



## ¿Por qué no revisar esta propuesta?

Ciudadanía, 24/07/2011



Si quiere acceder directamente a esta columna, haga doble click en el presente enlace:

<http://www.elheraldo.co/columnistas/por-que-no-revisar-esta-propuesta-25173>

En días pasados el Ministro de la Protección Social anunció un plan de ajuste para corregir el sistema de salud colombiano, teniendo en cuenta los hechos de corrupción de conocimiento público.

Este plan de nueve puntos, que define como el primero de ellos el mejoramiento del actual modelo de aseguramiento, incluye medidas para re-estructurar el mercado de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) buscando reducir su número exigiendo un mayor estándar de calidad, márgenes de solvencia, gestión del riesgo tanto en salud como financieros, así como resultados en Indicadores en salud. Así mismo, contempla la expedición de un decreto que definirá los nuevos requisitos de habilitación y operación y que deberá estar listo en octubre de este año.

A través de los estudios de la Defensoría del Pueblo y los recientes hallazgos de la Superintendencia de Industria y Comercio y también la de Salud, se ha documentado que en muchas ocasiones las EPS niegan servicios incluidos dentro del plan obligatorio de salud a los que tienen pleno derecho sus afiliados, debiendo los usuarios recurrir a la tutela pues sólo así estas entidades les presten los servicios, como quiera que están dentro de los beneficios a los que pueden acceder sin ningún tipo de traba, dilación o negación.

Sería interesante por eso que dentro de las medidas que se adopten para ajustar la operación de las EPS, exista una que las sancione ejemplarmente en la medida que se demuestre que niegan servicios que están dentro del POS a sus afiliados, y que en últimas, signifique su salida del mercado. Una medida que llevara a que una EPS pensara dos veces negarle estos servicios a los usuarios, y para las que se atrevieran de todos modos a hacerle trampa al sistema y especialmente a los pacientes, les resultase muy costosa esa acción.

Es por ello que retomo una propuesta que al respecto hizo la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) a quienes fueron candidatos a la Presidencia de la República para el presente cuatrienio 2010-2014. Dentro de las posibles soluciones para aplicar en el sistema de salud, se les propuso que se estructurara un indicador crítico que midiera para cada EPS el porcentaje de tutelas interpuestas por servicios, procedimientos y medicamentos incluidos en el POS, partiendo del hecho que ninguna tutela debería generarse por estos servicios.

Así las cosas, este indicador tendría tres rangos. El primero, que sería menos de 1% de tutelas por "servicios POS"; a estas

EPS se les giraría el 100% de la prima que el sistema le reconoce a cada EPS de manera mensual para garantizar la atención en salud a cada afiliado y que se conoce como unidad de pago por capitación (UPC). El siguiente rango contemplaría tutelas por estos servicios entre 1 y 5%; a estas EPS sólo se les giraría el 95% de la UPC, sin la posibilidad que la EPS argumentase insuficiencia de recursos para garantizar la atención de sus afiliados. Y el tercer rango, sería para cuando el porcentaje de estas tutelas fuese mayor al 5%; dicho porcentaje les significaría a las EPS la cancelación de la autorización para operar en el sistema de salud colombiano, debiendo salir automáticamente y para siempre del mercado.

Con esta medida se preserva la tutela como puerta de emergencia para que los ciudadanos defiendan sus derechos fundamentales, pero también fuerza a las EPS para que cumplan con sus obligaciones de brindarle los servicios a sus usuarios, so pena de salir del mercado de manera definitiva... ¿Por qué no se revisa esta propuesta?

?

[ubeltran@hotmail.com](mailto:ubeltran@hotmail.com)

twitter: @ulahybelpez

<https://www.facebook.com/#!/group.php?gid=9287882468>: NOTAS DE ACTUALIDAD EN EL SECTOR SALUD

<http://ulahybeltranlopez.blogspot.com/>

<http://tu.tv/usuario/ulahybeltran>

<http://paper.li/ulahybelpez/1311100896>

