

DISEÑO DE UNA POLIZA DE SEGUROS PARA LA ADQUISICION DE  
MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN CUBIERTOS POR NINGUN PLAN DE  
SALUD PUBLICO O PRIVADO EN COLOMBIA CON APLICACION AL  
SEGMENTO DE MICROSEGUROS.

MARIVEL BERNAL CALDERON  
BLANCA CECILIA URREGO URREGO

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL  
BOGOTA, D. C.

2009

DISEÑO DE UNA POLIZA DE SEGUROS PARA LA ADQUISICION DE  
MEDICAMENTOS QUE NO ESTAN CUBIERTOS POR NINGUN PLAN DE  
SALUD PUBLICO O PRIVADO EN COLOMBIA CON APLICACION AL  
SEGMENTO DE MICROSEGUROS.

MARIVEL BERNAL CALDERON  
BLANCA CECILIA URREGO URREGO

Asesor  
HECTOR DARIO GOMEZ AHUMADA  
Médico Especializado Magíster en Salud Pública

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL  
BOGOTA, D. C.  
2009

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del Presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Bogotá, 28 de Febrero de 2009

## RELACION DE TABLAS

			Pág.
Tabla	1	Ventas Sector Farmacéutico	42
Tabla	2	Servicios domiciliarios cubiertos por la Póliza de medicamentos	65
Tabla	3	Tabla 3. La distribución poblacional a mitad de periodo de acuerdo con los rangos de edad	66
Tabla	4	Distribución Población Bogotá EPS	66

## RELACION FIGURAS

			Pág.
Figura	1	Colombia Ciudades y Poblaciones	
Figura	2	Dispensación y Distribución de Medicamentos	
Figura	3	Diagnósticos más frecuentes en una entidad de Medicina Prepagada	
Figura	4	Distribución Población Bogotá	

## RELACION ANEXOS

			Pág
Anexo	<b>A</b>	Insumos Básicos -Tarifas	102
Anexo	<b>B</b>	Muestra Representativa de Motivos CTC Negados	107
Anexo	<b>C</b>	Muestra de Algunos Medicamentos Oncológicos no POS.	109
Anexo	<b>D</b>	Tarifas Vacunas.	110
Anexo	<b>E</b>	Perfil Epidemiológico de la EPS	111

## CONTENIDO

		Pág
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	11
<b>2.</b>	<b>PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	12
2.1	DESCRIPCION DEL PROBLEMA	12
2.2	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
2.3	JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	13
<b>3.</b>	<b>OBJETIVOS</b>	15
3.1	OBJETIVO GENERAL	15
3.2	OBJETIVOS ESPECIFICO	15
<b>4.</b>	<b>MARCOS DE REFERENCIA DEL PROYECTO</b>	16
4.1	MARCO TEORICO	16
4.1.1	Origen del Contrato de de Seguro	16
4.1.1.1	Características del Contrato de Seguros	17
4.1.1.2	Elementos del Contrato de Seguros	18
4.1.1.3	El Interés Asegurable	18
4.1.1.4	El riesgo Asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador.	19
4.1.1.5	Valoración de un Siniestro	19
4.1.1.6	Clases de Siniestro	20
4.1.1.7	Partes de la Póliza	20
4.1.1.8	Obligaciones del tomador	21
4.1.2	Los logros más importantes de la campaña de acceso a medicamentos	22
4.1.3	La necesidad de voluntad política internacional de los estados	22
4.1.4	Microseguros y Reducción de vulnerabilidad	23
4.1.5	Federación Farmacéutica Internacional de la FIP, respecto a la mejora del acceso a los medicamentos en los países en vías de desarrollo	24
4.1.6	Boletín Internacional del Desarrollo Sostenible	26
4.1.7	Microseguros como herramienta alternativa de penetración de Seguros en Países Emergentes	27
4.1.8	Acceso a medicamentos esenciales un derecho de todos	30
4.1.9	Planes de Microseguros en Salud: la importancia de llevar un estudio de factibilidad	31

4.1.10	Medición de desempeño en Microseguros	33
4.1.10.1	Los Principios Clave	34
4.1.10.2	Indicadores Claves de Desempeño	35
4.1.10.3	Midiendo el desempeño de Seguro de Salud y productos relacionados	35
4.1.10.4	Otros productos de Seguros	36
4.1.11	Congreso de la República de Colombia programa de Fortalecimiento Legislativo, oficina de asistencia Técnica Legislativa Acceso a medicamentos Esenciales de Alto Costo	37
4.1.11.1	Impacto de las Patentes	38
4.1.11.2	Política de Precios	39
4.1.12	El sector de productos farmacéuticos para uso Humano en Colombia	41
4.1.12.1	El TLC y el Sector Farmacéutico	41
4.1.12.2	Situación y estructura de la economía	42
4.1.12.3	Principales países proveedores de productos farmacéuticos	43
4.1.12.4	Normas Técnicas	43
4.1.13	Mercado Potencial	43
4.1.13.1	Tamaño del Mercado	44
4.1.13.2	Múltiples Polos de Desarrollo Regional	44
4.1.14	Gasto Privado en salud de los hogares de Cartagena de Indias, 2004	45
4.1.14.1	Condición laboral y afiliación al SGSSS	46
4.1.14.2	Estrato socioeconómico y gasto de bolsillo	47
4.1.14.3	Escolaridad del jefe del hogar	47
4.1.15	La distribución y dispensación de medicamentos	49
4.1.16	Habitabilidad en Bogotá	50
<b>4.2</b>	<b>MARCO LEGAL</b>	<b>52</b>
4.2.1	Legislación en Microseguros	52
4.2.1.1	Ley 590 de 2000	52
4.2.1.2	Ley 79 de 1988	52
4.2.1.3	Decreto 410 DE 1971	53
4.2.2	Legislación en Medicamentos	53
4.2.2.1	Constitución Política de la República de Colombia 7 de Julio de 1991	53
4.2.2.2	Artículo 13	53
4.2.2.3	Artículo 48	54
4.2.2.4	Artículo 152	54

4.2.2.5	Decreto 1011 de 2006	54
4.2.2.6	Fundamentos del Servicio Público	54
4.2.2.7	Ley 100 DE 1993	56
4.2.2.8	Artículo 3º. Del derecho a la Seguridad Social	56
4.2.2.9	Artículo 4º. Del Servicio Público de Seguridad Social	57
4.2.2.10	Artículo 245 Crease el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA	57
4.2.2.11	Artículo 45o. del Decreto No.1938 de 1994	57
4.2.2.12	Acuerdo 336 de 2006 de CNSSS	57
4.2.2.13	Acuerdo 83 de 1997 de CNSSS	57
4.2.2.14	Resolución 5261 de 1994. Artículo 13	58
4.2.2.15	Acuerdo 004 de 1994 CNSSS	58
4.2.2.16	Resolución 3099 de 2008	58
4.2.2.17	Artículo 89 . Control de calidad para los medicamentos	59
4.2.2.18	Ley 1122 de 2007 Modificaciones en el SGSSS .	59
4.2.2.18.1	Artículos 14 Organización del Aseguramiento	60
4.2.2.19	Artículo 23. Obligaciones de las Aseguradoras	60
4.4.4.20	Sentencia C-463 DEL 2008	60
4.2.2.21	Sentencia T-760 de 2008	61
4.2.2.22	Decreto 2085 de 2004.Registro Sanitario Medicamentos	64
4.2.2.23	Artículo 18 Planes Adicionales de Salud, PAS	64
4.2.2.24	Decreto 574 del 2 de Marzo de 2007	64
4.2.2.25	Decreto 806 DE 1998 (abril 30).Afiliación al SGSSS	64
4.2.2.25.1	Artículo 19 Tipos de PAS	64
4.2.2.25.2	Artículo 20. Usuarios de los PAS	65
4.2.2.25.3	Artículo 22. Deber de información	65
4.2.2.26	Decreto Número 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010	66
<b>4.3</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	<b>67</b>
4.3.1	SGSSS	67
4.3.2	Entidades Promotoras de Salud (EPS).	67
4.3.3	Superintendencia Nacional de Salud	67
4.3.4	Morbimortalidad	67
4.3.5	PAS	67
4.3.6	Denominación común Internacional para las	67

	sustancias Farmacéuticas	
4.3.7	Forma Farmacéutica. Sinónimo de forma de dosificación	67
4.3.8	Medicamento Esencial	67
4.3.9	Medicamento Esencial Alternativo	68
4.3.10	Medicamento Genérico	68
4.3.11	Principio Activo	68
4.3.12	Invima	68
4.3.13	Régimen Subsidiado de Salud	68
4.1.14	Contrato de Seguro	68
4.1.15	Riesgo.	68
4.1.16	Prima Emitida	68
4.1.17	Prima anulada	69
4.1.18	Prima Cobrada	69
4.1.19	Prima pendiente	69
4.1.20	Primas Netas Emitidas	69
4.1.21	Siniestro	69
4.1.22	Indemnización	69
4.1.23	Pago de Siniestro	69
4.1.24	Compañía Aseguradora	69
4.1.25	Beneficiario	70
4.1.26	Asegurado	70
4.1.27	Solicitud de Seguro	70
4.1.28	Póliza	70
4.1.29	El Interés Asegurable	70
4.1.30	Tarifas por Servicio	70
4.1.31	Microseguro	70
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>71</b>
5.1	TIPO DE INVESTIGACION	71
5.2	POBLACION Y MUESTRA	71
5.3	RECOLECCION DE INFORMACION	71
5.4	PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE INFORMACION	72
<b>6.</b>	<b>PRESENTACION DE RESULTADOS</b>	<b>78</b>
<b>7.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	<b>98</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>99</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>102</b>

## INTRODUCCION

El tema abordado en esta investigación ha sido motivado por dos razones en particular en primera instancia la gran dificultad para adquisición de medicamentos por parte de la población Colombiana especialmente la más vulnerable, ya que si bien es cierto el Plan Obligatorio Salud cubre unos pocos (únicamente 807) medicamentos y en presentación genérica ,y otros a través de la figura de CTC (Comités Técnico Científicos) los cuales son demorados y solo se entregan durante breves periodos de tiempo (uno o hasta tres meses) al final de los cuales debe volverse a realizar el trámite administrativo correspondiente posterior al cual las EPS, luego de una estudio del caso en particular determinan si se continua dando la cobertura o no al mismo, y no obstante a pesar de salir favorecido con el suministro de la medicina el paciente tiene que cumplir con otra serie de requisitos para la entrega en la farmacia correspondiente, en caso de no ser autorizados el paciente tiene dos opciones o elevar una acción de tutela para que el estado valide sus derechos fundamentales o asumir el costo del mismo, si tenemos en cuenta que el plan obligatorio asume unos pocos y los esenciales obviamente un numero importante de medicamentos y por ende patologías quedan sin cubrir o el tratamiento se hace de forma parcial o incompleta y muchas veces de forma no oportuna, es decir con la prontitud que se requiere. Sólo un escaso segmento de la población, la de mayor poder adquisitivo es quien puede costear el costo de los mismos y a veces ni siquiera según la situación a la que se vean abocados tienen disponible el dinero para la compra de forma inmediata. En segunda Instancia observamos que existe un desaprovechamiento de una herramienta como es el Micro seguro, el cual a pesar de no ser tan nuevo en el país no se ha implementado como debiera en nuestro medio como elemento que permita acceder a muchos insumos y productos entre ellos los medicamentos ya sea por desconocimiento del mismo o miedo por parte de las aseguradoras a enfocarse en este tipo de mercado, a pesar de que en si constituye un dispositivo de transferencia de riesgo. De esta necesidad surge nuestra propuesta al diseñar un producto llamado Póliza de Medicamentos que debe contar con el aval de una aseguradora en Colombia y que pretende, a través de su contratación y el pago de una prima módica, entregar un auxilio en dinero ó en especie (medicamento) para que el Tomador adquiera a través de la red de farmacias (si es en especie) todos los medicamentos recetados y los cuales no están cubiertos por ningún plan de salud público ó privado. El producto tendrá un enfoque netamente social dirigido tanto a los ciudadanos estrato 1 al 6. Con el fin de permitir un acceso eficiente, equitativo y justo a los medicamentos y asi ofrecer otra opción para que tanto el Estado, Laboratorios Farmacéticos ,Aseguradores puedan hacer frente a los cambios que generará el, TLC.

