunidad de conocer irregularidades y abusos de toda naturaleza por parte de algunos actores. Se han conocido casos de empresas de medicamentos que venden en Colombia a precios exorbitantes, suplantación de personas, irregularidades en recobros, elusión y evasión en materia de aportes, falsificación de documentos, prescripción de incapacidades sin criterios técnicos, prebendas para médicos ordenadores, falsificación de medicamentos, etc. Cooameva EPS a pesar sus políticas antifraude y debida diligencia, no ha sido ajena a esos riesgos y precisamente le ha tocado promover investigaciones penales, en las que se indagan actuaciones de personas que presumiblemente incurrieron en tipos penales. Se han puesto a disposición de la Fiscalía General de la Nación los soportes que respaldan las denuncias, se ha promovido y colaborado con los avances probatorios y como parte civil y está a la expectativa de los resultados que arrojen las investigaciones.

También es del caso mencionar que Cooameva EPS ha acudido ante las principales autoridades, con el objeto de poner en conocimiento la problemática del sistema, evitar abusos, al igual que ha promovido alternativas de solución. En ese sentido se formalizaron comunicaciones dirigidas a la propia Presidencia de la República, el Ministerio de Salud y Protección Social, la Contraloría General de la República, Superintendencia Nacional de

Salud, etc. A continuación se presenta un resumen de algunos de los precedentes anunciados:

FECHA	EMPRESA DESTINO	CONCEPTO
03-sep-09	Min Salud	Alternativas de solución problemática del sector de la salud, en especial tema cartera de recobros
05-oct-09	Min Salud	Decisión de iniciar proceso conciliatorio sobre cuentas a recobros NO POS glosados por el Fosyga
23-oct-09	Min Salud	Dificultad del Sistema de salud
26-oct-09	Min Salud	Respuesta a resultados de auditoria correspondientes a fallecidos
26-oct-09	Fidufosyga	Respuesta a resultados de auditoria correspondientes a fallecidos
03-nov-09	Min Salud	Propuesta conciliación recobros Coomeva EPS
03-nov-09	Presidencia de la Republica	Situación de las EPS del Régimen Contributivo
03-nov-09	Contralor General de la Nación	Tutelas de alto impacto
02-feb-10	Min Salud	Situación Coomeva EPS - Propuestas
21-abr-12	Min Salud	Proceso de conciliación según acuerdo de entendimiento
07-may-10	Min Salud	Proceso de aplicación documento de entendimiento y acuerdo suscrito entre Coomeva EPS y Min protección
12-may-12	Min Salud	Situación de Coomeva EPS
05-jun-10	Min Salud	Proceso de conciliación según acuerdo de entendimiento
21-jul-10	Procuraduría General de la Nación	Problemática del sector salud
20-oct-10	Supersalud	Plazo en el ajuste de constitución de reservas técnicas
08-nov-10	Min Salud	Reformas al sistema general de salud
09-nov-12	Min Salud	Aplicación documento de entendimiento y acuerdo suscrito por Min Salud y Coomeva EPS
24-nov-10	Min Salud	Ayuda de memoria reunión celebrad el 28 de octubre de 2010
03-dic-10	Min Salud	Solicitudes y planteamiento de soluciones presentadas al Ministerio por parte de Coomeva
06-dic-10	Supersalud	Cancelación facturas
17-ene-11	Senador de la Republica	Situación actual cartera No POS ante el Fosyga
11-feb-11	Min Salud	Recobro tutelas
09-mar-11		Política anti tramites

	Ministerio del Interior y de Justicia	
13-jun-11	Min Salud	Coyuntura actual del SGSSS
14-jun-11	Fidufosyga	Oficio AUD 0354-11 - oposición a exigencia planteada en recobros
16-jun-11	Min Salud Supersalud	Reintegro de recursos por recobros
20-jun-11	Fidufosyga	Reintegro de recobros cancelados a Coomeva EPS
22-jun-11	Min Salud Supersalud	Reintegro de recobros cancelados a Coomeva EPS
30-jun-11	Min Salud	Estabilidad financiera de Coomeva EPS
20-dic-11	CRES	Incremento UPC para año 2012
01-jun-12	Min Salud	Llamado urgente necesidad de contar con flujo de recursos
12-jun-12	Supersalud	Grave situación de iliquidez de Coomeva EPS
12-jun-12	Min Salud	Grave situación de iliquidez de Coomeva EPS
29-jun-12	Min Salud	Mecanismo de giro directo a las IPS de Coomeva
24-jul-12	Min Salud	Crisis Sector Salud
24-jul-12	Presidencia de la Republica	Crisis Sector Salud
24-jul-12	Presidencia de la Republica	Investigaciones sector Salud Coomeva EPS
08-nov-12	Min Salud	Crisis en el sector salud

**Nota:** Se están actualizando los comunicados radicados en el año 2013

**Posición dominante y abuso de prestadores** : Destacados estudios técnicos respaldan la importancia de que el asegurador pueda controlar costos y fomentar la calidad, a través de la participación directa en los servicios de salud. En Colombia a pesar de la escasa oferta disponible, la Ley 1122 de 2007 impuso restricciones a la integración vertical; esto ha implicado un retroceso en la expansión de servicios, sobrecostos y una posición ventajosa a favor de intereses de oligopolios, haciendo que muchas EPS quedaran expuestas a una imposición tarifaria, acompañada del desinterés de los prestadores por invertir en los niveles básicos, que benefician al sistema, fomentan la salud, pero resultan poco rentables.

**Integración vertical en Coomeva EPS** : La normatividad colombiana ofrece poco espacio para la integración vertical (hasta el 30% del gasto en salud), Coomeva optó por un modelo mixto, concentrado especialmente en el nivel básico, que en su conjunto no alcanza al 10% de su gasto en salud. El modelo cooperativo y los principios solidarios que lo inspiran, propiciaron que esta aseguradora (como en ninguna otra EPS), promoviera competencia entre prestadores, donde existieran condiciones. Es así que llegó a convertirse en el principal comprador privado de servicios de salud a nivel nacional. Sin embargo la poca oferta disponible de

prestadores, ha terminado siendo un factor de ineficiencia por superar.

**Falta de control de precios de medicamentos y servicios de Salud:** Una estrategia definida por los gobiernos en general para controlar el gasto en salud específicamente por medicamentos e insumos es la regulación de tarifas de estos componentes del servicio. En Colombia sólo hasta la expedición del decreto 4474 de noviembre del 2010 se inició una regulación explícita de precios aunque en rigor, esta última no se trata de una fijación de precios, sino de una política de reembolso del FOSYGA más que a un control propiamente de precios. Sólo recientemente se expidió por la comisión nacional de precios de medicamentos y dispositivos médicos - CNPMDM-, la Circular 04 /2013 la cual entrará en vigencia el próximo 13 de septiembre y que regula 189 productos farmacéuticos de los cuales sólo 39 corresponden a medicamentos incluidos en el POS. Esta norma al ubicar los precios de estos productos en el percentil 25 de la lista de países analizados logra una disminución ponderada del 33% en los precios de dichos productos en donde algunos de estos llegaron a descuentos hasta del 80% lo cual refleja cómo durante los últimos 15 años el país ha pagado medicamentos mucho más costos que el resto de los países de referencia.

**Las EPS como administradoras de recursos parafiscales :** Los avances jurisprudenciales permearon en el modelo de aseguramiento, el concepto parafiscalidad, sin embargo aún subsisten vacíos y discusiones jurídicas en cuanto a la calidad y el actuar de las EPS. Algunos actores las consideran simples administradoras delegadas de recursos parafiscales, pero a su vez de manera contradictoria, respaldan la tesis de que deben participar de las pérdidas, pero no de las utilidades que pueda arrojar el resultado operacional. Otras posiciones conciben las EPS como aseguradoras, en las que pueda participar la inversión privada, pero no se les permite una adecuada administración del riesgo, o se les cuestiona si tienen acceso a utilidades.

**Gastos Administrativos:** Han resultado anti técnicas y muy desafortunadas algunas posiciones de la Contraloría General de la República, en materia de gastos administrativos. Dicha entidad llegó al extremo de cuestionar la posibilidad de asumir como gastos de administración, la adquisición de equipos e infraestructura necesaria para desarrollar el objeto social, llegó incluso a mencionar que ni una "silla" o un "computador" se podría adquirir con recursos de la UPC. En un contrasentido, la CGR pareciera estar desconociendo que las mismas entidades públicas, a su vez también necesitan de infraestructura y gastos de administrativos para soportar su realidad operacional.

La literatura técnica respecto a aseguradoras en general, habla de la necesidad de asumir gastos administrativos y en algunos casos se ha llegado a mencionar que ese concepto supera el 15 o 20%, con una participación especial el tema comercial. En el caso colombiano la Ley 1438 de 2011 le ordenó al gobierno adelantar estudios técnicos que soportaran el gasto administrativo que deberían tener las EPS y el legislador fijó un límite del 10%, sin un estudio que lo respaldara. El Gobierno también le falló al sistema, pues nunca adelantó los estudios ordenados, por el contrario, se sabe que a las EPS cada día se le cargan más conceptos que terminan afectando el rubro administrativo de la UPC. Algunos ejemplos: (i) Costosos gastos administrativos que se causan para prestar y reclamar el reembolso de servicios No-Pos. (ii) Costo del dinero causado en la atención de pagos de facturas No-Pos, (iii) imposiciones jurisprudenciales de cartas de derechos a afiliados. (iv) atención exponencial de requerimientos de autoridades, los cuales representan millonarios conceptos para soportar el debido actuar operacional. (v) Certificados de la Registraduría Nacional del Estado Civil, para acreditar ante el Fosyga persona efectivamente vivas. En general las EPS se ven expuestas a asumir numerosos conceptos, que no son calculados en la UPC, ni son reembolsados a las EPS por el propio Estado.

**Zona Gris:** La prestación de servicios por fuera del POS ha generado un sistema de salud paralelo, comprometiendo recursos y patrimonio de las EPS para garantizar su prestación, además de generar un aumento descontrolado en los costos de atención debido a la falta de claridad en cuanto al límite del derecho a la salud pero también en forma dramática por la indefinición de las coberturas de POS lo que se ha denominado “zona gris”.

La indefinición de coberturas o zona gris ha representado para COOMEVA EPS S.A. en los últimos 5 años un volumen de glosas de más **de \$ 150 mil mm (VALIDAR cifra)**. Estas controversias de coberturas han surgido en forma “expost” dado que la EPS ha debido asumir primero su atención en virtud de fallos judiciales, proceder recobro al Fosyga para luego ser glosado por presunta inclusión en el POS. Son múltiples los conceptos objeto de dicha controversia los cuales solo hasta la expedición de la resolución 4251 de diciembre del 2012 comienzan a establecerse reglas claras de juego y conceptos que definen su inclusión o no en el plan de beneficios.

