



Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud

ISSN: 0121-0807

ISSN: 2145-8464

Universidad Industrial de Santander

Mesa-Melgarejo, Lorena; Espinosa-Acuña, Oscar Andrés; Estrada-Orozco, Kelly Patricia; Ramírez-Moreno, Jaime; Robayo García, Adriana

Determinantes de la gestión del riesgo en salud en el Régimen Subsidiado en Colombia: estudio cualitativo

Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 55, 2023, Enero-Diciembre, pp. 1-11

Universidad Industrial de Santander

DOI: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23035>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343876253045>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

UNEN [redalyc.org](https://www.redalyc.org)

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Determinantes de la gestión del riesgo en salud en el Régimen Subsidiado en Colombia: estudio cualitativo

Determinants of health risk management in the subsidized regime in Colombia: A qualitative study

Lorena Mesa-Melgarejo¹ ; Oscar Andrés Espinosa-Acuña¹ ; Kelly Patricia Estrada-Orozco¹ ; Jaime Ramírez-Moreno² ; Adriana Robayo García¹ 

lorena.mesa@iets.org.co *

Forma de citar: Mesa Melgarejo L, Espinosa Acuña OA, Estrada-Orozco KP, Ramírez-Moreno J, Robayo García A. Determinantes de la gestión del riesgo en salud en el Régimen Subsidiado en Colombia: estudio cualitativo. Salud UIS. 2023; 55: e23035. doi: <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23035> 

Resumen

Introducción: el Régimen Subsidiado (RS) del sistema de salud colombiano tiene problemáticas estructurales que no han sido solucionadas y son pocos los estudios que profundizan en la explicación de estas. **Objetivo:** explorar la experiencia en la dirección estratégica y gestión operativa y financiera de este régimen, sus aspectos operativos y de gestión del riesgo en esta población, así como las diferencias percibidas frente al Régimen Contributivo. **Metodología:** estudio cualitativo. Se utilizó el análisis del discurso desde la perspectiva sociohermenéutica como técnica analítica. Se entrevistaron diez participantes, entre directivos de aseguradoras del RS y gestores del sistema de salud. Las entrevistas fueron grabadas y anonimizadas, previo consentimiento informado. **Resultados:** emergen tres patrones discursivos que explican la gestión del riesgo en el RS y su diferenciación con el contributivo. Estos patrones se conectan por medio del rol de los determinantes sociales de la salud como ordenador principal de los procesos de salud-enfermedad y de atención en este régimen. A su vez, estas condiciones de vida son las que determinan de manera importante el perfil epidemiológico, acceso, costo de la atención y en general la forma cómo se consumen los servicios de salud por la población afiliada. **Discusión:** la literatura del aseguramiento en salud reporta que la gestión del riesgo es una función central y supone un ejercicio estratégico para el adecuado manejo de la siniestralidad para optimizar el uso de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) asignada. Los hallazgos muestran que los determinantes sociales de la salud no están siendo tenidos en cuenta como ordenador para la atención, por lo tanto, la gestión del riesgo se centra en la atención de patologías en estados avanzados. **Conclusiones:** los actores perciben que en general, la situación de salud de los afiliados en este régimen es más grave, más complicada y con mayor carga, lo cual genera una tensión en materia de suficiencia de la unidad per cápita. Existe una ausencia discursiva sobre el rol del modelo de atención y su correlación con las necesidades de esta población.

Palabras clave: Gestión en salud; Seguridad social; Determinantes sociales de la salud; Gestión del riesgo; Disparidades en el estado de salud.

¹ Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Bogotá, Colombia.

² Universidad Pontificia Javeriana. Bogotá, Colombia.

Abstract

Introduction: The subsidized regime (SR) of the Colombian health system has structural problems that have not yet been resolved and there is a lack of studies that allow the understanding of most of them. The aim of this study was to explore with stakeholders of the subsidized regime the experience about strategic, financial, and health risk management and the differences perceived with the contributory regime. **Methods:** A qualitative study was performed; the analytic technique used was the discourse analysis under socio-hermeneutic perspective. 10 participants were interviewed, among them directors of insurance companies of SR and health care system managers. The interviews were recorded, prior informed consent, and analyzed according to the discourse analysis. **Finding:** Three discursive patterns emerged that explain risk management in SR and its differentiation from contributory regime. These patterns are connected through the role of the social determinants of health as the main axis that explain the health-disease and care processes in this regimen. At the same time, these living conditions are what determine the epidemiological profile, access, cost of care and, in general, the way in which health services are consumed by the affiliated population. **Discussion:** The health insurance literature reports that risk management is a central function, and it is a strategic exercise for the proper management of claims to optimize the use of resources, however, the findings show that the social determinants of health are not being taken into account as a key element for healthcare organization, therefore, risk management focuses on care for pathologies in advanced stages. **Conclusions:** The actors perceive that the health situation in this regime is more severe, more complicated and with a greater burden disease, which generates a tension in terms of sufficiency of the Per Capita Unit. There is a discursive absence on the role of the care model and its correlation with the needs of this population.

Keywords: Managed care programs; Social security; Delivery of health care; Social determinants of health; Risk management; Health care economics and organizations; Healthcare disparities.

Introducción

La actual estructura del sistema de salud colombiano se fundamenta en la reforma realizada por la Ley 100 de 1993 y consiste en un esquema basado en aseguramiento social, con dos tipos de regímenes: contributivo (RC) y subsidiado (RS), según la capacidad de pago; una prestación de servicios mixta y una gestión de Empresas Promotoras de Salud (EPS), quienes se encargan de la afiliación, gestión de los recursos y garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a los afiliados. Por cada afiliado, el Estado transfiere a las EPS un valor, la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que se asemeja a una prima basada en la frecuencia de utilización de servicios y ajustada por edad, sexo y zona geográfica.