## 2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 2.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La falta de acceso a medicamentos constituye un problema social muy grave pues la gran mayoría de la producción mundial de medicamentos se consume en los países ricos. Paralelamente cerca de un tercio de la población mundial, dos mil millones de habitantes, carece de acceso a medicamentos esenciales. Según la Organización Mundial de la Salud, como resultado de esta carencia cada día mueren en el mundo más de 30.000 personas por enfermedades generales curables y más del 90% de estas muertes ocurren en el mundo en desarrollo.

La realidad socioeconómica de Colombia ha influido en el fracaso del sistema de Seguridad Social en Salud, Ley 100 de 1993, diseñado más para las condiciones de un país desarrollado que para un país con altos niveles de desempleo y exclusión por lo que el acceso a medicamentos se vuelve un problema de Salud Pública de grandes proporciones. A pesar de que los Estados se ven obligados a proporcionar garantías para que los productores de medicamentos oferten sus productos, es decir que estén disponibles para su uso por los ciudadanos a través de sus correspondientes sistemas de salud, se ven en el dilema de hasta dónde y cuánto debe proteger estos derechos, pues el uso de estas garantías a la plenitud deseada o conveniente para los productores podría elevar tanto los precios de los medicamentos que los haría inviables para su compra, al menos en países con un nivel de desarrollo como el nuestro, volviendo el acceso a los medicamentos un problema de salud pública de grandes proporciones. El otro aspecto hace referencia a la eficiencia y equidad con la cual el respectivo sistema de salud entrega esos medicamentos a los usuarios del mismo. En nuestro caso, sería evaluar como se cumple el derecho a la salud consagrado en los artículos 48 y 49 de la Constitución y la correspondiente Ley 100 de 1993; ya que tenemos aspectos importantes: La primera - los problemas propios del sistema de salud en el derecho y acceso a medicamentos, suministro de medicamentos por las entidades responsables y segundo - los posibles cambios de precios y de calidad por la protección de las patentes, la sumatoria de ambos aspectos hace que el acceso a los medicamentos, se vuelva actualmente crítico, pues a las múltiples y permanentes tutelas, quejas y reclamos acerca del suministro de medicamentos se suman los cambios en los precios y la calidad, producto de la protección de las patentes, y los efectos que pueden tener a mediano y largo plazo sobre el equilibrio financiero del Sistema de Salud; pues hoy día los medicamentos representan más del 30% del gasto en salud de los Colombianos.

## 2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La falta en el mercado de una opción o herramienta que permita el acceso de forma ágil y económica a los medicamentos esenciales y de alto costo para la población Colombiana está llevando a que muchas personas de bajos ingresos abandonen sus tratamientos médicos o los realicen de forma parcial o incompleta retrasando la recuperación de su enfermedad, y por ende elevando de esta manera los indicadores de morbilidad, produciendo un círculo vicioso de enfermedad, productividad reducida, menos ingresos, pobreza, deficiente alimentación.

En Colombia el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos se consagran en los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991 y se reglamentan en la Ley 100 de 1993. En su acepción normativa este derecho contempla una igualdad de acceso a través de una cobertura progresiva de iguales planes de beneficios y financiamiento a los regímenes del SGSSS; cobertura que hoy no se ha cumplido no obstante el buen objetivo de la Ley 100 de 1993, dentro de sus principios, el de la Universalidad, Eficiencia y Equidad.

## 2.3 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Con la Ley 100 los medicamentos, por primera vez, se integran en la prestación del servicio de salud. Las EPS montaron su cadena de distribución y en tres años llegaron a controlar el mercado. Antes de 1994, la distribución de medicamentos era controlada en más del 40% por el Seguro Social. Así mismo, en los últimos años se produjo un incremento constante del precio de los medicamentos (hasta un 20% en los genéricos) al concederse la libertad de precios en el mercado y cambiar el régimen de control.

En estos momentos la situación respecto a los medicamentos es preocupante: el Consejo Directivo de Comercio Exterior pretende prolongar en Colombia la vigencia de las patentes de muchos medicamentos y prohibir la distribución de sus equivalentes genéricos, mediante el reconocimiento del secreto empresarial, con el que las compañías pretenden amparar el registro de dichos medicamentos en el INVIMA.

De otra parte, el INVIMA acomete los problemas de control de calidad, incrementándose en más de un 20% el número de genéricos en el mercado nacional. Recientemente salió a la luz pública el tema de la adulteración por ejemplo, el 20 de abril de 2000, el INVIMA denunció la adulteración de 39 medicamentos, declarando una cuarentena para estos productos, con un valor

aproximado de 4.000 millones de pesos. Estos medicamentos son manipulados o adulterados incluso una vez caducados; se cambian las etiquetas y son comercializados de nuevo.

Según el INVIMA, 21 laboratorios censados al azar han sufrido el robo en los dos últimos años de más de 40.000 millones de pesos en medicamentos, que son ofrecidos una vez caducados, dañados o adulterados, a las farmacias, droguerías y hospitales, y etiquetados en Colombia, Venezuela o Ecuador.

En seis meses, el INVIMA decomisó 1.500 millones de pesos en medicamentos de contrabando. El director de este organismo afirma que, en Colombia, cuatro de cada diez medicamentos provienen del mercado negro. Los adulterados son, generalmente, de dos tipos: o bien los muy usados, como antibióticos, analgésicos y vacunas, o los muy costosos como los utilizados para los trasplantes o tratamientos para el cáncer o el sida. En el caso de estos últimos, dado su elevado costo y la imposibilidad de conseguir algunos de ellos en Colombia, es tentador comprarlos en el mercado negro a la cuarta parte de su valor en el mercado. Según el INVIMA, el negocio de las medicinas mueve anualmente 1.200 millones de dólares.

Es evidente que ante la situación actual en el manejo y venta de medicamentos existen varios factores que revierten directamente en el usuario, no tanto por el precio como por la calidad del medicamento y lo que es peor, si compra medicamentos adulterados afecta su salud, pero si no los compra prescinde del tratamiento adecuado y como tal no obtiene la cura pronosticada por el médico.

Al existir un producto en el mercado asegurador Colombiano como una póliza de medicamentos que se puede adquirir con el pago de una prima módica, el usuario tendría un acceso fácil a la compra de medicamentos adecuados a su dolencia, sin importar que no estén bajo el plan de cualquiera de los regímenes del Sistema de Seguridad Social Colombiano y bajo esta modalidad de adquisición estaría ayudando a la compra lícita, a la garantía de calidad y combatiendo el mercado negro de medicamentos. El producto proporcionaría una solución al usuario quien contaría con un auxilio (especie) para la compra de medicamentos ó insumos médicos, además el producto obraría como complemento al objetivo social de la Ley 100/93, pues con la adquisición del producto se disminuiría la demanda de medicamentos por tutela y comités técnicos científicos, favoreciendo de esta manera la inversión de dichos recursos en planes de cuidado de la salud que redundará en mejoramiento de los indicadores del nivel de vida y bienestar de la población Colombiana.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GENERAL**

Proponer al mercado asegurador una Póliza de Medicamentos con aplicación al segmento de Micro seguros, que obrará como herramienta que permita a los usuarios del Sistema de Seguridad Social Colombiano, mediante el pago de una prima económica y un límite de valor asegurado. el acceso a medicamentos recetados que no estén cubiertos dentro de ningún régimen de salud.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

3.2.1 Realizar análisis de precios de medicamentos en un segmento del mercado de usuarios de una entidad Promotora de Salud Privada y de Medicina Prepagada con el fin de establecer una base que permita sugerir el cobro racional de una prima.

3.2.2 Esbozar, a partir de la muestra analizada, algunas de las patologías más frecuentes en la entidad objeto del presente estudio para determinar el tipo de medicamentos con mayor demanda

3.2.3 Diseñar la Póliza de Medicamentos y su nota técnica

3.2.4 Diseñar un modelo de folleto para la comercialización de la póliza

3.2.5 Esbozar un plan logístico sobre cómo operará la red de servicios para reclamar los medicamentos.

3.2.6 Sugerir planes de valor asegurado de acuerdo con la tabla de ingresos bases de cotización y planes para el pago de prima .

3.2.6 Señalar algunos riesgos que se corren con la comercialización del producto

## 4. MARCOS DE REFERENCIA DEL PROYECTO

### 4.1 MARCO TEORICO

4.1.1 Origen del contrato de Seguro. La historia del Seguro se remonta a las antiguas civilizaciones de donde se utilizaban prácticas que constituyeron los inicios de nuestro actual sistema de Seguros. Probablemente las formas más antiguas de Seguros fueron iniciadas por los Babilonios y los Hindúes. Estos primeros contratos eran conocidos bajo el nombre de Contratos a la Gruesa y se efectuaban, esencialmente, entre los banqueros y los propietarios de los barcos. Con frecuencia, el dueño de un barco tomaría prestados los fondos necesarios para comprar carga y financiar un viaje.

El contrato de Préstamos a la Gruesa especificaba que si el barco o carga se perdía durante el viaje, el préstamo se entendería como cancelado. Naturalmente, el costo de este contrato era muy elevado; sin embargo, si el banquero financiaba a propietarios cuyas pérdidas resultaban mayores que las esperadas, este podía perder dinero.

Los vestigios del Seguro de Vida se encuentran en antiguas civilizaciones, tal como Roma, donde se acostumbraba por las asociaciones religiosas, coleccionar y distribuir fondos entre sus miembros en caso de muerte de uno de ellos.

Con el crecimiento del comercio durante la Edad Media tanto en Europa como en el Cercano Oriente, se hizo necesario garantizar la solvencia financiera en caso que ocurriese un desastre de navegación. Eventualmente, Inglaterra resultó ser el centro marítimo del mundo, y Londres vino a ser la capital aseguradora para casco y carga. El Seguro de Incendio surgió más tarde en el siglo XVII, después que un incendio destruyó la mayor parte de Londres.