Aunque las tutelas son un mecanismo creado con el propósito de la defensa del derecho a la salud y tienen implicaciones positivas cuando garantizan el derecho a nivel individual, también tienen implicaciones negativas, cuando obligan a dar prestaciones de servicios excluidos del POS, que sobrepasan el alcance de las responsabilidades de las EPS; y ha sido precisamente por esta vía por la que fundamentalmente la EPS ha debido asumir una amplia gama de servicios NO POS que a posteriori fueron catalogados como “zona gris”.

**Presunción de desbalance en UPC:** A pesar de que un modelo de aseguramiento debe guardar una ecuación financiera que permita su sostenibilidad, la UPC en Colombia ha sido fijada sobre criterios no técnicos. Algunos ejemplos: **(i)** Los ajustes de la UPC durante su historia, reflejan que el mismo ha sido realizado en gran medida con base en el IPC, no obedeciendo a un real estudio de frecuencias y tarifas de los servicios incluidos en el POS. **(ii)** Gran probabilidad de que los últimos incrementos de la UPC se deban a la inclusión de nuevos servicios, pero no a cubrir el desbalance causado en el tiempo. **(iii)** A las EPS se les fijó un porcentaje de la UPC para atender vía prima el denominado Fondo de Incapacidades, éstas deben ser atendidas en un valor equivalente a las 2/3 partes del salario, sin embargo mediante Sentencia C-543 de 2007, la Corte Constitucional decidió que ninguna incapacidad debía ser liquidada sobre menos del salario mínimo. Las EPS quedaron con la carga de reconocer las incapacidades conforme a la jurisprudencia, sin embargo la prima reconocida para fondo de incapacidades continuó sin reajuste. **(iv)** El Ministerio de Salud y Protección Social asumió las funciones de la CRES, al preguntársele por la nota técnica que soportan conceptos que demanda el servicio No Pos, en especial los gastos administrativos relacionados con los mismos, pretende estimarlos como riesgo en salud asumido por las EPS, cuando esos servicios no han sido los contratados por las EPS. En concepto del 22 de Abril de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social menciona “... es evidente que dentro de las responsabilidades de las EPS, está incluido el enfrentar y administrar los riesgos relacionados con la logística de funcionamiento de los procesos de recobros a los que haya lugar después de haber agotado las posibilidades de disminución de costos dentro de su sistema de administración del riesgo. ...”. **(v)** El desbalance no calculado en UPC, que puede y está causando el riesgo de descuentos o devoluciones derivados presuntos fallecidos, acreditación de estudiantes, etc. En lo cuales hubo exposición al servicio, en otros casos atención efectiva (beneficiarios), pago de cápitas, etc. que tuvieron soporte en bases de datos estatales y el FOSYGA pretende que el efecto negativo lo asuman las EPS. **(vi)** Desequilibrio que genera en los recursos disponibles a las EPS, para la atención de siniestros de gran impacto como las enfermedades huérfanas y los hemofílicos. **(vii)** La sobredemanda de servicios que antes eran No Pos, pero que al incluirse en el plan de beneficios generaron causación excesiva, muy por encima del incremento de la UPC. El tema insulinas representa un ejemplo evidente de que la UPC no contempló la realidad del consumo que está exigiendo el sistema. Casos como los expuestos hacen que la posibilidad de un

ajuste retroactivo de la UPC, sea una alternativa de nivelación razonable frente a los articuladores del sistema.

**Abuso de glosas impertinentes del FOSYGA** : La reglamentación expedida por el Gobierno, en especial para el reconocimiento de servicios No-Pos, genera elevados costos de transacción para las EPS, esto sumado a una política pública de contracción, para evitar el reconocimiento de legítimas reclamaciones de reembolsos No Pos, en ese sentido han proliferado obstáculos y glosas impertinentes, que hasta la jurisprudencia constitucional ha tenido que intervenir y ordenar levantar (Auto 263 de Noviembre de 2012)

**Judicialización del derecho a la salud:** Lamentablemente el crecimiento de demanda de servicios de salud, no ha sido acode con una política estatal para su adecuada y oportuna financiación. Ningún gobierno ha enfrentado el costo político de reconocer la necesidad de fijar límites al alcance del derecho a la salud, de reconocer que en Colombia los recursos son limitados, en medio de una economía débil que garantiza servicios, muchas veces negados en países con mayor músculo financiero. Hoy las políticas públicas mantienen la tendencia de sobreponer los intereses particulares, sobre los colectivos representados en el sistema. Esto hace que de manera exponencial las tutelas mantengan su tendencia de crecimiento, los jueces y no los médicos sean los generadores del gasto en salud. Al final el servicio se causa, pero su financiación termina a cargo de las aseguradoras o de los prestadores y no por su natural responsable, el FOSYGA.

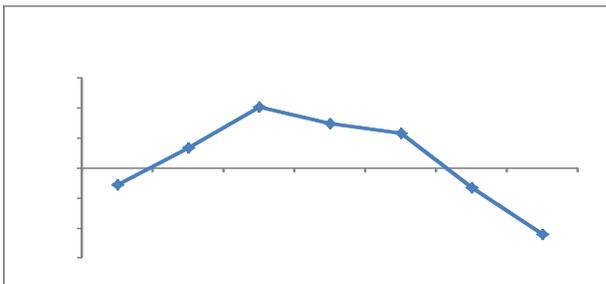
Así hemos planteado las principales causas que explican el entorno actual de COOMEVA EPS y seguramente de todas las EPS. Hoy se mantiene vigente la afirmación dada por la Corte Constitucional desde 1997, en la Sentencia SU-480: *Estas omisiones afectan TODO el sistema porque: -Los usuarios no reciben trato adecuado -Los médicos y las IPS no reciben cumplidamente lo que se les adeuda -Los médicos no reciben honorarios justos.- Eso deviene en trato injusto para las EPS porque a ellas sí se les exige que cumplan, mientras el propio Estado incumple.*

### 3. SITUACIONACTUAL

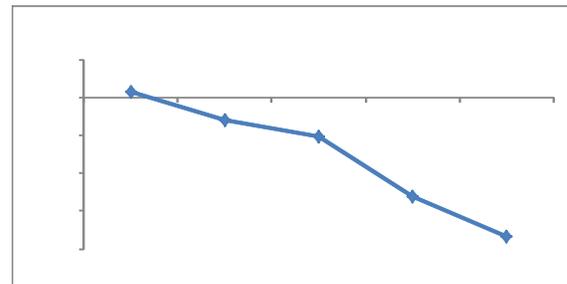
#### 3.1. RiesgoFinanciero

La organización hoy enfrenta un importante riesgo financiero dados los resultados de indicadores claves, tales como el Margen de Solvencia o la Liquidez. Esto ha afectado la oportunidad de pago con Prestadores y ha acumulado cuentas por cobrar que de una u otra forma no evidencian posibilidades de recuperación significativa inmediata. Esta situación pone en riesgo la estabilidad futura y es un motivador principal del presente documento. Los siguientes gráficos muestran la tendencia de la situación.

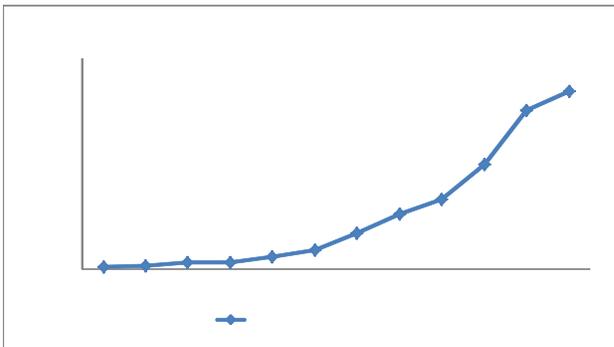
**GRAFICO 1:** Tendencia Margen de Solvencia



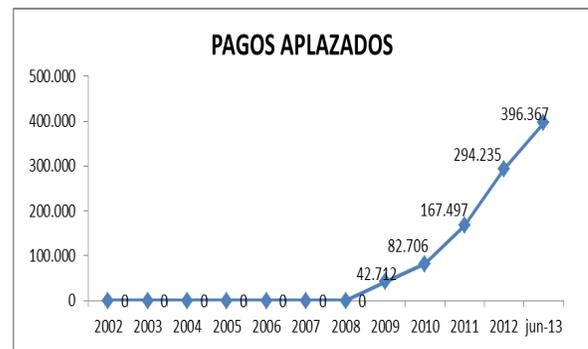
**GRAFICO 2:** Tendencia de Déficit de Caja



**GRAFICO 3:** Tendencia de Cartera Fosyga



**GRAFICO 4:** Tendencia de Aplazados Prestadores.



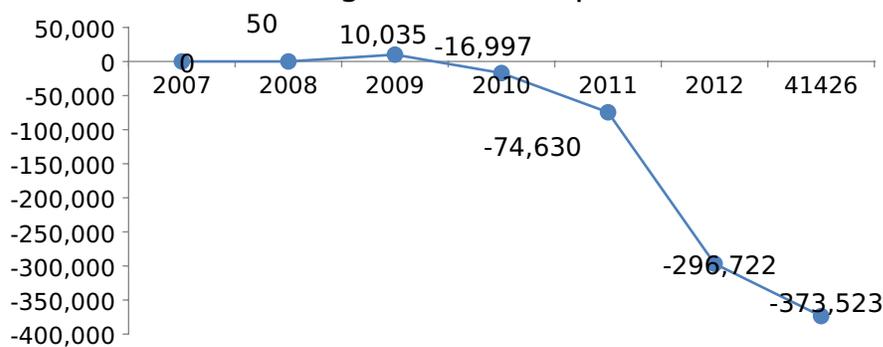
Dado que la normatividad actual la cual indica que para la mayoría de los casos es necesario para realizar un recobro el pago previo del mismo y que una vez radicada la solicitud de reembolso (recobro) se procederá al pago o glosa por parte del Fosyga, en un periodo no superior a 60 días, se concluye que nuestro capital de trabajo se ve afectado para cumplir con estos compromisos que insistimos, corresponden a una responsabilidad Estatal y en un proceso donde el pago por concepto de recobros se realizarán al 100%, sería un valor que ya está asumido por la empresa desde el pasado. Si bien se reconocen los cambios actuales en la normatividad como el giro previo a la auditoria y el giro directo a los prestadores, la realidad muestra que no todas los recobros radicados y pagados son reembolsados, ocasionando un déficit en la caja de la empresa y dificultades para operar.