Con la Ley 100 de 1993 Colombia incorporó innovaciones en materia de aseguramiento en salud, como la creación del Régimen Subsidiado (RS)¹, definido como “un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada con recursos fiscales o de solidaridad², además se estableció que la administración correspondería a las direcciones locales o departamentales de salud³. En cuanto a los beneficiarios, la Corte Constitucional aclaró que el RS debía garantizar la incorporación a la seguridad social

de las personas sin capacidad de pago y con mayor vulnerabilidad social y económica⁴.

El RS inició su operación con los Decretos 1895 de 1994 y 2357 de 1995 y los Acuerdos 23 y 77 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), éstos definieron reglas y condiciones iniciales para su operación, las cuales han ido cambiando y adaptándose a las nuevas realidades, pero son un referente fundamental para comprender la lógica propuesta por el Estado para la operación del RS⁵. Desde su implementación, los esfuerzos en el RS se concentraron en aumentar las coberturas de afiliación y de riesgos amparados en el Plan Obligatorio de Salud de este régimen, de acuerdo con los criterios y los recursos establecidos para ello; se reconoce que el aumento en la afiliación al SGSSS es uno de los principales logros de la seguridad social en el país⁶.

El funcionamiento del RS se ha caracterizado por división y especialización de funciones, existencia de diversos actores e intereses en los procesos de gestión del riesgo, así como existencia de marcos normativos cambiantes, en algunos casos contradictorios, que han generado importantes y complejas problemáticas en relación con la operación del RS y los resultados en salud, impacto en equidad y calidad en la prestación de los servicios de salud para la población afiliada a este régimen^{3,7-9}.

Lo anterior generó el surgimiento de iniciativas para la optimización del RS, algunas de estas propuestas confluyen en la posibilidad de unificación de los regímenes y de las coberturas de los planes de beneficios⁵ o una diferenciación en el esquema de funcionamiento⁹, entre otras promovidas fundamentalmente por las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008 que significaron igualación de los planes de beneficios y de las condiciones de operación.

A 2021, los problemas mencionados en el RS siguen presentándose, y no ha sido posible calcular de manera adecuada la UPC propia del régimen debido a la baja calidad de las fuentes de información. Las aproximaciones a su estimación han dejado de lado múltiples factores que pueden estar afectando este cálculo, como lo son las dinámicas particulares de los actores, aspectos sociodemográficos y la falta de oportunidad y precisión de la información representada en los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) en relación con los costos y los diagnósticos de las atenciones prestadas a sus afiliados, entre otros.

Sumado a lo anterior, las aproximaciones a las perspectivas de los actores sobre las problemáticas descritas desde la mirada cualitativa han sido exploradas desde la noción de acceso y satisfacción de usuarios¹⁰⁻¹³, por ende, no se cuenta con estudios sobre la percepción y experiencias de los actores involucrados en la gestión del riesgo en salud¹⁴, el manejo de la UPC y la reflexión sobre la suficiencia; por lo cual se planteó la necesidad de conocer el proceso de gestión del riesgo y del PBS con cargo a la UPC en el RS desde las voces y experiencias de los actores directamente involucrados.

Metodología

Estudio de enfoque cualitativo¹⁵, de carácter descriptivo y exploratorio, cuyo diseño se fundamenta en las consideraciones de Uwe Flick. Como técnica analítica se utilizó el análisis del discurso desde la perspectiva sociohermenéutica¹⁶, donde los discursos se consideran como enunciados de actores sociales ubicados en contextos sociohistóricos específicos y dentro de un campo de fuerzas sociales¹⁷. Es decir, no son enunciados lingüísticos aislados ni pertenecen solo al ámbito individual, son producciones intersubjetivas, y por lo tanto sociales, que son intencionales de los sujetos en un contexto determinado y su análisis debe conducir a la comprensión de un mensaje, teniendo en cuenta el carácter problemático y conflictivo de ese contexto¹⁸.

El muestreo fue intencional y se basó en una selección de casos nucleares¹⁵, la cual busca sujetos con la experiencia, el conocimiento y la práctica específica que se deseaba estudiar. Por lo tanto, se convocaron personas expertas en la gestión del RS por medio de invitación directa, y a través de la agremiación de las EPS del régimen de interés, también se convocaron expertos con experiencia en la gestión del RS desde la perspectiva de tomador de decisión; de acuerdo con Flick, esto garantiza la representatividad de fenómeno¹⁵. Participaron 10 actores, 4 de ellos correspondieron a funcionarios de alto nivel decisional en el sistema de salud, y 6 actores de perfil directivo, perfil considerado cómo clave dentro de la organización de la EPS dado su conocimiento y alcance en la toma de decisiones de la aseguradora. Frente a la saturación de los datos se logró hacia la sexta entrevista de los actores del perfil directivo, momento en el cual se detuvo la convocatoria de informantes.

La técnica de recolección de datos fue la entrevista semiestructurada¹⁴ y se usó un guión de preguntas con tres ejes: Gestión del riesgo; Esquemas de operación para garantizar los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS) con cargo a la UPC, y Gestión de la UPC, proceso de reporte de información y ajuste de la UPC del RS. Las entrevistas fueron grabadas, previo consentimiento informado, y luego transcritas y anonimizadas para garantizar la confidencialidad.

El tratamiento de los datos se realizó siguiendo la perspectiva sociohermenéutica¹⁶⁻¹⁸. En términos operativos, este tipo de análisis implicó tres momentos: 1. Tematización, 2. Identificación de Posiciones discursivas, y 3. Modelización teórico-empírica¹⁷; esto es una organización global de las propiedades de los discursos a partir de los temas y posiciones. El análisis de los datos se realizó con el apoyo del Software ATLAS.ti 9.