Después de ese suceso se formularon muchos planes, pero la mayoría fracasaron nuevamente debido a que no constituían reservas adecuadas para enfrentar las pérdidas subsecuentes de las importantes conflagraciones que ocurrieron. Las sociedades con objeto asegurador aparecieron alrededor de 1.720, y en las etapas iniciales los especuladores y promotores ocasionaron el fracaso financiero de la mayoría de estas nuevas sociedades.

Eventualmente las repercusiones fueron tan serias, que el Parlamento restringió las licencias de tal manera que sólo hubo dos compañías autorizadas. Estas aún son importantes compañías de Seguros en Inglaterra como la Lloyd's de Londres.

#### 4.1.1.1 CARACTERISTICAS DEL CONTRATO DE SEGUROS

El contrato de seguro presenta las siguientes características:

- Es un acto de comercio.- Efectivamente el contrato de seguro constituye un contrato mercantil, regulado en el Código de Comercio y en otros aspectos supletoriamente por la legislación civil.
- Es un contrato solemne.- El contrato de seguro es solemne, ya que su perfeccionamiento se produce a partir del momento en que el asegurador suscribe la póliza, la firma del asegurador sirve para solemnizar el acuerdo previo de voluntades entre las partes contratantes, respecto a los elementos del seguro.
- Es un contrato bilateral.- En razón de que genera derechos y obligaciones para cada uno de los sujetos contratantes, GARRIGUES al respecto señala : "...el tomador de seguros se obliga a pagar la prima y el asegurador se obliga a una prestación pecuniaria: si bien esta prestación esta subordinada a un evento incierto, cual es la realización del siniestro".
- Es un contrato oneroso.- Es oneroso, porque significa para las partes un enriquecimiento y empobrecimiento correlativos. "Por cuanto al tomador del seguro se le impone la obligación de pagar la prima y al asegurador la asunción del riesgo de la que deriva la prestación del pago de la indemnización de la que queda liberado si no se ha pagado la prima antes del siniestro".
- Es un contrato aleatorio.- Es aleatorio porque tanto el asegurado como el asegurador están sometidos a una contingencia que puede representar para uno una utilidad y para el otro una pérdida. Tal contingencia consiste en la posibilidad de que se produzca el siniestro. Al respecto el profesor MONTOYA dice : " El carácter aleatorio del contrato no desaparece por el hecho de que las compañías aseguradoras dispongan de tablas estadísticas que les permite determinar el costo de los riesgos, en función de lo cual fijan el importe de las primas.... o sea que si bien la actividad aseguradora en si es cada vez menos riesgosa en la medida del perfeccionamiento de los medios para determinar la frecuencia de los riesgos, el contrato sigue siendo aleatorio tratándose de cada contrato aislado y respecto del asegurado".
- Es un contrato de ejecución continuada.- Por cuanto los derechos de las partes o los deberes asignados a ellas se van desarrollando en forma continua, a partir de la celebración del contrato hasta su finalización por cualquier causa.

- Es un contrato de adhesión.- El seguro no es un contrato de libre discusión sino de adhesión. Las cláusulas son establecidas por el asegurador, no pudiendo el asegurado discutir su contenido, tan sólo puede aceptar o rechazar el contrato impuesto por el asegurador. Sólo podrá escoger las cláusulas adicionales ofrecidas por el asegurador, pero de ninguna manera podrá variar el contenido del contrato. Pero todo esto dependerá de la voluntad y de la flexibilidad que tenga cada empresa aseguradora.

4.1.1.1.2 Elementos del contrato de Seguros. Los elementos del contrato de seguro son los siguientes:

- El interés asegurable
- El riesgo asegurable
- La prima
- La obligación condicional del asegurador de indemnizar

4.1.1.1.3 El Interés Asegurable. Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.

Para el profesor MONTOYA el interés es: " la relación por cuya virtud alguien sufre un daño patrimonial por efecto del evento previsto, que no recae en lo que es objeto del seguro, sino en el interés que en el tenga el asegurad."

El interés asegurable es un requisito que debe concurrir en quien desee la cobertura de algún riesgo, reflejado en su deseo verdadero de que el siniestro no se produzca, ya que a consecuencia de él se originaría un perjuicio para su patrimonio.

El principio del interés asegurable se entenderá fácilmente si se tiene en cuenta lo que se esta asegurando, esto quiere decir, el objeto del contrato no es la cosa amenazada por un peligro incierto, sino el interés del asegurado en que el daño no se produzca. El interés asegurable no es solo un simple requisito que imponen los aseguradores, sino una necesidad para velar por la naturaleza de la institución aseguradora. En efecto si tomamos en cuenta estas premisas, tendríamos que la existencia de contratos sin interés asegurable, produciría necesariamente un aumento en la siniestralidad y esto motivaría una elevación de las primas y el verdadero asegurado tendría que pagar un precio superior al que realmente correspondería a su riesgo, perjudicándose así no sólo él, sino también la economía del país, que tendría que soportar una carga económica superior a la debida.

4.1.1.1.4 El Riesgo Asegurable. Es un evento posible, incierto y futuro, capaz de ocasionar un daño del cual surja una necesidad patrimonial. El acontecimiento debe ser posible, porque de otro modo no existiría inseguridad. Lo imposible no origina riesgo. Debe ser cierto, porque si necesariamente va a ocurrir, nadie asumiría la obligación de repararlo. Sin riesgo no puede haber seguro, porque al faltar la posibilidad de que se produzca el evento dañoso, ni podrá existir daño ni cabrá pensar en indemnización alguna.

El carácter eventual del riesgo implica la exclusión de la certeza así como de la imposibilidad, abarcando el caso fortuito, sin descartar la voluntad de las partes, siempre y cuando el suceso no se encuentre sometido inevitable y exclusivamente a ella. La incertidumbre no debe tener carácter absoluto sino que debe ser visto desde una perspectiva económica, para lo cual resulta suficiente la incertidumbre del tiempo en que acontecerá, es decir, ya sea en lo que toca a la realización del evento o al momento en que este se producirá.

El riesgo presenta ciertas características que son las siguientes :

- Es incierto y aleatorio
- Posible
- Concreto
- Lícito
- Fortuito
- De contenido económico

En el contrato de seguro el asegurador no puede asumir el riesgo de una manera abstracta, sino que este deber ser debidamente individualizado, ya que no todos los riesgos son asegurables, es por ello que se deben limitarse e individualizarse, dentro de la relación contractual.

La Prima. Es el monto equivalente a la aplicación de la tasa por el valor asegurable y el cual debe pagar dentro de un plazo acordado por las partes para que ante un eventual siniestro exista el derecho de reclamar y obtener una indemnización en caso de cobertura.

La obligación condicional del asegurador de indemnizar. Es la obligación de la Aseguradora de pagar el siniestro al Asegurado en caso de existir cobertura y la prima totalmente pagada.

Valoración de un Siniestro. Una vez ocurrido el siniestro, éste debe ser evaluado mediante un conjunto de actuaciones, realizadas por la compañía de seguros, para determinar el valor económico de las pérdidas sufridas por el asegurado.

#### 3.1.1.1.6 Clases de Siniestro.

Por el grado de intensidad del daño producido:

- Siniestro Total . Es aquél cuyas consecuencias han afectado a la totalidad del objeto asegurado, destruyéndolo completa o casi completamente.
- Siniestro Parcial . Es aquél cuyas consecuencias sólo afectan parte del objeto asegurado, sin destruirlo completamente.

Por el estado del trámite en que se encuentran:

- Siniestro Declarado . Aquél que ha sido comunicado por el asegurado a su entidad aseguradora.
- Siniestro Pendiente . Es aquél cuyas consecuencias económicas aún no han sido totalmente indemnizadas por la entidad aseguradora.
- Siniestro Liquidado . Aquél cuyas consecuencias económicas han sido completamente indemnizadas o reparadas por la entidad aseguradora.

Según lo común del siniestro:

- Siniestro Ordinario . Es el que tiene su origen en la ocurrencia de un riesgo ordinario.
- Siniestro Extraordinario o Catastrófico . Es el que está originado por un riesgo de naturaleza extraordinaria o excepcional.

#### 3.1.1.1.7 Partes de la Póliza.

- Las Condiciones Generales. Reflejan el conjunto de principios básicos que establece el asegurador para regular todos los contratos de seguro que emita en el mismo ramo o modalidad de garantía: Extensión y objeto del seguro, riesgos excluidos, forma de liquidación de los siniestros, pago de indemnizaciones, etc.
- Las Condiciones Particulares. Recogen aspectos concretos del riesgo que se asegura: Nombre y domicilio de las partes contratantes, y designación del asegurado y beneficiario; concepto en el cual se asegura; naturaleza del riesgo cubierto; designación de los objetos asegurados y de su situación; suma asegurada o alcance de la cobertura; importe de la prima, recargos e

impuestos; vencimiento de las primas; así como lugar y forma de pago; duración del contrato.

4.1.1.1.8 Obligaciones del Tomador. Son esencialmente las siguientes:

- Descripción correcta y completa del riesgo u objeto asegurable, así como fijación de su valor económico. Este deber de declarar, puede ser infringido si en las declaraciones del asegurado existen omisiones o inexactitudes.
- Pago de la prima acordada. En caso de impago de la prima los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del trigésimo día siguiente del vencimiento.

La prima es normalmente anual ó según acuerdo entre las partes y la obligación de pagarla íntegramente no se desvirtúa.

- Notificación del Siniestro Producido. Después de ocurrido el siniestro, la comunicación al asegurador de la ocurrencia del siniestro es una de las obligaciones principales del asegurado, cuyo incumplimiento puede dar lugar a la reducción o pérdida de la indemnización debida por el asegurador.

4.1.1.1.9 Obligaciones del Asegurador. Se refieren principalmente al pago de la indemnización acordada en póliza, una vez producido el siniestro. La indemnización se pagará con arreglo a los daños evaluados ó pago del beneficio prometido, pero con el tope máximo del valor asegurado que figure en el contrato.

El asegurador puede cumplir con la obligación de indemnizar de diversos modos:

- Pagando en metálico el importe tasado de los daños ó pagando el valor estipulado del beneficio.
- Reparando o reemplazando a su cargo el objeto dañado.
- Tomando a su cargo, en todo o en parte, los bienes dañados, valorados en su precio de tasación, que habrá de ser abonado al asegurado.

Plan de beneficencia: Consiste de ambos; la lista de servicios en salud que se cubren y el nivel de cobertura que corresponde a cada servicio. El plan puede ofrecer uno o mas planes de beneficencia entre los cuales puede escoger un miembro: por ejemplo, un plan básico y uno ampliado (incluyendo un mayor número de servicios, y en algunos casos, mayores niveles de cobertura).Cada plan de beneficencia tiene un nivel correspondiente de prima; el nivel de prima de un plan ampliado es mayor que aquel del plan básico.

#### 4.1.12 LOS LOGROS MAS IMPORTANTES DE LA CAMPAÑA DE ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES 1999-2002

La OMS modificó los criterios de inclusión de medicamentos en su lista modelo de medicamentos esenciales (EML). Hasta entonces uno de los criterios era el precio de los medicamentos, lo que dejaba fuera de la lista a medicamentos médicamente esenciales pero caros. Desde el mes de Abril 2002 la EML incluye 12 antirretrovirales para utilizar en triterapias para personas infectadas con el VIH/SIDA y un antimalárico que incluye un derivado de la artemisina. Todo medicamento incluido en la lista nacional de medicamentos esenciales debe estar disponible para todo el que lo necesite, cuándo lo necesite y en cantidades suficientes.