Para el caso de Cooameva EPS la cartera contable radicada con corte a junio de 2013 ante el Fosyga, que ha sido glosada y en proceso de auditoria asciende a los \$503.374 millones, cifra que se reduce a \$448.335 si se

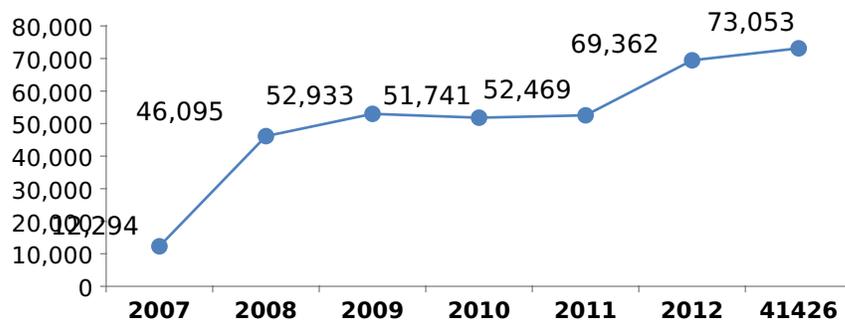
descuenta el valor de giro previo (la cartera contable total asciende a \$672.791 millones a raíz que la misma incluye aquellos recobros pendiente de pago y/o gestión para su radicación), la cual se ha financiado, entre otras fuentes, con parte del superávit de caja de años anteriores, capitalizaciones de sus socios en los últimos 5 años por más de \$87.552 millones (\$20.028 millones año 2007, \$30.000 millones año 2008, \$34.993 millones año 2009 y \$2.531 millones año 2012 - estas últimas a través de capitalización de dividendos-), parte de la venta de activos fijos e inversiones de capital por \$54.435 millones (\$29.458 millones año 2011, \$17.070 millones año 2012 y \$7.907 millones hasta junio del 2013) y en su gran mayoría, con la extensión en la oportunidad del pago a prestadores y proveedores de servicios de salud en las fechas contractuales definidas, cifras que ascendían al mes de junio de 2013 a cerca de \$397.000 millones. A continuación se presenta la evolución de la cartera por recobros NOPOS y la reprogramación de pagos a prestadores.

Los efectos en la liquidez han limitado alcanzar los compromisos de régimen de inversiones y los débiles resultados financieros que sumados a la incertidumbre de los accionistas a capitalizar no permiten cumplir con el margen de solvencia, solo se cumple con el requisito de reservas por servicios autorizado y no cobrado. A continuación se presenta la evolución de los mismos.

### REGIMEN DE INVERSIONES (negativo no cumple)



Fuente: Registros contables



Fuente: Registros contables

### 3.2. Riesgo en Salud

Una de las premisas fundamentales del Sistema de Salud, es la garantía del servicio a los usuarios. Son conocidas causas estructurales que distorsionaron el modelo, entre las que se puede mencionar como relevantes la problemática en el flujo de recursos, (reconocida jurisprudencialmente por la propia Corte Constitucional), al igual que el desborde de causación de servicios No Pos, impuestos a las EPS por órdenes de jueces de tutela y los CTC. El sistema al estar estructurado sobre una cadena de actores, terminó sufriendo la acumulación de reembolsos sin pagar por parte del FOSYGA, que afectó por fuerza mayor a las EPS y por consecuencia a los prestadores, estos a sus proveedores y por último se arriesga el servicio de salud y calidad a los usuarios. Precisamente de esta situación se alertó de diferentes maneras a las autoridades que representan al Estado, pero a pesar de algunos esfuerzos que terminaron siendo insuficientes, debido al desbalance financiero y a la iliquidez derivados del no cumplimiento del Gobierno Nacional, lo que genera consecuentemente aplazamiento en más de 136 días en el pago a los prestadores de servicios de salud, corriendo el riesgo inminente de enfrentar:

**3.2.1. Con respecto a las IPS**

- Cierre de servicios.
- No recepción o traslados no efectivos de los usuarios, generando a su vez riesgos de atención inoportuna a los pacientes.
- Mayores costos en salud debido al aplazamiento de la prestación de los servicios el cual depende del plan de pagos, limitando la gestión primaria en salud y conllevando complicaciones en las patologías de los usuarios.
- Colapso financiero de estos eslabones de la cadena de atención, 3.600 IPS adscritas a la red y más de 2.500 profesionales de la salud como prestadores directos.

**3.2.2. Con respecto a los operadores logísticos**

- Desabastecimiento de medicamentos e insumos dadas las políticas estrictas de la industria multinacional en la edad de la cartera.

**3.2.3. Riesgo Reputacional**

- Los medios de comunicación a nivel nacional ya han empezado a evidenciar esta realidad, que quebranta en alto grado también la reputación y responsabilidad no solo de nuestra empresa, sino igualmente la de nuestra organización empresarial, las demás EPS y el sistema en general.
- Se responsabiliza a las EPS sobre las no atenciones en salud, sin evidenciar los eslabones asociados a la prestación del servicio los cuales fueron descritos en los puntos anteriores.

Hoy en día se mantiene la problemática en el flujo de recursos, a un nivel que los prestadores agotaron igualmente sus posibilidades financieras, haciendo que no solamente sea una amenaza la posibilidad de cierre de servicios. Las siguientes tablas muestran un resumen de algunos eventos presentados:

**TABLA 1: CIERRE DE SERVICIOS**

En esta tabla se muestran las IPS que hicieron cierres temporales de los servicios



**TABLA 2: AMENAZA DE CIERRE DE SERVICIOS**

Se observan las IPS de las cuales se recibieron manifestaciones formales amenazando cierre de servicios, pero por acuerdos entre las partes no se han hecho efectivos.

**TABLA 3: OPERADORES DE MEDICAMENTOS CON AMENAZA DE CIERRE**

### **3.3. Causas de la Actual Situación**

El sistema de Salud concebido en la ley 100 de 1993, se estructuró sobre la base de un plan de beneficios que contemplaba un riesgo asegurable asumido por las EPS, por el cual recibían los aseguradores como principal fuente de financiación la UPC. Ante el desconocimiento estatal de esa premisa técnica, que terminó imponiendo a las EPS la obligación de prestar servicios ajenos al Plan Obligatorio de Salud, sin una debida y oportuna financiación, era natural que esto se convirtiera en la principal causa de desestabilización e iliquidez que hoy viven sus actores, generándose un ambiente de desconfianza a los inversionistas, pues aún se mantiene el crecimiento de la cartera No POS que no reconoce el Fosyga, un plan de beneficios indefinido y sin criterio de sostenibilidad, una indebida financiación de la UPC, como también la falta de control sobre precios de insumos y medicamentos.

#### **3.3.1. Plan de Beneficios**

La regulación vigente en el Sector Salud no siempre permite establecer cuándo se configuran las obligaciones entre Fosyga y las EPS y entre éstas y los prestadores. Esto ocurre en particular con los servicios no incluidos en el POS. La brecha entre la regulación encontrada en la Ley, decretos y resoluciones, y la jurisprudencia, no permite delimitar el alcance de la obligación que tiene el Estado con la ciudadanía.

En la Ley 100 de 1993, la prestación de servicios No POS no estaba prevista, pero la jurisprudencia la generalizó y, aunque el Decreto 806 de 1998 reconocía la atención No POS a través de la red pública, los jueces de tutela impusieron esta responsabilidad a las EPS. Sumado a esto, el hecho de que entre 1994 y 2004 no se hubiera actualizado el contenido del POS agravó el problema. Las actualizaciones recientes no han bastado para mejorar la percepción de dicho plan. Hoy concurre como causal la concepción de que los servicios No POS son infinitos.

#### **3.3.2. Glosa a los cobros No POS**

La negativa de reembolso de esos servicios No Pos es un pilar de la problemática conocida como cobros. Desde una perspectiva financiera, el problema de los reembolsos radica en que éstos no han sido producto de un diseño con sustentación técnica o fiscal. Es así como las EPS deben mediante una orden de tutela o de CTC, aprobar y pagar el servicio y luego presentar la cuenta al gobierno para que la reembolse. Este proceso es ineficiente, no es previo a la ocurrencia y genera una alta carga financiera para las EPS.

Un reciente estudio realizado por Murano Consultores encontró que las EPS están financiando al sistema aproximadamente en \$2 billones por servicios No POS ya pagados a hospitales, clínicas, médicos y proveedores con recursos del POS, créditos financieros y recursos de capital, lo que implica lógicamente un impacto negativo sobre la situación patrimonial de las EPS del Régimen Contributivo. Por esta problemática las EPS están debiendo a los hospitales, clínicas, médicos y prestadores aproximadamente \$1 billón por servicios POS y han recurrido a capitalizaciones y créditos financieros para solventarse. A junio de 2011 solo la cuenta por cobrar glosada de las 11 EPS que pertenecen a ACEMI equivalía al 202% de sus patrimonios (\$708 mil millones). De esta manera en las EPS se presenta un problema de liquidez y solvencia.

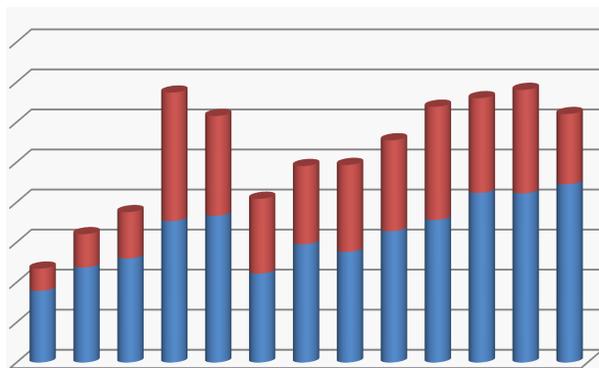
El impacto de lo NO POS, no se ve reflejado solamente con la facturación de los servicios, ya que esta gestión genera altos costos laborales, legales y financieros para las IPS, las EPS, el FOSYGA y en general para todo el

Sistema.

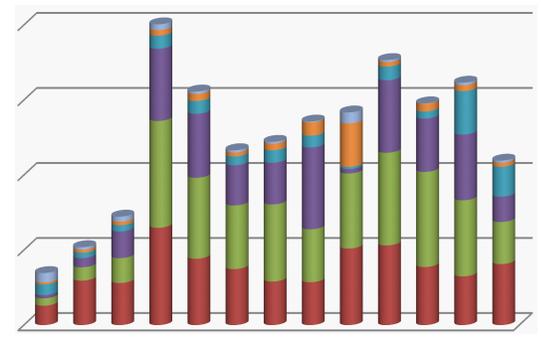
Las glosas de los servicios NO POS son debidas a:

- Zona Gris: Corresponde a discusiones técnicas de si la prestación hace o no parte del POS, las cuales se dan debido al ingreso de nuevas tecnologías en salud, sin tener una actualización paralela del POS, o se discute su financiación en UPC.
- Glosa Administrativa: Los recobros requieren variedad de insumos que han generado la necesidad de información de manera heterogénea.

El valor asumido por la EPS por prestaciones No POS termina siendo superior a los valores reconocidos por el FOSYGA tal y como se observa en las siguientes gráficas.