Para el presente estudio se asumieron los siguientes criterios para garantizar su calidad¹⁵:

- Confiabilidad: se acudió a procesos de triangulación entre los miembros del grupo desarrollador, revisión de transcripciones para garantizar que son literales y no se omitió información alguna y grabación de las entrevistas.
- Credibilidad: los hallazgos preliminares fueron compartidos con los participantes, de modo que verifiquen si su perspectiva se representó en el análisis. Estuvieron de acuerdo.

- **Auditabilidad:** se construyeron los respectivos informes del proceso de análisis con el software Atlas.ti, posteriormente, se compartió y verificó con los integrantes del equipo.
- **Transferibilidad:** para determinar la posibilidad de que los resultados puedan ser transferibles a otras EPS, se han seleccionado perfiles clave con base en la experiencia y conocimiento del sector, siendo EPS de amplia trayectoria con presencia en diferentes regiones del país. Los participantes provienen de EPS que tienen el 56 % del total de afiliados a este régimen.

Resultados

De los 10 participantes entrevistados, 6 fueron mujeres y 4 hombres; con experiencia entre 15 y 36 años en el sistema de salud. Los actores con perspectiva de macrogestión correspondieron a sujetos que han tenido cargos a nivel de autoridad sanitaria y de órganos de vigilancia y control. Por su parte, los directivos de EPS del RS ocuparon cargos de gerentes y directores financieros y de contratación. Los discursos fueron homogéneos y se caracterizaron por una mirada reflexiva sobre los aspectos que determinan los perfiles de riesgo y condiciones de salud en la población afiliada, así como visiones compartidas sobre problemáticas y retos dentro de esta gestión.

En general, los participantes directivos provienen de EPS con trayectorias entre los 15 y 20 años de operación en el sistema de salud, tres de ellas tienen representación en todo el territorio nacional, mientras que tres de ellas tienen énfasis en regiones no centrales del país.

Por otro lado, es importante considerar que, dado que los participantes fueron en su gran mayoría directivos de EPS del RS, desde una perspectiva de discurso, se debe tener presente que sus enunciaciones se realizan desde una posición de involucrado directo.

Gestión financiera y del riesgo en salud en el RS: determinantes y escollos del esquema de operación

De acuerdo con la RAE, un escollo es una “roca poco visible en la superficie del agua y que constituye un grave peligro para la navegación, o un problema o dificultad que obstaculiza el desarrollo de una actividad o proceso”, así, la síntesis de las posiciones discursivas de los participantes se representa con temáticas sobre los determinantes de la gestión y sus escollos, que a su vez confluyen en dos ejes sobre los cuales gravitan los discursos de los entrevistados (**Figura 1**).

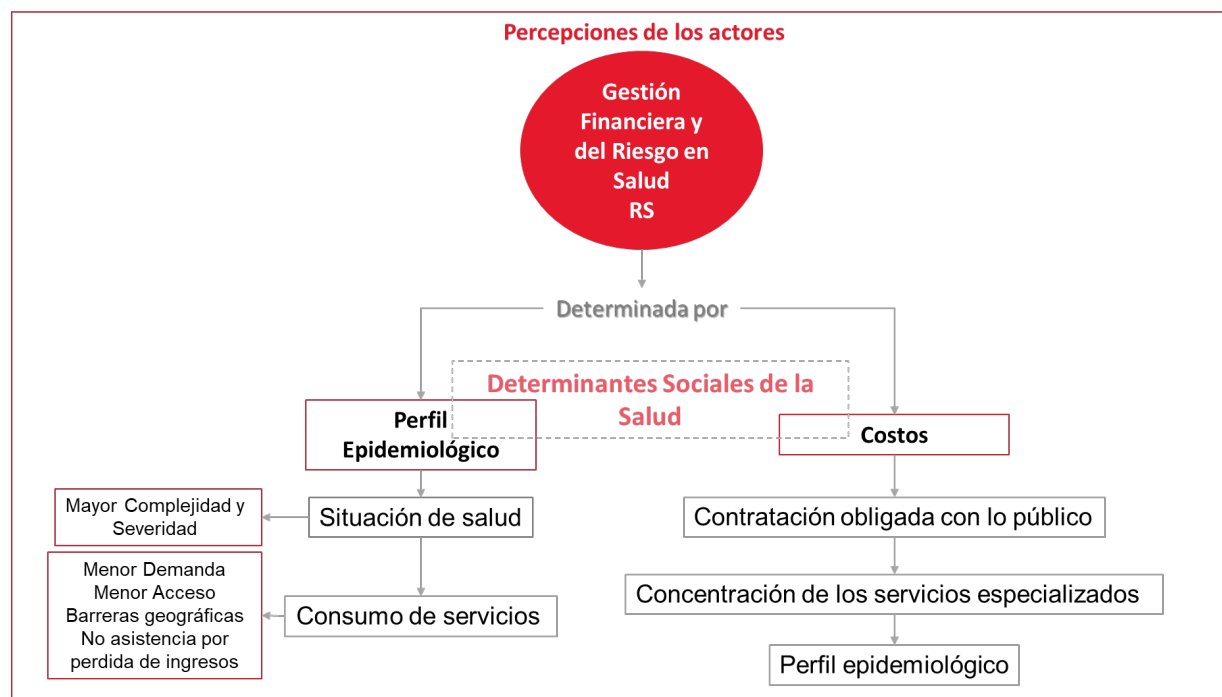


Figura 1. Esquema de temáticas

En síntesis, hay un hilo conductor común para los entrevistados y tiene que ver con el rol de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) como ordenador principal de los procesos salud-enfermedad y atención en este régimen. A su vez, estas condiciones de vida son las que determinan de manera importante el perfil epidemiológico, acceso, costo de la atención, y en general, la forma cómo se consumen los servicios de salud por la población afiliada.