La declaración de Doha (noviembre 2001) puso de manifiesto que los países pueden hacer uso de las disposiciones que los acuerdos de comercio contemplan para mejorar el acceso a medicamentos de su población.

#### 4.1.3 LA NECESIDAD DE VOLUNTAD POLÍTICA INTERNACIONAL DE LOS ESTADOS

La acción es crucial en tres áreas y debe hacerse en coordinación con la Organización Mundial de la Salud, la industria farmacéutica, asociaciones de pacientes y médicos.

La reanudación de la producción de medicamentos abandonados y la protección de medicamentos esenciales cuya producción está en peligro de ser abandonada es un imperativo. En ausencia de un mercado, los productores deberían tener asegurados ciertos pedidos por medio de alianzas de compradores públicos y privados, financiadas con fondos públicos si fuera necesario. El incremento de la investigación y el desarrollo de nuevos medicamentos para responder a las necesidades de las poblaciones pobres no es posible sin el compromiso de los Estados, y para ello deben tenerse en consideración algunas medidas: la definición de una agenda de prioridades para la investigación a nivel internacional, la atribución de fondos públicos para financiar la investigación y el desarrollo y para el establecimiento de nuevos mercados, la creación de un marco fiscal y reglamentario que fomente la investigación y el desarrollo, y la difusión de la noción de que estos medicamentos constituyen un “bien público” y que no están sujetos únicamente a las fuerzas del mercado.

El establecimiento de una política real de precios equitativos, que se traduzca en precios significativamente inferiores para los pacientes de los países pobres, es fundamental para que todos los enfermos puedan tener acceso a medicamentos esenciales. Para la implementación de una estrategia semejante es necesario contar con la intervención de los Estados. Debería incluir la concesión de licencias voluntarias de uso limitado a los países pobres y un apoyo activo a aquellos gobiernos que soliciten licencias obligatorias - ambas cláusulas de salvaguarda quedan inscritas en el acuerdo sobre los ADPIC (en inglés conocido como TRIPS). Es necesaria una política clara y transparente por parte de las compañías farmacéuticas así como la estimulación de la competencia entre medicamentos genéricos e innovadores. Un sistema de abastecimiento centralizado también contribuiría en la reducción de los precios tal y como se ha dado con algunas vacunas y anticonceptivos orales (algunos hasta 100 veces más baratos en países pobres). Debe contemplar también una transferencia de tecnología que permita el desarrollo de industrias nacionales o regionales capaces de producir medicamentos genéricos de calidad.

#### 4.1.4 MICROSEGUROS Y REDUCCIÓN DE LA VULNERABILIDAD

El Microseguro se ha constituido en un instrumento para la protección financiera de los pobres del mundo. El riesgo y vulnerabilidad económica, dependen de la capacidad financiera de la familia, del tipo del riesgo y el mecanismo de la protección, la reducción del riesgo, la atenuación del riesgo (reducción de la pérdida posible como consecuencia de un incidente y la exposición al riesgo).

En el caso de los pobres existen unas limitantes para el Ahorro y el Crédito como son: a) Acceso limitado a liquidez, b) Limitación temporal para cumplir planes de ahorro o de reembolso de crédito c) Limitación en el volumen de liquidez y d) Y situaciones como: Enfermedad, muerte, pérdida del trabajo o de la cosecha las cuales son causal de la imposibilidad de rembolsar el crédito.

Los gastos relacionados con enfermedades bajan la capacidad del hogar de adquirir otros bienes servicios de primera necesidad convirtiéndose en un círculo vicioso: pobreza, enfermedad, deficiente alimentación, productividad reducida, menores ingresos.

La enfermedad es un factor de riesgo y la causa más frecuente de la pobreza en el mundo es la enfermedad. Mucha gente en regiones menos desarrolladas y/o con poco ingreso cae bajo el límite de pobreza después de pagar los costos de enfermedad, o estos costos empeoran la pobreza.

La protección contra los riesgos financieros de enfermedades para los pobres puede ser un instrumento efectivo e importante para reducir la pobreza. La mayoría de las organizaciones que ofrecen microseguros protegen a sus socios de la gravedad de la pobreza y sus efectos catastróficos, ya que la prima nunca es el componente más grande de los gastos totales de los socios.

Los Problemas y retos que enfrenta el microseguro son:

- Falta de conocimiento de la gente sobre las ventajas de asegurarse, la falta de promoción y capacitación al respecto.
- La búsqueda de equidad de los beneficios de los socios y el beneficio de la aseguradora o generadora de microseguro.

Las conclusiones a que ha llegado este estudio es que es mejor prever que pagar después, mas las ventajas de cooperación entre los socios y oportunidad de crear productos más desarrollados y acordes a la realidad.

En síntesis el Microseguro es – entre otros – una solución real a los pobres en la protección financiera de eventualidades de la población de menos recursos .

#### 4.1.5 FEDERACION FARMACEUTICA INTERNACIONAL POSICIONAMIENTO POLÍTICO DE LA FIP RESPECTO A LA MEJORA DEL ACCESO A LOS MEDICAMENTOS EN LOS PAISES EN VIA DE DESARROLLO

Los medicamentos son hoy en día el arma principal para prevenir y tratar eficazmente múltiples enfermedades. El acceso a medicamentos eficaces debe considerarse, por eso, un derecho básico de la humanidad. A pesar de ello, una tercera parte de la población mundial carece de acceso a los medicamentos esenciales.

De acuerdo con este artículo la relación directa entre pobreza., la falta de educación en aspectos de salud, débiles sistemas de distribución pública de medicamentos y la escasez de personal con formación en el área de la salud son factores que afectan negativamente la capacidad de acceso a los medicamentos en los países en desarrollo. Se estima que anualmente entre 200 y 450 millones de niños infectados por los parásitos de la malaria desarrollan fiebres, y que esta enfermedad es responsable de 0,5 a 3,0 millones de muertes cada año. El noventa y cinco por ciento de los 42 millones de personas con VIH/SIDA viven en los países en vías de desarrollo. La investigación y el desarrollo de medicamentos para combatir enfermedades que afectan a los pobres se han estancado por falta

de incentivos económicos. Las estadísticas sobre la salud y el desarrollo de nuevos medicamentos son, en sí mismas, materia de gran preocupación; sin embargo, consideradas conjuntamente con la falta de infraestructuras y recursos en los países en vías de desarrollo, son causa de una preocupación aún mayor. Aunque muchos países en vías de desarrollo cuentan con organismos reguladores en materia de farmacia, con personal cualificado, otros no cuentan ni con sistemas eficaces ni con personal cualificado.

La situación se agrava a menudo debido a la falta de otros recursos, a la corrupción o a la ineficaz aplicación de las leyes. Hasta la fecha, algunos países no han sido capaces de detener el flujo de medicamentos falsificados a pesar de contar con conocimientos técnicos adecuados y con los equipos para hacerlo. Otros no cuentan con los recursos necesarios para garantizar que los medicamentos que llegan a sus mercados sean de calidad aceptable. En muchos casos, los países no poseen las infraestructuras para el manejo de los medicamentos, ni los recursos para obtenerlos, procesarlos y distribuirlos efectiva y eficazmente, en especial en las áreas rurales y en las zonas más remotas. En otros lugares donde existen sistemas que permiten garantizar el suministro eficaz de medicamentos, muchos pacientes no pueden pagar el tratamiento, o bien usar los medicamentos de forma apropiada.

El acceso a los medicamentos es un tema complejo y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado sus cuatro dimensiones principales: selección racional, precios asequibles, financiación sostenible y sistemas fiables para la compra, almacenamiento y distribución de medicamentos. El tema multidimensional del acceso a los medicamentos ha sido definido más detalladamente por la OMS y la organización Ciencias de la Gestión de la Salud (MSH, por su sigla en inglés), como el conjunto formado por la disponibilidad, asequibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de un medicamento para el paciente, con dimensiones transversales relacionadas con la calidad tanto de los medicamentos como de los servicios farmacéuticos.

En los últimos años, los progresos en la garantía de acceso a los medicamentos han sido bastante significativos. La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS, que celebró en el 2002 su 25º aniversario, es una importante herramienta en la problemática del acceso. Mediante la adopción de listas de medicamentos esenciales, junto con el desarrollo y uso de directrices estándar de tratamiento, los ministerios nacionales de salud han logrado avances importantes en el establecimiento de herramientas clave necesarias para el tratamiento de los problemas de salud pública en sus países.

Respecto al VIH/SIDA, el adelanto también ha sido significativo. En 1997, la OMS y la FIP emitieron una declaración conjunta sobre el papel del farmacéutico en la pandemia del VIH/SIDA<sup>1</sup>. La OMS ha publicado una Lista Modelo de

Medicamentos Esenciales actualizada que incluye medicamentos antiretrovirales y combinaciones de dosis fijas. Además, se han emitido directrices estándar sobre tratamientos del VIH/SIDA y otras directrices relacionadas, como parte de la iniciativa de proporcionar tratamiento a 3 millones de personas a fines del 2005.

Asimismo, el proyecto piloto de la OMS sobre la precalificación de los medicamentos ha ayudado a identificar fuentes de antiretrovirales y medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis y la malaria que satisfacen los estándares de calidad reconocidos. Paralelamente a este aspecto, en los últimos años han ocurrido cambios en las políticas de precios que han resultado en precios significativamente más bajos para los medicamentos antiretrovirales en los países en vías de desarrollo y algunas organizaciones donantes han aumentado sus compromisos de ayuda a los países con recursos insuficientes para el pago de los medicamentos que necesitan.

Igualmente, han surgido iniciativas para permitir la producción de formas genéricas de antiretrovirales durante el tiempo de vigencia de la patente de un producto. Sin embargo, aún falta mucho por hacer. Pese a los recientes desarrollos respecto al uso racional de medicamentos, la mejora en el suministro y la reducción de los precios, las condiciones de acceso a los medicamentos siguen necesitando mejoras en muchos países, y especialmente en los países pobres y menos afortunados.

#### 4.1.6 BOLETIN INTERNACIONAL DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Según el autor de este artículo El micro crédito en si se una herramienta más dentro de un conjunto de factores para para erradicar la pobreza y no la principal solución o única alternativa.

La atribución del premio Nóbel de la Paz a Muhammad Yunus, fundador de la Grameen Bank de Bangladesh, es muy significativa en mas de un aspecto. Reconoce, en especial, que la paz duradera en nuestro planeta, no puede alcanzarse sin la abolición de la pobreza. Además, este premio pone en evidencia la posibilidad de desarrollar estrategias, para y por los países en vías de desarrollo, inscritas en una perspectiva de lucha contra la pobreza.

Por lo que el microcrédito suscita críticas y comentarios sobre sus límites, en especial, cuando se lo presenta como una solución al problema de la pobreza y subdesarrollo.