Fuente: : Ciklos, Alcoomeva



Fuente: Ciklos, Alcoomeva

Con lo anterior se evidencia que contrario a lo afirmado por el gobierno, el servicio No POS se incrementa en el tiempo. La estrategia gubernamental sistemática ha estado enfocada en controlar los reembolsos.

### 3.3.3. Plan Tarifario

La ausencia de políticas de Estado relacionadas con las tarifas de los servicios de salud hace que indiscriminadamente coexistan diferencias entre las regiones del país, que se genere el efecto “ *off label*” en medicamentos dado que pueden ser utilizados para usos diferentes a los autorizados, la evaluación de la costo-efectividad de los medicamentos que ingresan al país, al igual que el control de precios y que existan, entre otros, vacíos en servicios de tipo terapias conductuales y cognitivas como las tipo ABA.

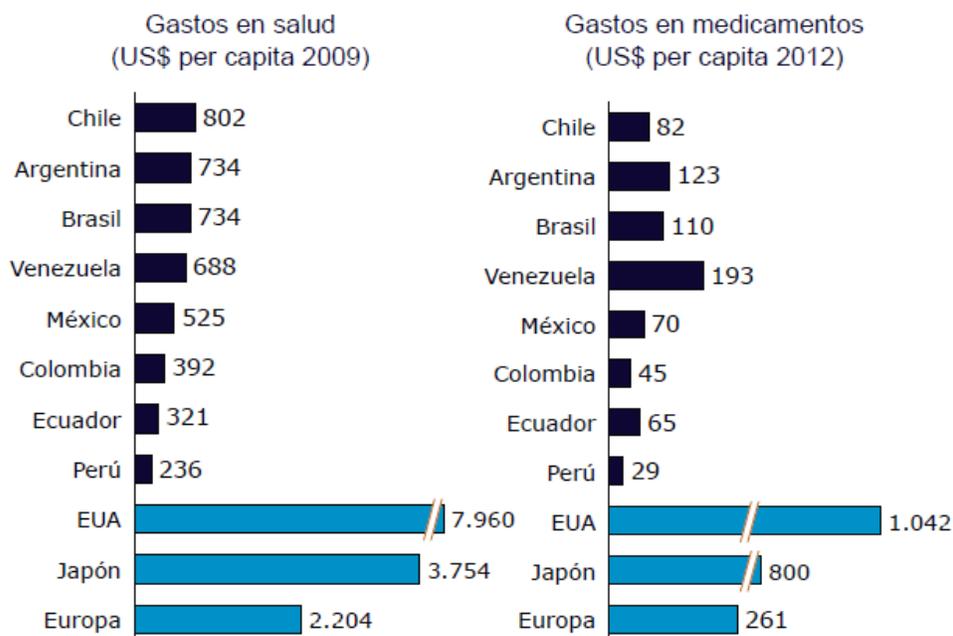
Para ilustrar la relevancia de los medicamentos, equipos y material médico, basta transcribir del Informe sobre la salud en el mundo 2008, de la OMS:

“El gasto mundial en equipos y material médico pasó de US\$145.000 millones en 1998 a US\$ 220.000 millones en 2006; el 39% del total corresponde a los Estados Unidos, el 27% a la Unión Europea y el 16% al Japón. Tan solo en Estados Unidos esta industria emplea a más de 411.400 trabajadores, lo que supone más de una tercera parte de todas las personas dedicadas a las biociencias en el país. En 2006, Estados Unidos, la Unión Europea y Japón gastaron US\$287, US\$ 250 y US\$273 por habitante, respectivamente en equipo médico. En el resto del mundo el promedio de ese gasto es del orden de US\$6 por habitante y en África Subsahariana -un mercado con grandes posibilidades de expansión- es de US\$ 2,5 por habitante. La tasa anual de crecimiento del mercado de equipos es superior a un 10%.

La industria farmacéutica tiene un peso aún mayor en la economía mundial, está previsto que las ventas de productos farmacéuticos aumenten y lleguen a situarse entre US\$735.000 y US\$745.000 millones en 2008, con una tasa de crecimiento de entre un 6% y 7%. Estados Unidos es también el mayor mercado del mundo, pues a ellos corresponde cerca del 48% del total mundial: en 2005 el gasto en medicamentos por habitante ascendió a US\$1.141, lo que supone el doble que el de Canadá, Alemania o Reino Unido y diez veces más que el de México”.

Los informes de la OMS muestran cómo en los países en desarrollo, los medicamentos representan entre el 25% y el 70% del gasto global en salud, comparado con 10% en la mayoría de los países con ingresos altos. Este detalle se observa en la siguiente gráfica, presentada en el 19ª Foro Farmacéutico ANDI Colombia <sup>4</sup>

### 3.3.4. Gasto en Salud



Fuente: *World Health Statistics*, OMS; IMS MIDAS; *Analysis de IMS Health*, citado por VALLE, Héctor, *Perspectivas sobre el sector farmacéutico global latinoamericano*. [diapositivas] Cartagena: Colombia.2012. Diapositiva 35.

Sin embargo ha sido vertiginoso el aporte que para el mejoramiento de la calidad de la atención y de la expectativa de vida de millones de personas ha hecho la aparición de nuevos medicamentos, los cuales si bien han reducido el costo del cuidado médico al sustituir costosas prácticas quirúrgicas y largas estancias hospitalarias, sus efectos adversos no han sido totalmente conocidos. <sup>5</sup> Este equilibrio de la ecuación entre el mejoramiento de la calidad y la expectativa de vida, enfrentado a las posibles causas y efectos adversos está aún por determinarse.

En la actualidad esta temática tiene gran discusión entre científicos y la industria farmacéutica de Europa y Estados Unidos, tal como se evidencia en relación con la nueva vacuna contra la Influenza AH1N1.

En el caso de Colombia el incremento de los costos en salud por medicamentos en las EPSC ha estado entre el 10 y 15% entre los años 2005 y 2009. Este crecimiento se explica en buena medida por el efecto de las decisiones

<sup>4</sup> 19ª FORO FARMACÉUTICO ANDI. (13-15, junio, 2012: Cartagena, Colombia).

<sup>5</sup> FELDSTEIN, P-. *Health Care Economics. 6th edition*. NY, USA, Thomson Delmar Learning .2007- p: 299

constitucionales que definen la salud como un derecho fundamental, lo que ha obligado a dispensar con medicamentos no definidos en el POS a usuarios que los reclaman vía tutela o CTC. Los recobros generados por servicios y medicamentos No POS representan entre el 19 y 20% de los costos totales de las EPSC, de los cuales el 80% lo constituyen los medicamentos. Este incremento en los recobros se evidencia en el siguiente gráfico que muestra la tendencia al aumento desde el año 2002 a 2010.

Los valores se evidencian en el cuadro adjunto, mostrando el costo per cápita de las tutelas y los CTC en las diferentes EPS del país, presentando un promedio de \$117.326, representado el 23% por tutelas y el 77% por CTC.

CUADRO 17. VALOR DE LOS RECOBROS -CTC Y TUTELA- PER CÁPITA POR EPS  
(2010)

Nombre EPS	CTC per cápita	Tutelas per cápita	Total per cápita
Salud Colpatria	190.275	95.865	286.140
Sanitas	220.887	63.972	284.859
Empresas Públicas Medellín	223.917	0	223.917
Nueva	120.929	55.358	176.287
Solsalud	76.085	84.257	160.342
Cafesalud	115.460	39.568	155.028
EPS SURA	134.887	16.764	151.651
Comfenalco Antioquia	132.620	9.487	142.107
Aliansalud	115.227	25.001	140.228
Compensar	98.017	27.984	126.001
Saludvida	85.190	31.178	116.368
Cooimeva .	83.828	26.699	110.527
Cruz Blanca .	76.509	28.385	104.894
Comfenalco Valle	83.182	20.418	103.600
E.P.S. Saludcoop	80.436	19.415	99.851
Promedio	89.843	27.483	117.326

Fuente: Cálculos propios con base en Ministerio de la Salud.

### 3.3.5. Regulación de Precios de Medicamentos

Una estrategia definida por el gobierno para controlar este aumento en los recobros ha sido la regulación de precios de medicamentos en Colombia, que se puede enmarcar en dos grupos de acuerdo con sus modalidades de regulación y su alcance.

De un lado, la regulación que encabeza la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM), cuyo alcance son todos los medicamentos comercializados en el mercado farmacéutico. De otro, la fijación de Valores Máximos de Recobro (VMR), bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social que sigue una metodología definida en conjunto con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (Decreto 4474 de 2010). En rigor, esta última no se trata de una fijación de precios, sino de una política de reembolso del FOSYGA. Su alcance se restringe a los medicamentos no incluidos en los planes de beneficio de las EPSC y EPSS.

Entre abril de 2011 y abril de 2012 los Valores Máximos de Recobro (VMR), generaron ahorros por \$308 mil millones, unos 171 millones de dólares, datos que justifican su incorporación a una política nacional de precios de medicamentos.

### 3.3.6. Gasto Recobros 2002 - 2010



Fuente: Ciklos

Es de mencionar que ha habido quejas por parte de las EPS, por cuanto en muchas ocasiones éstas se ven obligadas a comprar los medicamentos a las libres tarifas que fijan los proveedores, pero los reembolsos solamente se dan a precios máximos de recobro, generando un perjuicio que no deben asumir las EPS.

### 3.3.7. Acceso a medicamentos comerciales vs genéricos

Gran parte de los obstáculos relacionados con la sostenibilidad de las EPSC, especialmente en medicamentos, son recogidos en la Política Nacional Farmacéutica aprobada en agosto de 2012, donde se identifica que el principal problema del sector farmacéutico en Colombia, lo constituye el acceso inequitativo a los medicamentos y el riesgo de la calidad de la atención.

La justificación para la construcción y puesta en marcha de la Política Farmacéutica va en línea con los objetivos y responsabilidades de las EPSC, sin embargo el presupuesto requerido para el desarrollo de la política a diez años asciende a \$193.062 millones. El presupuesto que requerirán los actores involucrados para implementarlo es un rubro importante que para el caso de las EPSC no se contempla dentro de la UPC, convirtiéndose en otro gasto para las Entidades Promotoras de Salud.

En el marco conceptual la Política Farmacéutica se concibe como un conjunto de estrategias articuladas para maximizar los resultados en salud mediante monitoreo estrecho del consumo y optimización de la dispensación de medicamentos, para que por esta vía, la contención de la "inflación farmacéutica" se convierta en un efecto deseado de la política para proteger la sostenibilidad del Sistema y por ende de las EPSC.

El problema que atraviesa el Sistema se atribuye a cinco grandes causas, pero la que afecta principalmente su sostenibilidad se relaciona con el uso inadecuado e irracional de los medicamentos y la deficiente calidad de la atención.