Determinantes del perfil epidemiológico

Cuando se indaga con los actores participantes sobre la experiencia de la gestión del riesgo en salud, se reitera que en el RS esto es un ejercicio particular, debido a las condiciones de vida de la población afiliada a este régimen que determinan el perfil epidemiológico, no necesariamente porque se presenten patologías diferentes a las del contributivo, sino porque son estados más severos (más difíciles para la persona y el sistema), más tardíamente detectados y se relacionan con aspectos vinculados a la pobreza monetaria, la educación, el saneamiento básico y la zona geográfica. Se mencionó:

“Estas personas tienen un perfil epidemiológico que es mucho más duro o acumulan mayor carga de enfermedad y por lo tanto se tienden hacer más costosos y esto es lo que uno ve en estas entidades. Se termina atendiendo personas mucho más viejas que el promedio de las otras EPS o de lo que tiene la población, y hay una tendencia casi que natural hacia eso, a concentrar el riesgo en estas entidades” E4-Cod4.

“La prevalencia y la incidencia de la enfermedad son mayores, obviamente todos esos determinantes en salud, la nutrición, el acceso... tiene mayor incidencia en población vulnerable como lo es el RS, entonces también se afecta, de hecho, es el mayor determinante de todas las situaciones sociales que afectan en salud a la población del subsidiado” E5-Cod14.

Estas condiciones de vida de la gran mayoría generan un escenario diferente al observado en el RC frente a la forma como se consumen los servicios de salud por parte de esta población, es decir, frente a la búsqueda de atención, necesidades sentidas, acceso efectivo y oportunidad, las cuales son más bajas que en el RC. Para los entrevistados, parte importante de esta situación se explica por la falta de información, educación y posicionamiento de la salud como prioridad para estas personas. Lo anterior, se profundiza por la carencia

de un esquema de protección social que favorezca la posibilidad de acudir a la atención en salud.

“La frecuencia de uso del contributivo es mayor que la del subsidiado, y es correcto porque tienen la IPS a la mano, aquí No. La gente tiene que esperar que se complique para salir a un segundo o tercer nivel y recuerden que hay sitios en donde la persona tiene que pagar de su bolsillo para ir a otro lugar a atenderse... las personas por eso son del subsidiado, porque no tienen para el transporte del municipio a la capital para recibir el acceso, entonces las frecuencias de uso que siempre se comparan del contributivo y subsidiado, en este último siempre van a ser menor porque tiene esas dificultades de acceso.” E1-Cod39.

Desde la perspectiva del sistema de salud, reconocen que las condiciones de vida, principalmente de las personas que viven en zonas rural y rural dispersa, marcan un esquema de operación diferente al que se puede pensar e implementar para el RC, de allí que este conjunto de actores considere que para el caso del RS, el modelo de salud debe ser realmente monitoreado y fundamentado en resultados de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento temprano.

“Definitivamente el modelo de aseguramiento como lo conocemos, tal y como los conocemos en esas zonas rurales dispersas no funciona, hay que mirar un modelo que se aproxime más y ojalá más ofertista, donde la gente tenga una posibilidad de acceder a unos servicios razonables, no estoy hablando tampoco que haya un hospital de cuarto nivel en todas partes, pero que por lo menos en las zonas alejadas se pueda operar a una persona de apendicitis, o atender un parto” ESS4-Cod46.

Cuando se pregunta concretamente por las patologías de mayor frecuencia en este régimen, las EPS consideran que el componente materno-perinatal, las enfermedades crónicas no transmisibles y las enfermedades en la infancia son las condiciones de mayor presencia y que generan mayores demandas y costos en la atención; a la vez son las condiciones que marcan una diferencia en materia de perfil epidemiológico con el RC. Otra categoría que marca una diferencia altamente relevante desde la perspectiva de los entrevistados es el impacto de la zona geográfica, en especial de la zona rural y rural dispersa, sobre la manera en la que se accede a los servicios y las posibilidades para que este sea efectivo.

Determinantes del costo de la atención en el RS

Otra de las aristas que emerge en los discursos de los participantes tiene que ver con los factores que determinan el costo de la atención. Los actores perciben que los costos por la atención en salud en el RS son mayores, o relativamente mayores, a los que pueden generarse en el RC. Además, hay un acuerdo en las entrevistas de que esta situación del RS tiene que ver con al menos tres elementos clave: a). Contratación obligada con lo público, b). Concentración de los servicios especializados y, c). El tipo de perfil epidemiológico.

a) Contratación obligada con lo público

Con la Ley 1122 de 2007, se establece que las EPS del RS y las públicas del RC deben contratar al menos un 60 % del gasto en salud con Empresas Sociales del Estado (ESE). Al respecto, los participantes refieren que este es un error con importantes implicaciones para el costo de la atención, la adecuada generación de información, incluida la requerida para el reporte de Suficiencia de la UPC, la toma de decisiones sobre la gestión del riesgo en salud, la oferta efectiva y suficiente de prestadores, especialmente en servicios especializados y supraespecializados, y la garantía de la calidad de la atención. Los directivos señalan que evidencian un aumento en los cobros que las ESE estipulan para contratar respecto de prestadores privados, y refieren la dificultad de negociación con las mismas, donde incluso la “politiquería” o clientelismo marca esta agenda.