Según la opinión de algunos observadores internacionales no expertos en este tema, la microfinanza – término que consideran más exacto – es un instrumento de lucha contra la pobreza siempre y cuando la misma se inscriba bajo un enfoque

más global del desarrollo de las comunidades. Las observaciones en nuestros países respectivos coinciden con las del autor. A saber que, en la mayoría de los casos, estas herramientas permiten a los más pobres de atenuar los efectos de la pobreza y de la exclusión. Frecuentemente, las mismas brindan una mayor dignidad y les permiten de hacer frente al futuro con mas optimismo. Pero, en la mayoría de los casos que conocemos, las personas permanecen por debajo o en el límite del umbral de pobreza. En resumen, la microfinanza puede ser una herramienta muy útil cuando se la considera como un instrumento más y cuando no se crean ilusiones con respecto a su rol y objetivos.

Para responder a las necesidades del planeta, sería preciso un cambio más importante y una voluntad mucho mas fuerte que estos pequeños préstamos. Hoy la microfinanza no se limita al micro crédito. Un ahorro en condiciones de seguridad es a menudo un servicio más importante que el crédito. Las transferencias financieras para los migrantes, el microseguro se desarrolla. Pero allí en donde faltan hospitales, dispensarios, medicamentos y médicos, el microseguro no va hacerlos aparecer por arte de magia, por la simple expresión de un pedido. Proponer servicios que no existen es una fuente más importante de disfuncionamiento que de eficacia. Las necesidades de agua, de educación, de salud, de transporte son especialmente para los pobres, necesidades más urgentes.

#### 4.1.7 MICROSEGUROS COMO HERRAMIENTA ALTERNATIVA DE PENETRACIÓN DE SEGUROS EN PAÍSES EMERGENTES

El papel del microseguro se constituye en:

- Es una herramienta adicional en el diseño de mejores sistemas de seguridad social, especialmente para el sector informal de la economía.
- Resaltante mecanismo de diálogo entre el sector público-privado (DPP) facilitando coordinación con mecanismos de asistencia a la pobreza.

Los microseguros vienen a complementar en vez de desplazar mecanismos ya existentes de manejar los riesgos, tales como los micro ahorros, micro créditos y esquemas de seguridad social. Constituye innovación en todos los sentidos ya que al facilitarse el aseguramiento y protección a las personas de bajos ingresos:

- Les permite cubrir necesidades ante un “shock” sin sacrificar ingresos ni consumo básico
- Ayuda a superar desbalance o salir de la situación de pobreza temporal

- El Microseguro puede ser una herramienta que apoye esa visión de un nuevo sistema más ajustado a atender las realidades de la mayoría.
- Puede ayudar a mejorar el sistema de protección social con visión empresarial para que el impacto social no sea espasmódico
- Los microseguros no le reducen al cliente la exposición al riesgo sino el **IMPACTO** en términos de grandes pérdidas económicas que los siniestros le puedan causar a un cliente o familia cuyo patrimonio e ingresos son limitados y/o irregulares
- **La rentabilidad del mercado microasegurador** permite la sostenibilidad de este mecanismo y su mayor impacto social

Algunos factores que caracterizan a los microseguros :

- Relevante a los riesgos de la población de bajos ingresos
- Son lo más incluyentes posible
- Primas a pagar accesibles, en bajas cantidades y cuantía, pero con alta frecuencia
- Beneficios de bajos montos pero con cobertura adecuada a los riesgos
- Integración de la cobertura en función del riesgo asegurable más importante
- Reglas y restricciones claras y bien definidas
- Documentación y requisitos para reclamos son sencillos y hay fácil acceso al proceso de solicitud de los beneficios
- Pago rápido y eficiente de los beneficios
- Estrategias explícitas para vencer la desconfianza de los clientes ante el concepto de seguro
- Educación y divulgación de clientes potenciales para los microseguros Individuos (por género, edad, nivel económico ,Familias, Grupos, microempresarios, y sus familias)

De ahí la importancia que los distintos proveedores de seguros identifiquen su cliente objetivo dentro de la diversidad, Canales de distribución, mercadeo y atención al cliente:

- Nuevos clientes pero también fortalecer la relación post-venta
- Entrenamiento del personal para poder explicar en forma fácil la función del seguro y los distintos productos
- Sensibilidad ante las necesidades y realidades de los clientes
- Canales alternos de distribución (comprender mejor sus hábitos, donde frecuentan más: puntos de venta alimentarios, de medicina, electrónicos, recreación, etc.)
- Amplio uso de la tecnología Mayor uso de “Call Centers”

Un mismo producto puede ser vendido a través de distintos canales de distribución, incluso ajustando algunas características según los clientes potenciales que se les pueda llegar a través de estos canales.

Es mucho el potencial y muchos los retos para los microseguros en el mundo como por ejemplo:

- Llegar a las personas directamente es difícil, pero el valor de la información reduce costos de entrada
- Más creatividad en el diseño de productos para toda la BdP
- Rol del sector reasegurador cada vez más involucrado para mitigar riesgos y costos de coberturas.

Llegar más, mejor y más barato Mayor educación Mas eficiencia Operativa Legislación y regulación más ajustada

- Reducir la gran desinformación sobre el mecanismo y las ventajas del seguro es fundamental.
- Marco referencial y directrices de políticas públicas orientados cada vez más a estos fines, y que cuente con el compromiso del Gobierno
- Legislación y regulación todavía tiene mucho que avanzar para facilitar mayor acceso de microseguros a personas de bajos ingresos
- Reducción de costos y el mayor uso de tecnología son claves para eficiencia operativa que permita economías de escala
- Desafío a reducir la posible tendencia a comenzar en segmentos más bajos de la población pero luego se sube dado bajos márgenes hace que los más pobres continúen desatendidos o mal atendidos.
- Problemas organizacionales del sector pueden mejorarse

El reto de desarrollar cada vez mas los microseguros va a requerir del sector asegurador:

- Una revisión de sus modelos tradicionales de provisión de seguros
- Entender mejor los hábitos, necesidades y riesgos de la BdP, y ser creativos al momento de llegarle y atenderla.
- Construir mejor información y conocimiento sobre la BdP a partir de experiencia propias previas, y como gremio ir gradual y conjuntamente desarrollando información actuarial relevante
- Usar tecnología para mejorar eficiencia operativa y acceso a la BdP
- Construir y trabajar en redes y alianzas entre proveedores e instituciones para el desarrollo del sector, ampliar el acceso y educar mas sobre seguros
- Involucrarse proactivamente con los reguladores en buscar continuamente

#### 4.1.8 ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES UN DERECHO DE TODOS

Aunque la disponibilidad de medicamentos no es el único aspecto del acceso a una atención sanitaria de calidad, sí constituye un aspecto esencial. Cuando, a sabiendas, un médico prescribe un medicamento ineficaz porque sabe que el paciente no puede permitirse nada más, ¿qué queda entonces de ese propósito de curar, de aliviar el dolor? Y sin este propósito ¿qué le queda por ofrecer a la medicina? La dimensión del problema de la falta de acceso a medicamentos esenciales trasciende el ámbito de la salud; supone también un problema social, económico y ético.

Hay diferentes razones por las cuales un elevado porcentaje de la población mundial no puede utilizar los medicamentos que necesita, en la cantidad adecuada o en el momento oportuno; entre otras: falta de investigación y desarrollo de medicamentos para patologías tropicales, falta o insuficiente producción de medicamentos, sistemas de distribución inadecuados, pautas de tratamiento largas y complejas que llevan a un abandono de los mismos, resistencias a los tratamientos antiguos que han dejado de ser eficaces. El alto precio de algunos medicamentos es otra de esas razones.

Si bien es cierto que el precio no constituye el único obstáculo para el acceso a los medicamentos, sí constituye en la mayoría de las situaciones el principal obstáculo para un acceso equitativo.

Se utiliza el término “precios equitativos” para describir políticas que aseguran que, desde el punto de vista comunitario e individual, el precio de los medicamentos sea justo y asequible incluso para una población pobre o para el sistema de salud que los sirve. Los precios de los medicamentos esenciales deberían ser fijados en los países en desarrollo basándose en el principio de equidad. La equidad de precios está basada en el siguiente principio: los pobres deberían pagar menos por los medicamentos esenciales y tener acceso a los mismos.

Hoy en día, los países ricos y algunas poderosas industrias están ejerciendo presión sobre los países en vías de desarrollo para que adopten una protección de la propiedad intelectual más restrictiva de la que estipula el ADPIC (conocida como ADPIC-plus). Uno de los ejemplos es el Acuerdo de Libre Comercio de las Américas (ALCA), uno de los acuerdos de libre comercio de mayor envergadura. El establecimiento de una política real de precios equitativos que se traduzca en precios significativamente inferiores para los pacientes de los países pobres tengan el acceso pertinente.

#### 4.1.9 PLANES DE MICROSEGUROS EN SALUD: LA IMPORTANCIA DE LLEVAR A CABO UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

El término “microseguro de salud” comprende una amplia variedad de esquemas, como ser: organizaciones mutuales de salud, que son organizaciones autónomas basadas en una participación solidaria y democrática de sus miembros; planes de seguros, que están organizados y administrados por aquéllos que proveen cuidado en salud; planes de seguros de enfermedad organizados por otros protagonistas como ser ONGs, instituciones de micro finanzas, cooperativas o uniones de crédito.

Actualmente, a pesar de su naturaleza tan dinámica, en términos generales, los planes de micro seguros en salud son bastante frágiles. No poseen la percepción que se obtiene con la experiencia, para poder determinar adecuadamente los riesgos financieros que deben encarar. Las salvaguardas financieras de estos planes – reservas, reaseguros – y el nivel de competencia de sus promotores en el campo de seguros son todavía limitados hasta ahora.

Dado dicho contexto, las bases de estos planes – es decir, los supuestos sobre los que están basados – deben ser particularmente estables. Un plan tendrá una mayor posibilidad de sobrevivir, y posteriormente de desarrollar, si está bien diseñado desde el principio. Por lo tanto, parece ser esencial encarar un estudio de factibilidad sistemático.

Un elemento para dicho estudio sería el de recopilar datos. La recopilación de datos consiste en reunir la información necesaria para diseñar un plan de micro seguro de salud. Esta información será utilizada para seleccionar los servicios que estarán dentro de la cobertura, combinaciones de beneficio/prima, socios proveedores de cuidado en salud, etc.

Calcular las primas correspondientes. El método propuesto para hacer los cálculos (ver Fig. 1) consta de seis pasos:

- Calcular la prima pura
- Ajustar la prima pura
- Calcular el cargo por seguridad (tasa de riesgo)
- Calcular los costos operativos unitarios
- Calcular el excedente unitario
- Calcular el total de la prima
- Verificar que la combinación de beneficio/prima esté equilibrada.

Se debe llegar a un equilibrio, junto con la población meta, entre los beneficios que se van a proporcionar y las primas a pagarse. Para que se pueda lograr este equilibrio, los protagonistas asociados al plan deben asegurarse que cada uno de los escenarios potenciales llenen cuatro criterios o requerimientos (ver Fig. 2).