Ese uso va estrechamente relacionado con el no control en la promoción e incentivos para la formulación de medicamentos de marcas realizada al cuerpo médico por la industria farmacéutica. No existen lineamientos claros y estructurados que permitan realizar seguimiento al consumo y uso de medicamentos para analizar su impacto en el Sistema y en las EPSC. Estas diferencias entre los medicamentos comerciales y genéricos hace que sus precios impacten de tal manera que diversos estudios han mostrado que para el universo de medicamentos esenciales la relación de precios promedio entre los de marca y el genérico más económico comparable es de 6 a 1(6)

Otro análisis se hizo teniendo como base los precios de farmacias detallistas consolidados por IMS, observándose una elevada dispersión de precios al consumidor final. La diferencia promedio de precios entre medicamentos de marca respecto del nivel de los precios de los medicamentos genéricos es de 4 a 1.

La PF menciona el estudio sobre la utilización de Medicamentos de Alto Costo en el período 2005 - 2010 en pacientes afiliados al SGSSS. En la muestra se seleccionaron los medicamentos más representativos por frecuencia de uso y por costo. El estudio destaca en coincidencia con los datos del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que las dosis de los 13 medicamentos de alto costo más dispensados por cada mil pacientes aumentaron en promedio en más de 600% y el valor promedio de estas dosis aumentó en 847%.

Por otro lado el uso ineficiente de los recursos financieros de la salud y las inequidades en el acceso a medicamentos se evidencian en el deficiente cálculo de la UPC que se analiza más adelante. La política de precios desajustada evidencia los errores en las definiciones, las debilidades en la rectoría, vigilancia y monitoreo de precios de medicamentos regulados para el recobro al FOSYGA, pero que no regulan el canal comercial ni el precio de venta que, aunque oxigena un poco el problema gubernamental, trasfiere el problema y el costo termina siendo asumido por las EPSC cuando los laboratorios aducen no poderse acoger a los precios techo reconocidos por el FOSYGA, por no alcanzar el precio de producción.

Otra problemática está relacionada con el incremento en el uso de los medicamentos y su consecuente impacto en el costo, como se puede ver en la tabla adjunta en la que se observa que sobre la base "per cápita", el promedio de prescripciones se incrementó de 7.3 en 1992 a 10.6 en 2002.

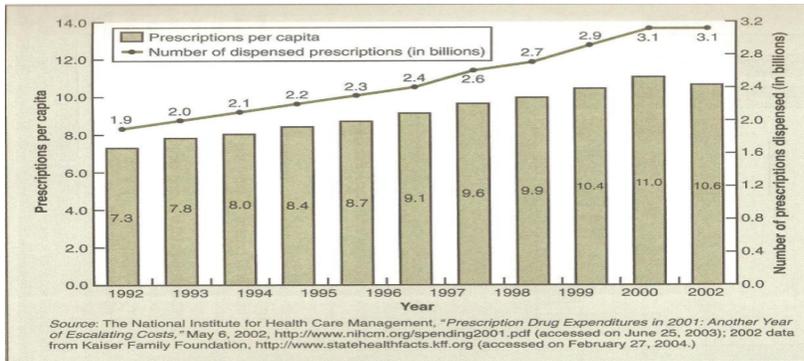
En Colombia un estudio preliminar con una muestra maestra de una EPSC tipo, en el período marzo a agosto de 2009 registra 12.2 formulaciones per cápita en el corte realizado a una muestra probabilística con margen de error del 5% y con un poder del 85%.

El incremento en el número de años de las personas (expectativa de vida) y en la cobertura de aseguramiento (los efectos de la Sentencia 760 de 2008 que cubre medicamentos no previstos en la regulación legal inicial y que son denominados medicamentos No POS) para la prescripción de los medicamentos, son dos razones importantes para explicar el gran aumento de prescripciones. Mucho más cuando en el caso de Colombia el crecimiento de la población es de 1.5% por año.

#### **Total de Prescripciones Dispensadas y Formuladas Per Cápita, 1992 - 2002.**

---

<sup>6</sup>IFARMA, AIS LaC (2009). Precio, disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y componentes del precio en Colombia. Universidad Nacional/Ministerio de Comercio. Precio, Disponibilidad y Asequibilidad de Medicamentos en Bogotá. 2008.



Fuente., FELDSTEIN, P-. *Health Care Economics. 6th edition. NY, USA, Thomson Delmar Learning .2007-p: 299*

En referencia a los medicamentos, en Colombia el incremento de dichos costos, en las EPS, ha estado entre el 10 y 15% entre los años 2005 y 2009. Los recobros generados por servicios y medicamentos No POS representan entre el 19 y 20% de los costos totales de las EPS, de los cuales el 80% lo constituyen los medicamentos.

#### **4. ANALISIS PROSPECTIVO DE LA SITUACION Y ALTERNATIVAS PARA SU SOSTENIBILIDAD**

##### **4.1. Modelo a Utilizar**

Mediante un ejercicio interno y con el acompañamiento de las firmas MURANO CONSULTORES, liderada por el Dr. Augusto Acosta Torres y de la reconocida firma de asesores jurídicos ESGUERRA BARRERA ARRIAGA, se diseñó una metodología aplicable a la situación de la EPS, la cual en primer lugar realiza un ejercicio denominado Balance de Cierre, en el cual se refleja el impacto real que han ejercido en la organización las condiciones vividas en los últimos años-Para ello se construyó un balance de cierre con corte al 30 de junio de 2013. De esta manera se estimaron los efectos que tendría sobre el Patrimonio para cumplir con las obligaciones actuales, bajo la experiencia de pago observada actualmente frente a la cartera No POS en Coomeva EPS y la utilización del respaldo que se tiene en provisiones por este concepto, así como, de las diferentes cuentas del activo y el pasivo.

Una vez surtido este proceso, y como segundo paso, se realizó un ejercicio de construcción de diferentes proyecciones, en las cuales se desligan los efectos pasados del No POS y se parte de unos supuestos claros, a la luz de los cuales se evalúa la viabilidad organizacional, teniendo en cuenta grandes esfuerzos internos de mejoramiento y fortalecimiento, así como la necesidad de contar con referentes claros de solución, en tiempo e impacto, frente a los aspectos hoy críticos del Sistema de Seguridad Social. En este ejercicio denominado P y G Base Cero, se hace una proyección a cinco (5) años de la generación propia del negocio. Aspectos como la estimación de UPC, la siniestralidad POS, la demanda de servicios NO POS, el pago de dichos servicios, el nivel de glosa, el nivel de gastos, etc., son supuestos fundamentales en las proyecciones. En estos el comportamiento interno y las definiciones de gobierno son determinantes y están contenidos como supuestos.

Finalmente se evalúa la continuidad del negocio, para lo cual, los recursos generados en el ejercicio dos, son comparados con las exigencias encontradas en el ejercicio uno, de seguir obteniendo incumplimientos en indicadores de rentabilidad e insuficiencia patrimonial, se contemplan opciones como la posibilidad de capitalización, búsqueda de nuevos socios, apalancamiento financiero Estatal y flexibilización para el cumplimiento de las exigencias de habilitación financiera.

A partir de las condiciones supuestas del escenario de viabilidad surgen las propuestas fundamentales que realizamos al Gobierno Nacional y los compromisos que asumiría Coomeva EPS y que garantizarían su continuidad.

##### **4.2. Resultados del Análisis**

**Nota: Se ajustara con los cuadros que hoy envió Murano**

El detalle de los supuestos, así como de los resultados que a continuación se resumen se encuentran en el **anexo 3**. Aplicando el modelo descrito anteriormente se realizó un ejercicio base EJERCICIO 1 en el cual se aplicaron los siguientes supuestos y de obtuvieron los siguientes resultados centrales (siendo necesario aclarar que son escenarios basados en supuestos, lo cual no implica que Coomeva EPS bajo ningún motivo este renunciando a la cartera No POS que en el supuesto se establece como no recuperable):

En el ejercicio de BALANCE DE CIERRE se obtiene un déficit en el balance de cierre a Junio de 2013 de \$353.385 millones, afectado principalmente por la no recuperación inmediata de aproximadamente \$408.113 millones de cartera No Pos (se asumió una recuperación inicial del 65% de la cartera corriente y en promedio el 17% de la cartera vencida o glosada).

En cuanto al ejercicio BASE CERO, el mismo arroja un resultado en P y G acumulado al año 5 de una pérdida de \$165.157 millones, resultado compuesto por una utilidad de \$87.309 millones en el componente POS y una pérdida de \$252.655 millones en la parte NO POS. De igual manera se genera un efecto positivo en caja de \$128.162 millones.

Al consolidar los dos resultados se obtiene un resultado en P y G negativo, una caja insuficiente para pagar los compromisos del BALANCE DE CIERRE, dejando un déficit de \$271.822 millones y un incumplimiento de los compromisos de habilitación financiera al año 5, ello aun asumiendo una capitalización de \$95.000 millones.

Déficit en margen de solvencia de \$573.487 millones.

Déficit en régimen de inversiones de \$446.597 millones.

A partir de los resultados obtenidos en el ESCENARIO BASE se plantearon cuatro escenarios adicionales de sensibilidad que se simulan a 5 años, los cuales establecen diferentes resultados de viabilidad y que para su construcción consideran las siguientes variables ( **ver anexo 3** ): Porcentaje de pago de la cartera No POS, Crecimiento anual de la UPC, Nivel de Siniestralidad del POS, Crecimiento del No POS dentro del Sistema, Porcentaje de glosa cartera No POS y Porcentaje de pago cartera No POS a través del giro directo desde el gobierno. En los siguientes cuadros se presentan los principales supuestos así como los resultados obtenidos.

- (1) Se supone el 60% de recuperación en la glosa POS
- (2) Se asume recuperación de cartera de 168.737 millones distribuida en glosa POS y Administrativa


Como se puede observar en los resultados, ningún escenario es viable en el ejercicio combinado POS y NO POS. Solo el escenario 5 presenta un resultado positivo de flujo de caja consolidado (balance de cierre + ejercicio base cero escenario 5) y solo cuando se presenta sin el efecto NO POS permite cumplir Margen de Solvencia y Reservas Técnicas. Es decir que mientras la EPS continúe asumiendo la prestación y pago del NO POS y además bajo las condiciones de NO PAGO y glosas de dicha cartera, la empresa no tiene ninguna posibilidad o escenario de viabilidad presente ni futura.

Dado que ningún ejercicio hace viable la continuidad del negocio en estas condiciones, se realizó un último ejercicio en el cual se buscó el valor de cartera vencida mínima a recuperar para cumplir con el margen de solvencia al año 5, en el cual se asume un valor de recuperación de CARTERA CORRIENTE NO POS de más del 90% unido a exigencias de una recuperación mínima del 63% de la CARTERA VENCIDA O GLOSADA. Esto no significa que COOMEVA EPS renuncia a las diferencia de la cartera y buscara su pago por las vías dispuestas.