“Se debe llegar a un punto de acuerdo cuando se va a contratar con estos hospitales y es el tema de las tarifas, es cierto que en los hospitales el tema tarifario, ellos cobran más que una IPS de la red pública, ahí es donde se debe mediar y llegar a un acuerdo de ambas partes” E6-Cod14.

“Toca lidiar con hospitales que tienen muchas dificultades, porque la gran mayoría tienen riesgo financiero, entonces tienen una cantidad de dificultades para prestar los servicios y además otro elemento es que esos hospitales en los municipios se los tomó la politiquería y la corrupción, para muchos municipios de este departamento” E4-Cod20.

Sumado al mayor costo, los actores realizan un fuerte cuestionamiento a la calidad de la prestación de los servicios en salud en el sector público, relacionado con sus condiciones y posibilidades de operación; los entrevistados reconocen que muchas de estas

instituciones no han logrado una robustez financiera y técnica que permita garantizar la adecuada prestación, principalmente en aquellos municipios con bajas capacidades territoriales, pero también por una “sobrepotección” del Estado que no posibilita exigir dicha calidad. Esto se convierte en una importante desventaja en la operación del RS respecto del RC, donde no se tiene esta obligatoriedad.

“Uno pide explicaciones como: muéstreme técnicamente por qué tengo que pagar ese valor; y técnicamente no hay ningún soporte que yo pueda sentarme a decir o dar una explicación. Puedo decir que una sola del país, que la cápita es costosa, vale la pena pagarla; pero hay hospitales públicos que definitivamente no hay manera de sentarse a negociar. Esa es la ventaja del contributivo, ya que este tiene sus propias IPS primarias y obviamente los costos son más bajos porque apalancan la operación, tienen menores servicios e integralidad que es lo que hoy día no hay en el subsidiado” E1-Cod33.

“El ejercicio de la sobrepotección al prestador público en territorio, honestamente creo que llevamos más de 20 años con el sistema navegando, en donde los RIPS no sirven o no hay una decisión política de vamos a empezar a valorar a través de lo que usted reporta” ESS2-Cod6.

El cuestionamiento a la calidad del prestador público es un elemento recurrente que se relaciona con el reconocimiento de las capacidades de las ESE para dar respuesta efectiva a los requerimientos y necesidades de la población, una población que llega con condiciones de salud más complejas, con mayor severidad y carencias socioeconómicas, circunstancias que exigen mayores expectativas y acciones por parte del prestador. Este “matrimonio a la fuerza” crea relaciones tensas entre asegurador y prestador y se ve como una problemática sin salida que profundiza las brechas entre RC y RS. Tan solo uno de los participantes, como gerente de EPS, refiere que no cumple con esa obligatoriedad de contratación con lo público, justamente porque después de dos décadas no ha encontrado calidad y sí un impacto importante tanto en la calidad de la atención como en lo financiero. Desde las voces de los entrevistados, la principal crítica y preocupación de esta situación radica en el gravísimo impacto de la generación de la información requerida para el reporte de suficiencia de la UPC, pues las ESE e IPS públicas como unidades primarias que generan el dato no cuentan ni con sistemas de información ni con recursos para garantizar que la información se genere y

tenga el flujo adecuado para poder realizar los soportes pertinentes de cara a los reportes.

“La información es muy mala, ese es uno de los problemas de obligarnos a trabajar con el sector público, con esto no quiero decir que no nos obliguen y que trabajemos con el privado. Creo que hay que trabajar con el público y que hacer el esfuerzo, pero el gobierno y la Superintendencia tiene que poner mayor esfuerzo en el sector público, pero la información es pésima y eso nos dificulta la toma de decisiones” E4-Cod23.

“Lo más grave es que esa información debe venir de las ESE y estas como tampoco es obligatorio que presenten RIPS, entonces ellos presentan cualquier RIPS, no los puedo presionar porque en seguida llega la Superintendencia, entonces me quedo con una información que tengo que reconstruir para poder soportar” E1-Cod22.

Lo anterior es uno de los elementos que explica la mala calidad de información sobre las frecuencias de uso en el RS como base para la estimación de la UPC, la cual ha estado supeditada a datos del RC y ocasionalmente a la representatividad por región. Los directivos consideran que este tema debería relacionarse con mecanismos que incentiven la generación del dato en las ESE y con mecanismos ligados a resultados concretos. En cualquier caso, se evidencia una preocupación por robustecer los sistemas de información en este régimen y la interoperabilidad.

b) Concentración de los servicios especializados

Para los participantes, la organización de los prestadores en grandes centros urbanos, principalmente los de segundo y tercer nivel, impacta en el costo de los servicios y la suficiencia de la UPC debido, no necesariamente al costo directo de la atención, sino a gastos adicionales en los que se deben incurrir y que en algunas ocasiones son asumidos por las EPS del RS, como son albergues y trasportes.

“Por ejemplo, nosotros estamos organizando jornadas de mamografías, ¿dónde están los mamógrafos en este país? en las capitales, en los pueblos no hay, entonces tenemos que llevar una unidad móvil, montarla en un planchón para poderla llevar por el río cuando es en una zona fluvial, depende la zona, y esa llevada del

servicio hasta allá nos hace que todo sea más costoso” E5-Cod67.

“Hoy las EPS del subsidiado con todo lo que está pasando preguntan: ¿cuánto pagamos en movilidad de pacientes para garantizar el acceso? desde pagar una lancha, un avión o transporte del usuario y ¿cuánto de eso paga el contributivo? El contributivo no tiene que pagar porque el usuario tiene fácil el acceso, vive en la ciudad y no tiene que generar los gastos como por los pacientes del subsidiado” E2-Cod26.