Seleccionar a los socios proveedores de atención en salud y definir los acuerdos del esquema que se desea establecer con ellos, los cuales pueden incluir:

- acuerdo en las cuotas
- acuerdo respecto a los procedimientos de recepción de las personas aseguradas o lo que concierne al protocolo de tratamiento.
- acuerdo concerniente al método de pago: pago por servicio o pago global
- y/o acuerdo de pago a terceras personas.

Definir la organización del esquema y sus principales métodos de operación.

Para cada regla operativa existen, por ejemplo, opciones diferentes, con las ventajas o desventajas y las medidas correspondientes que las acompañan.

La información que se recopile puede ser también utilizada para describir la situación inicial, que servirá como referencia para una evaluación posterior del impacto producido por el plan, a partir de la frecuencia con la que se utilizan las prestaciones de salud, los modos de tratamiento que se buscan como respuesta a enfermedades, etc.

La información también deberá utilizarse para diseñar el plan de microseguros de salud que posteriormente será implementado.

Esto supone seguir pasos como:

Definir los beneficios del plan, es decir, los servicios en salud que estarán dentro de la cobertura y los niveles de cobertura.

Los servicios en salud que serán cubiertos por el esquema pueden ser preseleccionados en base a un criterio de prioridades. Este criterio puede variar de un tipo de organización a otro, pero en general deberá incluir:

- Las “verdaderas” necesidades de la población en temas de salud. Se da prioridad a aquellos servicios que contribuyan a reducir en forma significativa el índice de mortalidad y morbilidad de ciertas enfermedades.
- La población “sintió” y “expresó” sus necesidades en salud. Estos son los servicios en salud que a la gente le gustaría que el esquema dé prioridad dentro de la cobertura.
- Las dificultades financieras asociadas con el uso de estos servicios. Se debería dar prioridad a aquellos servicios que plantean serios problemas, en términos de ser económicamente accesibles.

Problemas de recuperación de costos y financiamiento (desde el n la administración de riesgos que los sectores pobres pueden utilizar para compensar la falta de provisión por parte del Estado de programas de protección social adecuados. Alternativamente, otros lo perciben como una oportunidad para brindar

servicios financieros para el mercado de bajos ingresos, logrando así utilidades. Independientemente de dónde se ponga el énfasis, todo programa de micro seguros debe apuntar a ser viable debido a que el donante o los subsidios oficiales son sólo provisorios o no se encuentran disponibles. Sin subsidios, todo programa queda sujeto a las mismas fuerzas económicas y de mercado por igual, como ocurre con emprendimientos comerciales normales, y ello torna necesario que deban ser administrados de una manera profesional. Los objetivos de administración, sin embargo, no pueden lograrse sin un monitoreo permanente, y la realización de mediciones de desempeño transparentes.

En un taller realizado en Luxemburgo con la participación de expertos se definieron diez indicadores de desempeño clave, que fueron descriptos y brevemente ,las veinte organizaciones participantes (practicantes de Asia, África y Latinoamérica) también brindaron datos de sus operaciones que fueron utilizados para discutir estos indicadores. En julio de 2007, se realizó un segundo taller con el objetivo de confirmar los principios e indicadores elegidos, y ponerlos a mayor prueba con una segunda ronda de datos provistos por los practicantes participantes.

Los principios e indicadores clave que fueron establecidos durante estos talleres son aplicables a todos los proveedores de Micro seguros, independientemente de la estructura legal, medioambiental, conformación organizacional y tipo de producto de Micro seguros ofrecido, aunque puedan existir diferencias en el desempeño e interpretación. Con la participación hasta el momento de un grupo diverso de más de treinta micro aseguradores, así como también el Grupo de trabajo sobre Micro seguros del CGAP, tenemos garantizado que un nuevo estándar quedará definido para todo el sector de los micro seguros.

#### 4.1.10 MEDICIÓN DEL DESEMPEÑO EN MICROSEGUROS

El presente numeral contiene definiciones, fórmulas, descripciones, interpretaciones de los diez indicadores clave de desempeño en micro seguros. En la medida de lo posible, se presentan algunos ejemplos preliminares y discusiones sobre el desempeño de este sector económico, en cuanto a las áreas de desempeño. Es importante mencionar que estos indicadores clave han sido concebidos para ser monitoreados por la gerencia de forma regular y que en sí mismos no nos dan una imagen completa ya que se trata de indicadores clave y no del conjunto completo de todos los indicadores posibles. Cada uno de ellos puede ampliarse en uno o más sub-indicadores que brindarán detalles adicionales. Por ejemplo, el indicador de siniestralidad incurrida puede desglosarse en varios sub-indicadores, incluyendo indicadores de “exposición a riesgo por incidente”, y de “monto promedio de siniestro”. Se podrían agregar indicadores adicionales si así se lo deseara, con el fin de medir aquellas áreas operativas que aún no han sido cubiertas. Contrariamente a lo que ocurre con las microfinanzas, a menudo existen múltiples socios en la implementación de programas de microseguros. A

su vez, la diversidad y complejidad de los productos usualmente resulta mayor que en las microfinanzas. Esto hace que las discusiones sean un poco más complejas, dado que el desempeño debe medirse a lo ancho de múltiples socios y modos de prestaciones, junto con una variedad de líneas de producto. Esta diversidad también hace más difícil abordar la problemática de los estándares de excelencia (benchmarking) y la comparación del desempeño, que lo que ocurre con las microfinanzas.

Esta visión es desde el desempeño desde el punto de vista del consumidor de productor o servicio, ya sea cliente o miembro asegurado. Según se describe en el Principio 9, el programa de microseguros debería estar al servicio del miembro o cliente asegurado y, desde dicha perspectiva, tiene sentido comparar el desempeño al de otros programas, con el fin de ser más eficiente. Para programas que involucran a múltiples socios, se medirá el desempeño de acuerdo a la totalidad del programa sin concentrarse en ningún socio específico.

Ciertos programas de micro seguros conforman esquemas mutualistas, mientras que otros no lo son. En el primer caso, a los asegurados se los denomina miembros, mientras que en el segundo caso se los considera como clientes. El término “asegurado” a menudo se utiliza para definir tanto a un miembro como un cliente.

Evaluando el desempeño desde esta perspectiva también tiene sentido para las operaciones comerciales que operan en economías de libre Mercado dado que en última instancia, el buen desempeño y la mayor eficiencia se reducen a brindar los mejores bienes y servicios de la manera más económica para el consumidor.

#### 4.1.10.1 LOS PRINCIPIOS CLAVE

Se describe aquí los nueve principios clave que son considerados integrales al gerenciamiento de un programa de micro seguro. En cierto sentido, estos pueden ser mejor comprendidos como “condiciones a priori”, o requerimientos asumidos sin los cuales una medición de desempeño transparente y precisa resultaría imposible de lograr.

- Separación de los datos
- Reunión de datos relevantes y precisos
- Generación de estados financieros
- Cálculo y establecimiento de reservas
- Monitoreo eficiente y continuo de siniestros
- Políticas de inversión claras
- Capacidad técnica en seguros
- Transparencia
- Dedicación al cliente

#### 4.1.10.2 INDICADORES CLAVE DE DESEMPEÑO

Dado que al desempeño se lo visualiza en su totalidad para el programa, los diez indicadores propuestos son aplicables a todo tipo de organizaciones y modelos, pero no son siempre relevantes para todos los productos. Esto será evaluado en mayor detalle para cada indicador, Los indicadores clave se centran en la viabilidad financiera, aunque su dimensión de desempeño social se hace evidente cuando la viabilidad no es percibida como el fin principal, sino como uno de los requisitos para poder brindar productos micro aseguradores eficientes para los más pobres.

- Índice de ingreso neto
- Índice de gastos incurridos
- Índice de siniestralidad
- Índice de renovaciones
- Puntualidad de la liquidación de siniestros
- Índice de rechazo de reclamos
- Índice de crecimiento
- Índice de cobertura
- Índice de solvencia
- Índice de liquidez

#### 4.1.10.3 MIDIENDO EL DESEMPEÑO: SEGURO DE SALUD Y PRODUCTOS RELACIONADOS.

Aunque a veces pudiera resultar más fácil comercializar micro seguros de Salud que los de seguros de Vida, estos resultan los más difíciles de administrar. La mayor parte de los aseguradores comerciales no ofrecen productos de Salud, salvo que se encuentren relacionados con algún factor de seguro de accidentes. A la fecha, existe una enorme diversidad de programas de micro seguros en Salud en todo el mundo. La mayor parte de los esquemas son bastante jóvenes y se hallan aún en su etapa experimental. En la actualidad, sólo un par de programas son sustentables pero muchos muestran gran potencial e innovación.

Una de las principales dificultades con el seguro de salud es que los servicios son usualmente provistos por un tercero, y esto hace que sea un gran desafío poder asegurar la buena calidad, controlar los costos de servicios, evitar fraudes o sobrepagos, evitar una utilización excesiva, y así sucesivamente. Para poder superar estos factores, resulta importante acumular de manera continua datos sobre reclamos y exposiciones que sean limpios y precisos, y monitorearlos en forma permanente con el fin de poder detectar rápidamente toda anomalía emergente y tendencias desfavorables. Para poder lograr una imagen real, las

tendencias tanto en frecuencia (incidencia) como en el monto de los reclamos, deben monitorearse de forma individual para cada categoría de beneficios. Para poder detectar abusos y tratamientos inapropiados, se torna necesario realizar un análisis de reclamos a nivel de cada proveedor de servicios. Todo esto sugiere que los principios relacionados con la reunión de datos y el monitoreo permanente de los reclamos junto con el indicador del índice de reclamos incurridos, resultan particularmente importantes para los micro seguros en Salud.

Los principios e indicadores clave también son aplicables a productos en salud. Para lograr viabilidad y una participación amplia, se necesita alcanzar altos niveles de satisfacción que únicamente se logran brindando un servicio de calidad a un costo razonable, y un proceso pedagógico y de concientización persistente entre los consumidores. Los resultados serán evidentes sobre los indicadores relacionados con el índice de cobertura, la tasa de renovaciones y el índice de crecimiento.

#### 4.1.10.4 OTROS PRODUCTOS DE SEGUROS

En términos generales, productos tales como protección de activos son denominados productos de No-Vida (aunque en ciertos mercados el riesgo de salud también se trata como un producto de no-Vida).

La mayoría de los productos en Vida, Salud y Pensiones pueden auto-asegurarse sin ningún riesgo con los conocimientos técnicos y profesionales requeridos, tamaño suficiente del conjunto de riesgos, y una economía de escala. Ciertos riesgos tales como los de cosechas y protección de activos deben referentemente administrarse por un asegurador o reasegurador dado que los resultados financieros son más variables.

Productos tales como seguros sobre cosechas, seguros climatológicos y protección de activos, requieren de grupos de asegurados mucho mayores que cuenten con un reaseguro adecuado para su viabilidad a largo plazo. Estos productos normalmente amparan eventos que podrían afectar áreas muy amplias, lo que podría dar como resultado una racha de reclamos dentro de un plazo breve. Tales eventos a menudo llevan a que la liquidación de los reclamos demore más tiempo, dado que a un liquidador se le podría requerir que visite el lugar de cada reclamo, sin embargo, con un plan de liquidación de reclamos por desastres se tornan factibles las liquidaciones rápidas. Una organización no preparada será evaluada de forma pobre respecto de su indicador de rapidez en la liquidación de siniestros.