**Cifras Generales**

Patrimonio a Junio de 2013	\$ 75.521	
- Cartera no recuperada (Vencida + corriente)	491.116	
<b>= Déficit Patrimonial</b>	<b>415.595</b>	
+ Patrimonio a Margen de Solvencia	149.946	} Al año 5
<b>= Total Capitalización Requerida</b>	<b>565.541</b>	

	<u>POS</u>	<u>NO POS</u>
<b>Ahora:</b>		
Posibilidades de Capitalización	\$ 95.000	\$ 95.000
Generación Ejercicio Mixto a 5 años	162.134	-90.331
<b>Pago Mínimo Cartera No Pos</b>	<b>\$ 308.407</b>	<b>\$ 560.872</b>

Este ejercicio muestra que con un patrimonio de COOMEVA EPS de \$75.521, con corte a junio de 2013 y una cartera pendiente de pago cercana a los \$491 mil millones, se genera un déficit, el cual sumado a la exigencia mínima patrimonial para cumplimiento del margen de solvencia, establece una necesidad de capitalización que supera los \$565.500 millones

Contemplando las posibilidades empresariales de que a través de la inyección de nuevos recursos se fortalezca el patrimonio en más de \$95.000 millones y se comprometan esfuerzos al interior para que a través de una eficiente gestión del riesgo (incluyendo integración vertical) y la maximización de eficiencias operacionales se puedan lograr resultados acumulados en el POS durante los próximos 5 años, equivalentes a más de \$162 mil millones, el ejercicio arroja la exigencias de una recuperación mínima del 90% de la CARTERA CORRIENTE NO POS y del 63% de la CARTERA VENCIDA O GLOSADA, reiterando que por ello en ningún momento se trata de que la organización este renunciando al cobro por vía judicial del saldo de la cartera de cobros, el cual si bien consideramos viable y sustentable en términos de procedencia y legalidad, no lo hemos considerado en las estimaciones de ingresos por estar supeditado a fallos en procesos judiciales de larga duración. Esta situación, expresada de otra manera expone que esa es la recuperación mínima de cartera No POS para que el esfuerzo que hacen los inversionistas de COOMEVA EPS, de destinar el 100% de la generación operativa de la empresa en los próximos 5 años y la capitalización de más de \$95.000 millones, no sea en vano.

El ejercicio también concluye que ante la coexistencia al interior de las EPS de ser responsable del POS y el No POS, los valores generados por el POS se consumirían en su totalidad y generarían un déficit superior a los \$90.000 millones para cubrir lo que el No POS, queda como cargo en la EPS. Esto hace evidente la inviabilidad organizacional si el No POS continúa al interior de la misma.

## 5. PLAN DE RECUPERACION

El incumplimiento del patrimonio mínimo y del margen de solvencia requerido para operar, así como el atraso para el pago de prestadores con el riesgo que implica para la continuidad de la prestación del servicio, como consecuencia fundamentalmente del no pago oportuno y suficiente de la cartera de recobros por parte del gobierno, ha obligado a la compañía a diseñar y someter a consideración de esa Superintendencia un plan de recuperación que permita la optimización del ejercicio POS y se han definido aspectos fundamentales de mejoramiento al ejercicio No POS, mientras el Gobierno toma acciones concretas respecto a éste, dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud, pues ya se ha evidenciado que es insostenible al interior de las EPS.

El modelo planteado en el plan de recuperación contempla como supuesto necesario el que los servicios No POS desde el primer año, deben ser asumidos por otros actores, al igual que en el corto plazo se resuelva el pago de la cartera de recobros adeudado por el Fosyga. Este plan contempla acciones precisas con las cuales deberán comprometerse Coomeva EPS y el Gobierno Nacional.

Se resaltan a continuación los principales compromisos que deberán ser asumidos por las partes, con el fin de garantizar el éxito del Plan de Recuperación propuesto, es de destacar que los compromisos de COOMEVA EPS y sus inversionistas, se harán efectivos siempre que el Gobierno Nacional pueda cumplir con los compromisos a su cargo que se identifican a continuación, pues los mismos representan condiciones de viabilidad.

En materia de servicios No POS, más adelante en el punto 5.3, se identificarán algunas iniciativas al interior de la institución, las cuales propenden por encontrar oportunidades de mejora y eficiencias. Lo anterior sin dejar de advertir que los conceptos No Pos, por su peso y representatividad en la afectación empresarial, necesariamente deben ser administrados por otros actores que identifique el Estado, de lo contrario, cualquier esfuerzo e iniciativa privada terminará siendo insuficiente e ineficaz, pues el No POS hace insostenible a las EPS.

### 5.1. Compromisos Solicitados al Gobierno Nacional

#### FALTA TEXTO INTRODUCTORIO

##### Acciones que impactan positivamente el Ingreso:

- Reconocimiento y pago de las obligaciones del FOSYGA. Mínimo del 63% de la cartera
- Ajuste de la UPC - suficiencia
- Incorporación en la UPC de los servicios No POS que pasaron al POS, que fueron prestados por la EPS y no reportados en los estudios de suficiencia anual
- Revisión UPC zonas conurbadas a capitales de acceso a alta tecnología

##### Acciones que impactan positivamente el Costo:

- Promover y respaldar las políticas y normas que garanticen la integración vertical, principalmente para el nivel básico de complejidad
- Reasignación de los servicios No POS a actores diferentes de las EPS
- Medidas transitorias sobre lo No POS mientras permanezca a cargo de las EPS
  - o Masificación giro directo
  - o Definición terapias ABA y reembolso de los servicios ya prestados.
- Asignación de recursos para nuevas patologías de Alto Costo
- Asumir el costo de los pacientes de hemofilia y de enfermedades huérfanas
- Fortalecer la regulación de techos tarifarios en medicamentos, insumos y procedimientos.

**Acciones que impactan positivamente el Gasto:**

- Reconocer el gasto administrativo relacionado con el No POS.
- Desmonte del No POS libera exigencias de provisiones.

**5.2. Compromisos Asumidos por Coomeva EPSS.A**

**FALTA TEXTO INTRODUCTORIO DONDE SE DESCRIBIRA LA CUANTIFICACION DE LOS BENEFICIOS A LOGRAR POR CADA UNA DE LAS INICIATIVAS PROPUESTA (ESTO YA ESTALISTO FALTA AJUSTAR EL CUADRO)**

**5.2.1. Plan de Información Grupos de Interés**

El Plan de Recuperación de Coomeva EPS presentado a la Superintendencia Nacional de Salud contempla a su vez el desarrollo de un plan de información y comunicación dirigido a los diferentes públicos de interés de la empresa y del Grupo Empresarial Cooperativo Coomeva en general.

El plan de comunicación prioriza la realización de actividades que garanticen información oportuna, clara y suficiente para que los públicos conozcan y comprendan lo que implica el Plan de Recuperación de la empresa, sus alcances y posibles efectos para cada uno de ellos. Esto contribuye a mantener su confianza y tranquilidad, al tiempo que da a conocer los esfuerzos de la organización para mantener en las mejores condiciones de normalidad la prestación de los servicios de salud.

También busca que sean transparentes para los públicos las condiciones y acciones que se requieren por parte de todos los actores del Sistema de Salud, para que los resultados esperados en el Plan de Recuperación se logren.

Se plantea un ejercicio concentrado de información en una primera fase, para cumplir con los propósitos anteriores. Paralelamente, consecuente con el Plan de Recuperación y en general con la continuidad del negocio, Coomeva EPS seguirá realizando actividades de comunicación permanentes como lo ha venido haciendo, para mantener a los públicos de interés informados sobre el acontecer de la empresa.



**5.2.2. Depuración Contable**

**Pendiente Nilson**

**5.2.3. Plan de Recuperación y Sostenibilidad Financiera**

**FALTA TEXTO INTRODUCTORIO**

**5.2.3.1. Estrategia de Ingresos**

✓ **Gestionar Glosas de Compensación**

- Revisar oportunidades de ingreso por afiliados que aparecen como Homónimos o presuntos repetidos, que el Sistema debe reconocer legalmente a Cooameva.
- Eficientar el proceso de afiliación desde el empleador hasta la grabación efectiva, para evitar la causación de glosas no pertinentes.
- Fortalecer la actualización oportuna de la BD de certificados de Escolaridad, para los Beneficiarios Hijos mayor de 18 años. Ministerio.

✓ **Revisar criterios que puedan generar una mayor UPC (grupos de riesgo, conurbados)**

- Identificar los municipios que tienen acceso a la tecnología de ciudades capitales, y que a pesar de esto, hoy no le es reconocida una UPC diferencial
- Identificar la carga de enfermedad y el uso de los servicios que desequilibran la UPC asignada.
- Sustentar ante el Ministerio los resultados obtenidos del estudio para el ajuste de la UPC.

✓ **Mejorar en los días compensados**

- Impactar en las empresas que presentan cotizaciones mensuales inferiores a 30 días y de las que se presume son evasoras del Sistema.
- Implementar acciones que fomenten el pago oportuno y adecuado de aportes al SGSSS.
- ✓ **Gestionar ante el Estado la asignación de recursos para los pacientes de Nefroprotección**
- ✓ Gestionar ante el Estado la asignación de recursos para los pacientes con VIH
- ✓ Gestionar ante el Estado la asignación de recursos para nuevas patologías de Alto Costo

#### **5.2.3.2. Estrategia de Costos Médicos**

- ✓ **Ajustar modelo auditoría y tercerización cuentas médicas**
  - Asegurar el proceso transaccional de las tarifas desde la negociación hasta la facturación.
  - Seguimiento y control nacional en tiempo real de los auditores concurrentes hospitalarios, para garantizar la eficacia de la evaluación de la adecuación de uso de ingresos y estancia hospitalaria
  - Optimizar el proceso de cuentas médicas y auditorías que permitan mejorar su efectividad.
- ✓ **Implementar la gestión avanzada de medicamentos - PBM**
  - Ajustar los sistemas de información para la implementación del Modelo PBM
  - Socializar y coordinar con la red de prestadores la implementación de modelo PBM
  - Conectar el aplicativo de prescripción de COOMEVA con el servidor del proveedor seleccionado (MC 21) según etapas y fases definidas
- ✓ **Desarrollar acciones para el mejoramiento Costo (Hospitalización, Urgencias, Contratación, Gestión del Riesgo)**
  - Garantizar la suficiencia de la red en todos los niveles
  - Garantizar una adecuada contratación y administración de la red. Ver carta de proyecto
  - Mejorar y optimizar modelos de atención eficientes y resolutivos en la gestión del riesgo en todos los niveles.
  - Optimizar el modelo de atención presencial.
  - Implementar el sistema de vigilancia en Salud Pública de manera automatizada que permite el seguimiento a cohortes.
  - Fortalecer el seguimiento de la gestión del riesgo a nivel ambulatorio (MED y ARGR)
- ✓ **Gestión adecuada de los recursos de las prestaciones económicas**
  - Centralización del proceso de prestaciones económicas, permitiendo unificar criterios y asegurando la efectividad en el proceso.