De alguna manera, esta concentración es cada vez más notoria y natural, en la medida en que las IPS de la mayoría de los municipios tienen baja resolutivez por su nivel de complejidad y por su disponibilidad de recursos técnicos y humanos, lo que ocasiona que todo deba referirse a otra ciudad donde se encuentren los prestadores requeridos. Por lo anterior, los actores desde la perspectiva de la macrogestión, refieren la importancia de pensar con rigor un modelo de atención que, por un lado, resuelva mucho en el primer nivel para lo cual se requiere que los estados de salud no se cronifiquen ni complejicen, es decir, se capte tempranamente, y por otro lado, que realmente operen redes integradas de atención.

“La oferta pública en el primer nivel no progresa, no solo desde el punto de vista de la infraestructura, sino que un director de un hospital, tras de que tiene un hospital todo precario en insumos y en infraestructura, y no tienen idea de gestionar y creo que todo está en hacer un esfuerzo gigantesco en mirar qué está pasando con los recursos de oferta, ya que el modelo de atención necesita de esa infraestructura, por ejemplo, como mandar un equipo extramural a los ríos y no tienen donde quedarse porque no hay puesto de salud, tenemos un problema grande de todo lo que es infraestructura y todos los recursos que tienen que ver con el construir, dotar o actualizar infraestructura” ESS1-Cod7.

Respecto de la concentración de los servicios, una de las expertas evidencia la necesidad de disponer de un estudio de oferta disponible y de los precios reales, principalmente en el RS, que muestre los fundamentos empíricos de las quejas de los gerentes sobre los costos elevados y la disponibilidad de la oferta, porque el país no lo tiene claro.

c) El tipo de perfil epidemiológico

Para los participantes, las diferencias en el consumo de servicios de estos afiliados se relacionan mucho con sus condiciones de vida, que al ser más complejas y precarias desarrollan mayores exposiciones o riesgos y mayores dificultades para el acceso, aspecto que no solo impacta en la carga y severidad de la enfermedad, sino en los costos de la atención en este régimen, porque al llegar más complicados requieren mayor consumo de recursos. Se reconoce que un elemento que contribuye al aumento de estos costos tiene que ver con el hecho de que los lugares en los que habitan las personas implican incurrir en otro tipo de “gastos” o “recursos” que no son reconocidos como procedimiento con Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS), pero que en efecto se dan a la población, por ejemplo: partera, unidad móvil fluvial, combustible para una lancha, etc.

“Muchas cosas no tienen un CUPS, entonces cuando no tienen el código esto nunca lo toman como una prestación de servicio de salud, y cuando hacen estudio de Suficiencia tienen que poner los CUPS y no los tienen, entonces eso no lo dicen nunca, por ejemplo, entrega a domicilio del medicamento no aparece en ninguna parte, servicios que son más costosos porque están en un municipio alejado, no están” E3-Cod9.

Los elementos desarrollados sobre determinantes diferenciales del costo de la atención en el RS sugieren que la actual estimación de la UPC debe ser revalorada a la luz de este tipo de factores para que se involucren o reconsideren sus ponderaciones. Algunos de ellos, sobre el tema de la estimación, refieren la necesidad de incluso una mirada rigurosa y democrática de la metodología de dicha estimación que represente de una mejor manera la realidad del RS, o que por lo menos posibilite considerar que debe ser igual a la del RC y ponderadores adecuados a las condiciones de vida de esta población en razón a sus determinantes. Sumado a esta percepción, los actores del nivel macro, también consideraron relevante una nueva mirada a la forma en la que se estima la UPC.

“No es correcto el cálculo de la UPC, porque no se tienen en cuenta un montón de cosas, de corrupción, de malos manejos, la precariedad de la formulación de la información en el régimen subsidiado; entonces, si no sabes manejar RIPS o cuando tienes un rezago de facturación, nunca habrá una información real para demostrar si lo que produces se financia” ESS1-Cod56.

“Lo que tiene que pensarse el país no es tanto en cuánto gasta, sino en cuánto debería gastar para lograr la igualdad del derecho de toda la población, porque la deuda social está ahí y todo esto último que se ha hecho de lograr la integralidad, ya que con todo esto se logró fue una desintegración total, una falta de continuidad en la atención total, lograr con las redes y las rutas que todo se dé” ESS3-Cod8.

Estrategias para la atención en el RS

Ante los escollos que se presentan en torno a la relación de la gestión del riesgo en salud y la gestión financiera en el RS, algunas de las directivas de las EPS participantes en las entrevistas narran que las estrategias para favorecer el acceso son el uso de la telesalud, búsqueda de alianzas con prestadores a nivel de región y contratación por ruta integral, cuando en el territorio es posible. Muchas de las estrategias mencionadas por los entrevistados tienen que ver con el fortalecimiento del abordaje en “puerta de entrada” del sistema o en la captación oportuna mediante Atención Primaria en Salud (APS) o mecanismos similares de tipo extramural, que lleven a identificar oportunamente no solo los riesgos, sino los eventos en niveles manejables y de menor impacto. Además, se reconoce que la caracterización de la población, como lo establece la normativa, sí es una herramienta que ayuda a la gestión del riesgo.

“Las estrategias que nosotros implementamos y usamos mucho telemedicina en estos momentos y en estas zonas para poder mejorar la cobertura en algunas especialidades o en algunos estudios que uno pudiera adelantar de esa forma” E1-Cod16.

“Estamos construyendo unas rutas integrales y contratamos mediante estas rutas, es decir, no contrato los servicios fragmentados si no contrato la atención integral del paciente y como no hay ningún prestador que lo pueda hacer solo, entonces los prestadores se tienen que juntar y hacer consorcios o uniones temporales” E5-Cod14.