Para los seguros de protección de activos, los problemas que surgen de una falta de comprensión sobre lo que se está cubriendo, cuáles eventos califican para reclamar los beneficios, y documentación inadecuada de los activos cubiertos

antes de un reclamo. En caso de producirse algún evento catástrofe que afecte una amplia zona, tales como algún terremoto o inundación, estos problemas de concientización aumentarán el índice de rechazo de reclamos, y la resultante insatisfacción tendrá su consecuente impacto sobre los indicadores de mercadeo en el siguiente periodo de renovación tornan factibles las liquidaciones rápidas. Una organización no preparada será evaluada de forma pobre respecto de su indicador de rapidez en la liquidación de siniestros.

Para los seguros de protección de activos, los problemas que surgen de una falta de comprensión sobre lo que se está cubriendo, cuáles eventos califican para reclamar los beneficios, y documentación inadecuada de los activos cubiertos antes de un reclamo. En caso de producirse algún evento catastrófico que afecte una amplia zona, tales como algún terremoto o inundación, estos problemas de concientización aumentarán el índice de rechazo de reclamos, y la resultante insatisfacción tendrá su consecuente impacto sobre los indicadores de mercadeo en el siguiente periodo de renovación.

#### 4.1.11 CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO LEGISLATIVO Oficina de Asistencia Técnica Legislativa. Acceso a Medicamentos Esenciales y de Alto

Los mercados de productos farmacéuticos son imperfectos y por consiguiente se requiere de una intervención permanente del Estado para garantizar su funcionamiento; dicha intervención deberá aprovechar las fuerzas positivas del mercado y la capacidad coercitiva del Estado para permitir un acceso eficiente, equitativo y justo de los ciudadanos a los medicamentos que requieren para el restablecimiento de su salud.

A pesar de que los Estados se ven obligados a proporcionar estas garantías para que los productores oferten sus productos, es decir que estén disponibles para su uso por los ciudadanos a través de sus correspondientes sistemas de salud, se ven en el predicamento de hasta dónde y cuánto debe proteger estos derechos, pues el uso de estas garantías a la plenitud deseada o conveniente para los productores podría elevar tanto los precios de los medicamentos que los haría inviables para su compra, al menos en países con un nivel de desarrollo como el nuestro, volviendo el acceso a los medicamentos un problema de salud pública de grandes proporciones.

Lo anterior es solo uno de los aspectos que ha de tenerse en cuenta a la hora de hablar de acceso a medicamentos. El otro aspecto hace referencia a la eficiencia y equidad con la cual el respectivo sistema de salud entrega esos medicamentos a los usuarios del mismo. En nuestro caso, sería evaluar como se cumple el derecho a la salud consagrado en los artículos 48 y 49 de la Constitución, y la

correspondiente Ley 100 de 1993; la sumatoria de ambos aspectos hace que el acceso a los medicamentos, se vuelva actualmente crítico, pues a las múltiples y permanentes tutelas, quejas y reclamos acerca del suministro de medicamentos se suman los cambios en los precios y la calidad, producto de la protección de las patentes, y los efectos que pueden tener a mediano y largo plazo sobre el equilibrio financiero del Sistema de Salud; pues hoy día los medicamentos representan más del 30% del gasto en salud de los colombianos.

Particularmente, para los efectos del acceso a medicamentos como problema de salud pública, en cumplimiento del Decreto 2085 de 2002 y las negociaciones que se hagan del Tratado de Libre Comercio (TLC) con Estados Unidos sobre derechos de propiedad intelectual, uno de los puntos a negociar son los mecanismos contingentes<sup>3</sup> autorizados por la OMC y ratificados por la Conferencia Internacional de DOHA<sup>4</sup>, para salvaguardar el acceso a medicamentos en los países en vías de desarrollo. En este sentido existe la posibilidad, como ha sucedido ya con otros países, que en el TLC se le solicite a Colombia a renunciar a este tipo de mecanismos contingentes a favor de los titulares internacionales de las patentes.

De esta forma se ve como el tema de acceso a medicamentos en nuestro SGSSS enfrenta dos situaciones importantes: la primera los problemas propios del sistema de salud en el derecho y suministro de medicamentos por las entidades responsables y, segundo, los posibles cambios de precios y de calidad por la protección de las patentes.

Para el presente estudio se solicitó información relevante sobre el acceso a medicamentos esenciales y relacionados con enfermedades de alto costo a diferentes entidades públicas y privadas; en el primer caso fue inexistente la proporción de información y en el segundo insuficiente para cualificar y cuantificar todos los alcances del problema; sin embargo, debe aceptarse que la cooperación de los agentes privados fue dedicada y oportuna a diferencia de las entidades gubernamentales del Estado.

Para fines prácticos, es necesario definir los medicamentos genéricos que serán de gran importancia para entender el análisis de este estudio. Estos medicamentos son todos aquellos producidos y comercializados por quien no fue su inventor o propietario de su patente. Los genéricos no son otra cosa que un mecanismo de promover la competencia, y en un mercado tan intensamente dirigido, evitar la falsa diferenciación. Esto se expresa en la exigencia de prescribir, de adquirir y de identificar todos los medicamentos con el nombre científico de su principio activo, denominación común internacional o nombre genérico.

4.1.11.1 Impacto de las patentes. Existen dos posibles efectos de las patentes en las ventas de medicamentos, por un lado las patentes provocan el aumento de los

precios y la disminución de sus ventas por la carencia de competidores en el mercado, y por otro lado, las patentes pueden ampliar (reducir) las ventas de medicamentos porque las patentes dan a sus dueños la libertad suficiente para decidir sobre una distribución rápida (lenta) del producto.

Se ha demostrado el poco acceso en los países pobres de las nuevas drogas para el VIH- SIDA. Solamente 1.21% de los pacientes graves que necesitaban estos medicamentos fueron capaces de afrontar el alto precio de cada terapia en 1999. Así, la mayor parte de los pacientes sufrieron por no poder acceder a estos medicamentos, y los pocos que lo hicieron fueron quienes tuvieron que ir a adquirirlos a Estados Unidos.

4.1.11.2 Política de precios. Los controles de precios han mostrado eficacia en los objetivos propuestos, pero pueden terminar en la retirada de los productos del mercado y en reducciones del acceso a medicamentos esenciales. Tales efectos pueden reducirse, si se decide adoptar una política de precios, donde el gobierno tiene relativamente más apalancamiento debido al tamaño de las negociaciones. Sin embargo, este mecanismo puede requerir del uso de patentes obligatorias, restringidas por el TLC, como respaldo.

De otra parte se puede decir con relación a los incentivos de la industria nacional de países en desarrollo que aunque estos mecanismos pueden desincentivar la investigación y desarrollo de tecnología, el impacto no es comparable al sufrido por países desarrollados con gran industria farmacéutica.

El tema de acceso a medicamentos es discutido actualmente en todo el mundo a raíz de los tratados y acuerdos que firman los países alrededor de la protección de derechos de propiedad intelectual. Específicamente, y de manera importante para países como el nuestro, en vías de desarrollo, el tema se convierte en algo crítico en especial lo tocante a la industria farmacéutica y de agroquímicos.

Ello es así, porque para que nuestros ciudadanos, con o sin quejas, puedan acceder a los medicamentos que necesitan y tienen derecho dentro del Sistema General Social en Salud (SGSSS), requieren que estos no solo estén disponibles en el mercado, sino, también, que tengan los precios y calidad que el mismo Sistema pueda pagar.

De esta forma, ante las negociaciones actuales del Tratado de Libre Comercio (TLC), los cambios que proponen distintos proyectos de ley sobre nuestro SGSSS y finalmente, ante los problemas de acceso crónicos que padecemos tanto sobre los medicamentos esenciales como relacionados con enfermedades de alto costo, el tema de estudio es de total vigencia e importancia para el Legislador.

Como resultado de lo anterior, se esperaría que el país deba enfrentar de manera equilibrada al menos tres frentes de política y normatización: los compromisos internacionales, las propuestas de cambio del SGSSS y como mínimo la solución a los problemas actuales de eficiencia, equidad y finalmente de justicia que se

presentan tanto en el derecho a la salud como en el suministro de medicamentos dentro del Sistema.

En cuanto a los factores internos al SGSSS, se presentan importantes pérdidas de equidad en la cuantificación de pago de bolsillo de los afiliados al régimen subsidiado para acceder a medicamentos esenciales; adicionalmente, la política pública no ha tomado todas las medidas recomendadas para implementar programas integrales, desde la promoción y prevención hasta el suministro oportuno y continuo a enfermedades de alto costo.

En cuanto a la industria nacional, apenas se van a comenzar los controles de bioequivalencia y biodisponibilidad, sin embargo no existen suficientes controles a la importación de materias primas; como tampoco del lado de la distribución, incluyendo una mayor penalización a la falsificación de medicamentos.

Frente a estas mismas prerrogativas, considerando la industria genérica, primero, como un argumento de negociación, segundo, como un mecanismo que mejora el acceso a medicamentos y, además, de protección financiera de al SGSSS, específicamente ante la UPC, se hace necesaria una política más decidida tanto de apoyo a la industria genérica como a una verdadera exigencia de parámetros de calidad de importación y producción, de mayor participación sobre los segmentos menos rentables de mercado, como el alto costo y, finalmente, de incentivos a la incorporación de tecnología y a la innovación por parte de esta industria.

Para lo anterior, la legislación debe reconsiderar nuevamente propuestas ya hechas sobre los siguientes temas en anteriores proyectos de ley y en opinión de expertos:

- Cobertura universal para el alto costo en los tres regímenes, sin barreras de acceso como cuotas moderadoras y copagos

- Se requiere revisar el listado de medicamentos así como las unidades de asignación sobre las cuales se encuentra diseñado con redefinición y recategorización del alto costo.

- Políticas y programas de gran alcance sobre acceso a diagnóstico y tratamiento en enfermedades de alto costo y sobre las cuales se puedan de manera más ágil declarar las contingencias de salud pública del Sistema.

- Aplicar eficazmente las normas penales y así evitar las prácticas fraudulentas en la producción y distribución de medicamentos en Colombia.

Finalmente, se pueden considerar tres observaciones finales:

- Establecer una posición del Congreso sobre la aceptación de restricciones comerciales más allá de las aceptadas por la Organización Mundial del Comercio, ratificadas por DOHA, que se negociarían en el Tratado de Libre Comercio.

- Sugerir al Ministerio de la Protección Social, al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, al Ministerio de Comercio Exterior y al INVIMA a presentar y analizar en foro o mesa de trabajo en el Congreso los resultados de los estudios que se adelantan sobre acceso a medicamentos, incluyendo aquellos que adelanta el sector privado, para identificar la pertinencia de una Legislación que le de integralidad e instrumentos al Gobierno para regular el acceso a medicamentos a través del Sistema de Seguridad Social en Salud y del gobierno en cabeza de otros Ministerios al sector de la industria farmacéutica.