- ✓ **Gestionar con el gobierno estrategia de asumir el costo de los pacientes de hemofilia y de enfermedades huérfanas**
  - Gestionar la entrega de información detallada de los pacientes y sus efectos sobre el comportamiento en el aseguramiento.
  
- ✓ **Gestionar regulación de techos tarifarios en medicamentos, insumos y procedimientos ( Actualización Manual tarifario)**

#### 5.2.3.3. Estrategia de eficiencia en gastos

- ✓ **Revisar estructuras buscando mayores eficiencias frente al modelo actual del negocio de las EPS** (nomina, temporales)
  - Evaluar estructura actual
  - Identificar posibilidades de racionalización
  - Optimizar procesos y sus interrelaciones
  
- ✓ **Evaluación de reducción de insumos, servicios y renegociación de tarifas (Consumo, mecanismos de contratación, etc.)**
  - Identificar posibilidades de renegociación de tarifas en los casos críticos que aplique
  - Realizar campañas por servicios y compras críticas, para disminución de usos o volúmenes
  
- ✓ **Evaluar otras alternativas diferentes a reducción de uso, que impacten en el gasto: cambios modelos de operación, optimización procesos, nuevas tercerizaciones.**
  - Identificar posibilidades de tercerizar servicios susceptibles, quedando solo con core del negocio
  - Identificar posibilidad de cambios en modelos de operación que permitan rediseñar contrataciones proveedores

Anexo XX se encuentra el plan detallado con cada una de las estrategias y acciones a realizar.

#### 5.2.4. Flujo de Recursos

**Pendiente Nilson**

##### 5.2.4.1. Cuentas por pagar

**Pendiente Nilson**

##### 5.2.4.2. Cuentas por cobrar

**Pendiente Nilson**

##### 5.2.4.3. Constitución de Reservas

**Pendiente Nilson**

#### 5.2.5. Organización de la Red de Servicios

COOMEVA EPS tiene una Red calificada y suficiente, que responda a las necesidades de los servicios de salud para la población afiliada a Coomeva Sector Salud, cumpliendo con las expectativas de los clientes internos y externos basados en la relación oferta - demanda, implementando modalidades exitosas de contratación conforme a las políticas de la organización.

**Panorama Actual.**

- **Grafica 1. Distribución nacional de población afiliada.**

DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN  
DICIEMBRE DE 2012

Población  
afiliada

- **Distribución Administrativa Nacional.**

**Va un mapa que pesa mucho**

El modelo administrativo y de atención integral de COOMEVA EPS se distribuye en 6 regionales que abarcan gran parte del territorio nacional, garantizando una atención administrativa con centros de atención al usuario, siendo una solución a sus trámites de autorización de órdenes de servicios.

**Descripción General De La Red De Prestadores**

Se establece la operación del Sistema de Red Nacional, conformado por redes regionales, establecidas por zonas de influencia de ciudades capitales, no limitadas por distribución política departamental, sino definidas por acceso geográfico. Se busca concentrar la red de prestadores y garantizar un adecuado acceso y una excelente respuesta, dada por:

- ◆ Eficiente distribución de las instituciones prestadores
- ◆ Central Única de referencia que coordina el acceso CRAUH
- ◆ Realizar integración clínica y administrativa mediante control del programa COACH para seguimiento de grupos especiales.

### IPS Primarias

Cooomeva EPS se hace presente con servicios básicos en la vigencia 2012 en el país con una capacidad instalada para atender una población total de **2903792** usuarios a través de 604 IPS primarias distribuidas así:

TIPO	Cantidad	Población Asignada
Propio (GEC)	143	1.699.370
Alianza	453	964.037
Adscritas	8	240.385
<b>TOTAL</b>	<b>604</b>	<b>2.903.792</b>

Distribuidas de la siguiente manera:

Regional	Propio (GEC)		Alianza		Adscritas I y II		IPS III y IV
	Cantidad	Población Asignada	Cantidad	Población Asignada	Cantidad	Población Asignada	Cantidad
Centro Oriente	32	261.478			126	91.192	75
Suroccidente	26	299.651			96	262.271	86
Caribe	47	667.671			9	41.504	50
Eje	14	91.955			61	110.265	7
Noroccidente	12	213.781	8	240.385	125	289.275	57
Nororiente	12	164.834			36	169.530	12
<b>SUBTOTAL</b>	<b>143</b>	<b>1.699.370</b>	<b>8</b>	<b>240.385</b>	<b>453</b>	<b>964.037</b>	<b>287</b>

Fuente de la información planeación de la red regional

Se ha definido como IPS primaria a la puerta de entrada (servicios de salud básicos) que debe cumplir con una alta resolutive y identificación de riesgos de la población asignada cuentan con una estructura mínima de Consulta médica y odontológica, Programas preventivos y de control y Atención Prioritaria.

Las IPS primarias actúan como garantes de los servicios de salud para los servicios básicos de nivel uno para ello Cooomeva EPS concibe la atención en salud como un proceso único generando "soluciones integrales a las necesidades del usuario". Mediante estrategias diseñadas Con base a la conceptualización del Modelo de Atención adoptado tiene como objetivos.

- Alta Resolución Clínica: Tratamiento Oportuno y Costo Eficaz de los riesgos Evento Discreto Puro y Específicos de Base REB.
- Asegurar el tratamiento y control de Riesgo Técnico en UBA y UPREC.
- Calidad Operativa

### Estrategias de Recuperación

- Rediseño del subproceso de la planeación de la red.

- Validación de la capacidad instalada real en todos los niveles de atención.
- Georeferenciación de los afiliados, identificando de manera diferencial los afiliados de alto riesgo y alto costo.
- Automatización en la verificación de la cobertura y suficiencia de servicios.  
(Se adjunta carta de proyecto).
- Análisis dispersión de la población y equilibrio de IPS de Nivel Básico.
  - Validación de # de afiliados por municipio e intervención frente a viabilidad de la cobertura del nivel básico.
  - Verificación de afiliados por IPS de Asignación y frente a la premisa de negociaciones ganadora, identificación de mínimo de afiliados para viabilidad de modelo de contratación – capitación y de acuerdo a normatividad vigente.

**Periodo para intervención:** 01/09/2013 al 30/06/2014

**Meta esperada:**

- Proceso de planeación de la red sistematizado y centralizado con una adecuada estructuración de la capacidad instalada.
- Caracterización de la red frente a niveles de atención e identificación de pacientes de alto costo y alto riesgo.
- Red conformada con oferta suficiente para la demanda esperada, concentración de la población afiliada en IPS de asignación que garanticen calidad, calidez e integralidad en servicio, asociado a una buena negociación y unas adecuadas condiciones contractuales.

**Meta a corte 31 de Diciembre 2013.**

- Rediseño del proceso de planeación de la red, con una estructura sistematizada y centralizada, generando una adecuada estructuración de la capacidad instalada en todos los niveles de atención.

**Meta a corte 30 de Junio 2014.**

- Generación de informes periódicos de planeación de la red centralizados con recomendaciones de ajustes e intervención a nivel regional.
- Caracterización de la red en todos los niveles de atención y georeferenciación de pacientes de alto costo y alto riesgo.
- Concentración de la red con IPS integrales y capacidad instalada suficiente para la atención de poblaciones concentradas de más de 10.000 usuarios.

**5.2.6. Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y mejora en la calidad de los servicios**

Con el liderazgo de la Dirección Nacional de Calidad de la Atención hemos venido desarrollando la gestión del mejoramiento continuo de la calidad de la atención que le brindamos a nuestros afiliados, con el fin de mejorar la oportunidad, continuidad, seguridad y pertinencia de los servicios que requieren para mantenerse saludables.

Los siguientes son los resultados de estas evaluaciones en cada uno de los procesos de la DNC.

1. Auditoría previsiva: Realizamos la evaluación de los prestadores que van a ser parte de nuestra red de servicios y la evaluación de desempeño de los prestadores activos en la red. Los resultados han sido los

siguientes:

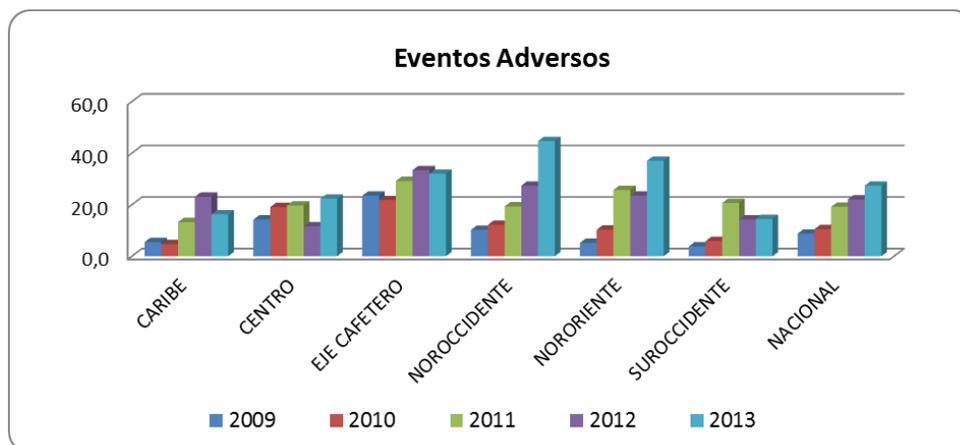
La cobertura de evaluación de aptitud de los prestadores que en el 2012 logramos el 90% y a Julio de 2013 estamos el 94%. La evaluación de desempeño incluye el seguimiento a varios indicadores de los prestadores que están activos en la red, tales como oportunidad de consulta, pacientes con patologías crónicas controlados, índice de quejas, detección de usuarios con riesgos laborales, entre otros y el porcentaje de IPS satisfactorias y aceptables en el 2012 fue del 79% y acumulado a julio de 2013 vamos en el 97%.

2. Auditoría ambulatoria: en este proceso realizamos la evaluación de desempeño de los médicos de la atención básica, con el fin de detectar inadecuaciones de manejo de los pacientes y gestionar la mejora de la calidad de atención a este nivel. En el 2011 primer año en el que implementamos esta evaluación la adecuación de la atención fue del 58% y acumulado a julio de 2013 fue de 68%, lo cual representa una mejora de 10 puntos porcentuales.