Por otro lado, se menciona la experiencia de buscar alianzas con las instituciones a nivel regional de modo que se favorezcan sitios cercanos que impacten las barreras de acceso, principalmente en zonas geográficas que presentan dificultades. Se menciona, además, la intención y la necesidad de migrar hacia esquemas de evaluación por resultados para los distintos agentes que hacen parte del proceso de atención, aunque

actualmente no se tenga un esquema formal al respecto desde los mecanismos de contratación que se aplican, sin embargo, la expectativa sobre esto es que sea más formal y liderado por la autoridad sanitaria.

Discusión

Los resultados obtenidos en el estudio evidencian que para los gestores del riesgo en salud en el RS el rol de los DSS marca una pauta crítica sobre la situación de salud de los afiliados a este régimen, en especial en términos de grados más severos de la enfermedad, mayor complicación y complejidad, a su vez, estos determinantes definen el modo de consumo de los servicios de salud. Al respecto, es plausible considerar que, al ser una población con carencias estructurales importantes (Determinantes Sociales de la Salud), la salud y el acceso al sistema de salud están condicionados por diferentes barreras que se intersecan y generan diferencias importantes y sistemáticas en relación con la dinámica del RC, aspecto que se ha mostrado en otros estudios frente a las inequidades del RS respecto del RC¹⁷⁻¹⁹. Lo anterior se relaciona con la propia noción de vulnerabilidad social y económica que se incorpora en la definición de la población foco de éste régimen¹, la cual se caracteriza por su concentración rural, alto grado de informalidad, trabajo doméstico y mayores índices de pobreza multidimensional (IPM), en síntesis, concentra las personas más desaventajadas en materia socioeconómica¹⁹. Es decir, lo que deferiría la gestión del riesgo en salud de esta población son en última instancia sus determinantes sociales.

Lo anterior contrasta con la situación de salud que perciben los gestores del régimen, considerándola más complicada y con mayor carga, aspecto que genera una tensión en materia de suficiencia de la UPC, por dos circunstancias, primero porque se debe asumir patologías en grados más severos, lo que aumenta el costo directo del servicio y los costos asociados, y segundo, porque muchos de esos costos asociados no son reconocidos. Al respecto, la revisión de Moreno et al. muestra cómo, en efecto, la población del RS en comparación con la del RC tiene mayor riesgo de sufrir enfermedades materno-perinatales, prevalentes de la primera infancia y otras condiciones de salud, además de hacer menor uso de los servicios de salud²⁰. Sumado a esto, es importante contrastar el asunto de la insuficiencia de la UPC en este régimen con el proceso de liquidación de las EPS en el país, pues de acuerdo con la información reportada por la entidad que vigila su funcionamiento, conocida como Superintendencia Nacional de Salud²¹, 14 de las más de 35 EPS existentes

en el país han sido liquidadas (no todas pertenecientes al RS) y solo 9 cumplen con óptimas condiciones financieras para la operación²².

Si bien la literatura del aseguramiento en salud reporta que la gestión del riesgo en salud se reconoce como una de las principales funciones del aseguramiento en salud²³ y supone un ejercicio estratégico para el adecuado manejo de la siniestralidad que puede presentarse y para optimizar el uso de la UPC asignada²⁴, los hallazgos del presente estudio muestran que los DSS no están siendo tenidos en cuenta como ordenador para la atención, por lo tanto, la gestión del riesgo se centra en la atención de patologías en estados avanzados. Estos hallazgos permiten inferir que el rol de las aseguradoras para una gestión del riesgo en salud efectiva en el RS implica ir más allá de la garantía contractual con un prestador de servicios primarios de salud, aspecto que ha sido evidenciado por autores como Molina et al²⁵.

Frente al hallazgo relacionado con la concentración de los servicios como preocupación y determinante de los costos asociados en el RS, el estudio sobre regiones sanitarias realizado por el Ministerio de Salud en 2013 muestra cómo los servicios especializados de salud se encuentran concentrados en 5 ciudades del país, específicamente en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga²⁶, lo que puede traducirse en barreras geográficas para ciertas áreas del país y esto se refleja en los discursos.

Finalmente, es importante mencionar que son escasas y poco contundentes las reflexiones de los entrevistados sobre el alcance y pertinencia de un modelo de salud acorde con las necesidades detectadas en esta población, ni tampoco en referencia a aspectos conceptuales o normativos de la gestión del riesgo; se evidencia que hay un gran énfasis en la mirada hacia la enfermedad una vez se presenta y son pocas las estrategias que se despliegan y concretan para abordar el nivel primario de la prevención.

Como limitaciones del estudio, es importante mencionar que los hallazgos de la presente investigación en ninguna medida pueden ser generalizables a todas las EPS del sistema de salud, la interpretación de los datos se limita a la experiencia concreta de directivos de EPS del RS y pueden ser transferibles a este nivel.

Conclusiones

Los resultados muestran que está muy naturalizada en los actores la idea de la demanda individual (ir a

las instituciones), pero no existe el criterio de ir a las poblaciones en su territorio, máxime cuando hay una conciencia del rol de los DSS como sobredeterminación de las condiciones de salud y atención de los afiliados al RS. Al respecto, se logra evidenciar en las narrativas que no existe un modelo de gestión del riesgo relacionado con las necesidades de los afiliados, el modelo existente se limita a mecanismos contractuales de pago por actividades o por el contenido del PBS y se deja todo al prestador, quien tampoco parece tener un incentivo claro para la formulación o despliegue de dicho modelo. Aspectos como la revisión de los ponderadores, la reclasificación de la zona geográfica y la posibilidad de contemplar variables relacionadas con carga de enfermedad como parte de la estimación de la UPC para el RS son mencionados como alternativas para la gestión financiera del RS y su sostenibilidad. A su vez, es importante mencionar que la definición actual de la UPC no se incorpora la idea de incentivos al comportamiento de los agentes, por lo tanto, estos agentes no contemplan los temas de modelos de gestión con base en necesidades en salud o resultados en salud.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés. Su participación, previa al inicio del estudio fue valorada por un comité de gestión de conflictos de interés institucional quien determinó que no existía ningún conflicto real o potencial.