3. Auditoría hospitalaria: Hemos implementado la aplicación del Protocolo de Revisión de Utilización de servicios hospitalarios, con el fin de identificar las inadecuaciones de utilización de ingresos y estancias hospitalarias, para retroalimentar a los prestadores y asegurar la calidad de la atención. En el 2012 cerramos con 3% de inadecuación de atención hospitalaria y el 2013 con corte a julio estamos en el 4.3%, lo cual refleja un mayor nivel de detección de deficiencias de adecuación de atención de parte de los auditores hospitalarios, para efectos de gestionar mejora con los prestadores.

Dentro de la política de seguridad de atención de la EPS, hemos capacitado nuestros auditores para mejorar la detección de eventos adversos (EA) en la IPS hospitalarias, con el fin de identificar las IPS con deficiencias en seguridad de la atención y cogestionar la implementación de barreras de seguridad que permitan garantizar la seguridad del paciente. De esta manera hemos logrado pasar a nivel nacional de 8.8 EA identificados por cada 1000 egresos en el 2009 a 27,3 con corte a julio de 2013 (ver figura 1).

**Figura 1. Eventos adversos identificados por cada 1000 egresos. Cooimeva EPS. 2009-2013**



4. Gestión de solicitudes de servicios: Hemos mejorado la eficiencia operacional de los procesos de autorizaciones con el fin de mejorar la oportunidad de autorizaciones médicas y contribuir a garantizar la

continuidad de la atención de nuestros usuarios. De esta manera en las autorizaciones POS hemos logrado bajar de 7.3 días en enero de 2013 a 4.4 días en julio, logrando estar por debajo de la meta de máximo 5 días y la oportunidad de entrega de respuestas del CTC, para solicitudes No POS pasó de 13 días en diciembre de 2012 a 8 días en julio de 2013.

#### **5.2.7. Fortalecimiento del Sistema de Información**

Para efectos de apoyar la labor operativa, administrativa y de control, la organización cuenta con un sistema de información que responde adecuadamente a estas necesidades. Adicionalmente, también se cuenta con un sistema de información de gestión (BI) que permite convertir la información en conocimiento, aspecto fundamental para administrar indicadores y tendencias relacionadas con calidad de la atención a los pacientes, calidad de servicio, y en general la gestión integral de nuestra función de aseguradores de la salud.

Todo lo anterior se espera fortalecer con el desarrollo de proyectos que permiten mejorar funciones tales como: Gestión de la oferta, administración de medicamentos, cuentas médicas y prestaciones económicas.

#### **5.2.8. Buen Gobierno Corporativo**

Para el año 2012 y durante el primer semestre del 2013 con el fin de disminuir y controlar los riesgos de contagio, legales y reputacionales relacionados con lavado de activos, financiación del terrorismo y eventos de fraude y corrupción, el día 27 de febrero de 2012 el Comité de Auditoría de Coomeva Sector Salud aprobó la estrategia de cumplimiento basada en la cultura del control presentada por el Oficial de Cumplimiento. Igualmente se cuenta con el Manual de Antifraude y Anticorrupción (SC DC 305) aprobado por la Junta Directiva mediante acta 222 del 02 de mayo de 2012 en cumplimiento de lo establecido en la Ley 1474 de julio de 2011 denominada Estatuto Anticorrupción; estrategia que incluye la revisión en las listas de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo antes de la vinculación contractual de empleados, proveedores, accionistas y prestatarios ya no solamente en Coomeva EPS, sino también en todas las empresas de Coomeva Sector Salud.

Para tal efecto durante el año 2012 y el primer semestre del año 2013 el Oficial de Cumplimiento dio acceso al aplicativo LAFT y capacitó en la aplicación de los controles de prevención de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo a los responsables de las áreas de Gestión Humana.

Las revisiones en las listas de Lavado de Activos y Financiación del Terrorismo se efectúan a través de la página Web de Coomeva mediante el aplicativo LAFT que se diseñó en conjunto con la UTI con la base de datos del Software World Compliance, dejando evidencia de cada una de las consultas realizadas, con el fin de demostrar en el caso de ser requeridos debida diligencia ante los entes de control.

Adicionalmente tomando en cuenta los permanentes cambios que se presentan en estas listas, el Oficial de Cumplimiento realiza como procedimiento de control alternativo, revisiones periódicas de empleados, proveedores y prestatarios después de su vinculación contractual inicial.

#### **Mejora en los Servicios**

Para la atención de usuarios contamos con todos los canales dispuestos para recibir las quejas y reclamos de los usuarios (Línea de Atención al Cliente 018000, Salas SIP, Buzones).

Para el personal de atención frontal está definido un cronograma de capacitación con el fin de garantizar la integralidad en la atención

Se realizan encuestas de satisfacción 2 veces al año con el fin de evaluar la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad general de Coomeva EPS. Con este resultado y con los principales motivos de quejas y reclamos, se priorizan los focos de mejoramiento en servicio y se crean los respectivos grupos encargados de la ejecución de actividades

#### 5.2.9. Seguimiento y control de resultados

Para dar cumplimiento a cada una de las estrategias planteadas se tienen definidos indicadores

RUBRO	ESTRATEGIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO
MEJORAMIENTO UPC	Gestionar Glosas de Compensación	Recuperación de Glosas Saldo de Glosas
	Revisar criterios que puedan generar una mayor UPC (grupos de riesgo, conurbados)	% de municipios ajustados
	Mejorar en los días compensados	Promedio días compensados
RECOBROS	Bajar el nivel de glosa de cartera corriente	Efectividad Pago recobros No POS Saldo Cartera No POS Eficiencia presentación del potencial existente
	Gestionar ante el Estado el proceso de reconocimiento de Terapias ABA	% recuperación cartera ABA
OTROS INGRESOS	Gestionar ante el Estado la asignación de recursos para los pacientes de Nefroproteccion	% Ajuste UPC por pacientes de Nefroproteccion
	Gestionar ante el Estado la asignación de recursos para los pacientes con VIH	% Ajuste UPC por Pacientes VIH
	Gestionar ante el Estado la asignación de recursos para nuevas patologías de Alto Costo	% Ajuste UPC por Alto Costo
MEJORAMIENTO DEL COSTO POS	Ajustar modelo auditoria y tercerización cuentas médicas	% de glosa efectiva % Cumplimiento del proyecto
	Implementar la gestión avanzada de medicamentos - PBM	Costo Percapita Medicamentos % Cumplimiento del proyecto
	Desarrollar acciones para el mejoramiento Costo (Hospitalización, Urgencias, Contratación, Gestión del Riesgo)	Costo promedio evento hospitalario Costo percapita POS
	Gestión adecuada de los recursos de las prestaciones económicas	Siniestralidad fondo de prestación
	Gestionar con el gobierno estrategia de asumir el costo de los pacientes de hemofilia y de enfermedades huérfanas	% de cumplimiento
	Gestionar regulación de techos tarifarios en medicamentos,	% de Medicamentos Regulados

	insumos y procedimientos ( Actualización Manual tarifario)	
DISMINUCION DE GASTOS	Revisar estructuras buscando mayores eficiencias frente al modelo actual del negocio de las EPS (nomina, temporales)	Ingresos totales por empleado
	Evaluación de reducción de insumos, servicios y renegociación de tarifas (Consumo, mecanismos de contratación, etc)	Cumplimiento meta de reducción en gastos
	Evaluar otras alternativas diferentes a reducción de uso, que impacten en el gasto: cambios modelos de operación, optimización procesos, nuevas tercerizaciones	Iniciativas inscritas e implementadas

### 5.3. Gestión sobre lo No POS

#### 5.3.9.1. Gestión de Recobros y recuperación de glosas

##### ✓ Bajarelniveldeglosa decartera corriente

- Analizar y asegurar la productividad, eficiencia y eficacia del proceso actual de recobros y determinar cualitativa y cuantitativamente las posibilidades de optimizar los resultados en favor del flujo de recursos hacia la EPS.
- Identificar tipo de servicios y proveedores generadores de mayor glosa, para la implementación de acciones desde la contratación.
- Coordinar visitas con los representantes del Consorcio, que permitan conocer de manera detallada el proceso y nos permita asegurar que los recobros estén adecuadamente soportados a las normas vigentes.

##### ✓ Gestionar ante el Estado el proceso de reconocimiento de Terapias ABA

## **6. ALTERNATIVAS FRENTE A LA NO EXISTENCIA DE CONDICIONES DE CONTINUIDAD**

El Grupo Empresarial Cooperativo COOMEVA y los más de 3200 accionistas de la EPS, han acompañado permanentemente el desarrollo del Sistema de Seguridad Social en nuestro país y sigue estando dispuesto a apoyar la estabilización del mismo, a participar y a seguir entregando a través de la EPS los beneficios que sin duda alguna, se han alcanzado en estos casi 20 años de trabajo.

En caso de no contar el apoyo y aprobación por parte del Gobierno Nacional a este Plan de Recuperación, y ante las circunstancias actuales que comprometen de manera evidente la seguridad de la atención de los usuarios, es necesario acordar con el Gobierno la alternativa de salida que genere el menor impacto a los usuarios, los proveedores, las clínicas, hospitales y profesionales de la salud, los empleados y accionistas de la empresa.

## 7. CONCLUSIONES

- COOMEVA EPS hace manifiesta su intención de mantener la condición de actor dentro del Sistema de Seguridad Social en Salud y de continuar aportando a la salud y el bienestar de los colombianos.
- La sostenibilidad y continuidad de COOMEVA EPS es posible, si el Gobierno recompone la actual situación de los servicios No POS, limitando la responsabilidad de las Aseguradoras al riesgo por el cual recibe la respectiva UPC. Esto quiere decir que se deberán implementar decisiones en el corto plazo, para que los servicios ajenos a los planes de beneficios sean administrados por otros actores.
- La recuperación mínima del 63% de la cartera glosada por vía administrativa, como condición de sostenibilidad de la empresa, no significa renunciar al cobro por vía judicial del saldo de la cartera de recobros, el cual se considera viable y sustentable en términos de procedencia y legalidad.
- La posibilidad de un esfuerzo adicional de inversión privada, representada en las posibilidades de nuevas capitalizaciones y el compromiso de mantener los recursos generados por la operación al interior de la empresa durante los próximos 5 años, solo es posible si el Gobierno responde con el pago de la cartera de recobros, que a su vez respalda las deudas que COOMEVA EPS tiene con sus prestadores.
- El POS es sostenible, pero requiere de decisiones por parte del Gobierno, en especial “reglas de juego” claras y estables para la inversión privada, igualmente, se requiere de un esfuerzo interno adicional por parte de la empresa.
- En caso de no contar el apoyo y aprobación por parte del Gobierno Nacional a este Plan de Recuperación, y ante las circunstancias actuales que comprometen de manera evidente la seguridad de la atención de los usuarios, es necesario acordar con el Gobierno la alternativa de salida que genere el menor impacto a los usuarios, los proveedores, las clínicas, hospitales y profesionales de la salud, los empleados y accionistas de la empresa.