Consideraciones éticas

En línea con lo establecido en la Resolución No. 8430 de 1993, el estudio se clasifica como una investigación sin riesgo, y el criterio del respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los participantes prevaleció en todo momento. Se realizó el proceso de consentimiento informado de participación, todos los participantes conocieron el objetivo de la exploración y la finalidad de los datos recogidos. Solo se realizó grabación en el momento en que se dio la autorización por parte de cada participante. Se garantizó la confidencialidad y la privacidad de los participantes a través del anonimato de las entrevistas en el momento de la transcripción; la persona que transcribió firmó un documento específico de confidencialidad en el marco del presente estudio. Ningún dato personal que ponga en riesgo la confidencialidad de los participantes fue compartido por fuera de los integrantes del grupo, quienes también firmaron un acuerdo de confidencialidad.

No se incluyeron dentro de los participantes personas en condición de vulnerabilidad social o de ninguna otra índole. Los entrevistados conocieron los hallazgos y el apartado de resultados del presente manuscrito previo a su sometimiento para publicación.

Referencias

1. Tello V. Régimen subsidiado de salud: evolución y problemática. *Rev Salud Pública*. 1999; 1(3): 193–211.
2. Ley 100 de 1993. “Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 1993.
3. Maza-Ávila FJ, Vergara-Schmalbach JC, Navarro-España JL. Eficiencia de la inversión en el Régimen Subsidiado de salud en Bolívar, Colombia. *Investig. andina*. 2012; 14(24): 386–400.
4. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-828-01 [Internet]. 2001 [citada 2021 Oct 17]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2001/C-828-01.htm>
5. Garavito L, Soto J. Evaluación y propuesta de ajuste a la operación del Régimen Subsidiado Colombiano y Acuerdo 415 de 2009. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2009.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. El sistema de seguridad social en salud. Bogotá: MSPS; 2016. p. 92.
7. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano, 2005. *Rev Salud Pública*. 2008; 10(3): 386–394.
8. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral. Cifras e Indicadores del Sistema de Salud 2017. Bogotá: ACEMI; 2017.
9. Reyes-Mosquera A. Evaluación de la suficiencia de la UPC para el cubrimiento de las atenciones de salud y relacionamiento de la probabilidad de morir con determinantes socio demográficos de una población con ACV de una EPS del Régimen Contributivo. Cali: Universidad Autonoma de Occidente; 2014.
10. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2014; 13(27): 242–265.
11. Echeverry-López M. Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los

- usuarios en Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2011; 10(20): 97–109.
12. Agudelo-Estupiñán AC, Gómez-Amaya PC, Montes-González J, Pelayo GB. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil- Santander [Tesis]. Bucaramanga: Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2013. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12749/1680>.
 13. Díaz-Grajales C, Zapata-Bermúdez Y, Aristizábal-Grisales J. Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2015; 14(9): 155–178.
 14. Ley 1122 de 2007. “Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007. Bogotá: Congreso de la República de Colombia; 2007.
 15. Flick U. El diseño de la Investigación Cualitativa. Colección: Investigación Cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2015. p. 213.
 16. Alonso L. La Sociohermenéutica como programa de investigación en Sociología. *ARBOR Ciencia, Pensam y Cult*. 2013; 189.
 17. Alonso L, Callejo J. Análisis del discurso: del posmodernismo a las razones prácticas. *Rev Esp Invest Sociol*. 1999; 37–73.
 18. Conde F. Análisis Sociológico del Sistema de Discursos. 1ra Ed. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas CIS; 2009. p. 269.
 19. Urdinola BP, Bejarano V, Espinosa O, Do Nascimento Silva P. Informe de caracterización sociodemográfica del régimen subsidiado en Colombia. Bogotá D.C: Convenio inter-administrativo 7008-2021 con el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Bogotá D.C: IETS; 2021. p. 165.
 20. Moreo LM, Estrada-Orozco K, Espinosa O, Mesa-Melgarejo L. Characterization of the Population Affiliated to the Subsidized Health Insurance Scheme in Colombia. A Systematic Review and Meta Analysis. *Research Square*. 2022; 22(1).
 21. Supersalud [Internet]. Bogotá: Superintendencia Nacional de Salud; 2022. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co>
 22. Superintendencia Nacional de Salud. Resultados que se sienten. Cuatro años que transformaron la salud de los colombianos. Bogotá: SNS; 2022. Disponible en: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/OtrasPublicacionesComunicaciones/libro-supersalud-resultados-que-se-sienten-2018-2022.pdf>
 23. Roa-Buitrago I. Gestión del Aseguramiento en Salud. *Rev EAN*. 2009; (67): 21–36.
 24. Ministerio de Salud y Protección Social. Gestión Integral del Riesgo en Salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto del Modelo Integral de Atención en Salud. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2015. p. 39. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/Perspectiva-aseguramiento-comite-ampliado.pdf>
 25. Molina-Marín G, Vanegas S, Higuaita H, Castaño B, Saldarriaga A, Mejía C, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010; 9(18): 103–117.
 26. Páez G, Jaramillo L, Franco C. Estudio sobre la geografía sanitaria de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. p. 711.