#### 4.1.12 EL SECTOR DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS PARA USO HUMANO EN COLOMBIA.

En este artículo se mencionan varios aspectos claves relacionados con el estudio de las oportunidades comerciales que ofrece el sector de productos farmacéuticos para uso humano en Colombia, para España

4.12.1 El TLC y el Sector Farmacéutico. “La discusión actual del Sector Farmacéutico son los derechos de propiedad intelectual de los laboratorios multinacionales y nacionales y la severidad de las leyes nacionales y mundiales que los protegen. Hay un claro conflicto entre el interés por brindar medicamentos de bajo costo, contra los derechos de los científicos que hicieron los desarrollos iniciales, a grandes costos y luego de largos años de investigación. El principal problema de los países andinos es el acceso a medicamentos de bajos precios que permitan un mejor tratamiento de la población afectada por enfermedades graves”<sup>(2)</sup>.

El Decreto 2085 del 10 de septiembre de 2002, firmado por el entonces ministro de Protección Social, Juan Luis Londoño, ha generado malestar y alarma debido a sus consecuencias negativas para con los laboratorios nacionales ya que desde entonces tienen vedada la información de los ensayos clínicos que ha servido a las multinacionales para obtener su registro sanitario en Colombia . Esta información –que no forma parte de la patente– se obtiene gracias a la observación de miles de pacientes a los que se les ha suministrado un medicamento en etapas de prueba, e incluye datos como dosificación adecuada y efectos adversos”<sup>(3)</sup>. Su obtención cuesta alrededor de unos 300 millones de dólares cifra impagable para los laboratorios nacionales.

---

<sup>2</sup> Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Bogotá

<sup>3</sup> Ibip.,p.7

Colombia defiende el paquete de negociaciones de propiedad intelectual, tratando de mantener flexibilidad en algunos temas a fin de evitar que se no haya impacto sobre los precios estos básicamente cuando existen demoras injustificadas las patentes de medicamentos y tratando de ser transparente con las solicitudes de registro sanitarios de particulares que llegan al INVIMA .

Se ha logrado que con la aplicación de la salvaguardia general un mecanismo de protección para evitar las distorsiones que se generan en los productos industriales. Esta se aplica cuando se prueba que un bien importado, ya sea por el excesivo volumen o por su precio, está generando daño al productor nacional.

4.1.12.1 Situación y estructura de la economía. “El crecimiento real de la economía colombiana ha mantenido una senda de estabilidad a lo largo de la última década, sólo interrumpida por la crisis de 1999, año en que se registró una caída del 4,3% en el PIB. La recuperación de 2000 (2,7%) dio paso a una etapa de crecimientos moderados en 2001 y 2002. En 2003 se registró un crecimiento real del PIB del 3,6%, muy superior a las previsiones iniciales de Gobierno y analistas, y se espera alcanzar el 3,8% en el presente año.”<sup>(4)</sup>

La fuente principal de crecimiento ha sido de origen interno, principalmente por la recuperación de la inversión privada. De igual forma, destaca el mayor dinamismo en el consumo de los hogares. La mayoría de los sectores presentaron crecimientos por encima de lo previsto el pasado año, destacando la minería, construcción, sector financiero, transportes, industria manufacturera y comercio minorista.

El sector Farmacéutico forma parte del conglomerado empresarial con un aporte del 3% al sector de Manufactura Industrial, que participa con el 16% del Producto Interno Bruto. En el año 2003 los 138 laboratorios Farmacéuticos (multinacionales y nacionales) presentes en Colombia, registraron ventas por US\$ 1.754 millones mostrando un aumento del 0.098% respecto al año 2002 con ventas por US\$ 1.597 millones. (Ver cuadro 1)

Cuadro 1: Ventas Sector Farmacéutico - Años 2002 - 2003

Sector	Ventas USD 2002	Ventas USD 2003
Laboratorios Farmacéuticos	1.597.369.413	1.754.440.245

Fuente: El sector de productos Farmacéuticos para uso humano en Colombia

<sup>4</sup> Ibip. P.8

“La industria farmacéutica tiene como característica el uso intensivo de materias primas de origen extranjero y a la vez es proveedora de un segmento importante de medicamentos para el mercado externo, especialmente americano. Desde el punto de vista de las importaciones, además de la compra externa de materias primas e insumos, también existe un porcentaje importante de productos terminado”.<sup>(5)</sup>.

Las zonas del país donde se importa mayor cantidad de producto farmacéutico, son las mismas donde se concentra la producción nacional., es decir Bogotá (58%) , Valle del Cauca (33.5%), Atlántico (3.8%) y Antioquia (2.5%). La industria farmacéutica se ubica en diferentes regiones del país, pero en Bogotá están ubicados más del 50% de los establecimientos productores de medicamentos que ocupan el 57% de empleados del sector, producen el 59% de medicamentos y generan el 55% de valor agregado. Le sigue el departamento del Valle (33.5%), que también es importante dentro de la industria farmacéutica. Otros departamentos donde también hay producción de farmacéuticos son Atlántico (3.8%) y Antioquia (2.5%) y en menor proporción Bolívar, Cundinamarca y Santander.

4.1.12.2 Principales países proveedores de productos farmacéuticos. Son en primer lugar Estados Unidos, seguido de México y Alemania, Francia Suiza , Brasil y España.

4,1,12,3 Normas Técnicas. Las personas naturales o jurídicas que importen o fabriquen productos farmacéuticos estarán reguladas y controladas por el INVIMA (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos), creado mediante la Ley 100 de 1993 artículo 245, que inicio actividades el 2 de febrero de 1995, cuyos objetivos son ejecutar las políticas formuladas por el Ministerio de Salud en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de los productos y actuar como institución de referencia nacional y promover el desarrollo científico y tecnológico del sector.

De acuerdo a la información contenida en el estudio de Coinvertir de 2003, Colombia es el único país de América Latina que cuenta con las exigencias de calidad de la Organización Mundial de la Salud OMS. Igualmente, con la creación del Centro de la Ciencia y la Investigación Farmacéutica, los laboratorios están invirtiendo en investigación y desarrollo y mejorando las perspectivas de nuevos productos hacia el mediano plazo.

---

<sup>5</sup> Ibip. P.21

#### 4.1.13 MERCADO POTENCIAL

Según analistas internacionales, nuestro País es considerado actualmente a nivel comercial y desarrollo, como un gran mercado potencial, descubierto solo por algunas multinacionales si observamos su ubicación geográfica es privilegiada ya que se encuentra equidistante de la mayoría de países del mundo, otros aspectos claves son:

##### 4.1.13.1 Tamaño del Mercado

- Colombia tiene la población más grande de la Comunidad Andina y la tercera población en América Latina después de Brasil y México.
- Su población actual de 44 millones de habitantes está compuesta principalmente por gente joven, con un porcentaje de 64% de la población entre las edades de 15 y 65 años.
- Colombia es una de las economías más grandes de Latinoamérica y tiene un PIB de US\$ 172.000 Millones.

##### 4.1.13.2 Múltiples Polos de Desarrollo Regional

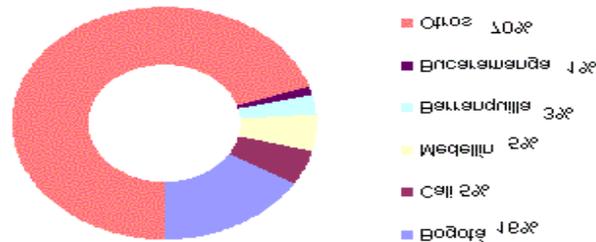
- Colombia está altamente urbanizada (77% Urbana, 23% rural), con pueblos y ciudades a través de todo su territorio.
- Está dividida en cinco zonas geográficas que contienen 32 departamentos.
- Colombia cuenta con una ciudad con más de siete millones de habitantes, Bogotá; y tres ciudades con más de dos millones de habitantes, Medellín, Cali y Barranquilla. Existen también cuatro ciudades con poblaciones que superan los 500,000 habitantes y 23 ciudades con más de 100,000 habitantes”(6).

Ver figura

---

<sup>6</sup> Mercado Potencial Pro-expo Colombia. P.1

**Figura 1. Colombia: Ciudades y Poblaciones**



Fuente. Mercado Potencial Pro-expo Colombia.

#### 4.1.14 GASTO PRIVADO EN SALUD DE LOS HOGARES DE CARTAGENA DE INDIAS, 2004

De acuerdo a este estudio los estratos más bajos (1 y 2) incurren en un gasto de bolsillo mayor con relación a su ingreso, que los estratos más altos. Los factores que inciden en estos resultados son : Un bajo nivel de escolaridad de los jefes de hogar, la condición de desempleado o trabajador independiente, y el hecho de no tener afiliación al SGSSS llevando un mayor porcentaje de gasto de bolsillo en salud en proporción a su ingreso.

La principal conclusión es que el gasto privado (de bolsillo) es la forma más inequitativa de financiar servicios de salud, porque la atención médica está en función de la capacidad de pago y no de las necesidades de la salud de las familias, ya que al momento de enfermar una persona, no podrá negociar efectivamente el precio del servicio que recibirá, ni elegir el de mejor calidad .

De esta manera esta modalidad de financiamiento se ha constituido en una en una barrera para el acceso a los servicios de salud.

“El modelo de Grossman, es considerado por muchos, como la innovación teórica más importante en economía de la salud de los últimos años. En éste, la salud se considera un stock de capital duradero cuyo producto es tiempo sano, el cual puede ser utilizado para la obtención de rentas salariales o monetarias en el mercado y para la producción de "mercancías" en el hogar o sector de no-mercado. Por tanto, el individuo lo que demanda es tiempo sano -por ejemplo, tantos días sanos al año- por su utilidad directa para la producción de mercancías

y por su utilidad como inversión para conseguir mayores rentas monetarias porque no pierde días de trabajo como consecuencia de la enfermedad.”<sup>(7)</sup>

El gasto en salud se reconoce como una inversión en capital humano que permite que las personas alcancen una calidad de vida optima. Sin embargo un gasto de bolsillo superior al 30% del gasto total menos alimentos se considera catastrófico para las familias. Se encontró que el acceso a la seguridad social es un determinante significativo que se relaciona de forma negativa con el hecho de que las familias financien sus necesidades de salud de su propio bolsillo.

“En Colombia, el Grupo Cendex, analizó el uso y gasto en salud encontrando una asociación entre el gasto de bolsillo y variables como: el ingreso familiar, el tipo de afiliación al sistema de seguridad social y tipo de servicios utilizados y el nivel de escolaridad. El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no solo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr.”<sup>(8)</sup>

4.1.14.1 Condición laboral y afiliación al SGSSS. Respecto la afiliación de los 384 jefes de hogar encuestados al SGSSS, discriminado según condición laboral, en los desempleados cerca del 45 % se encuentran afiliados al régimen subsidiado y casi un tercio (30 %) no posee ningún tipo de afiliación lo que los coloca en una situación de vulnerabilidad e incapacidad a la hora de demandar servicios médicos. Hay que aclarar que solo cuentan con el carné de SISBEN que les rebaja los gastos de los servicios médicos demandados. Un 25 % de los desempleados aparecen en el régimen contributivo en calidad de beneficiarios. En cuanto a los jubilados casi el total (99 %) se encuentran afiliados al régimen contributivo, como lo establece la norma. El 1 % restante se debe a un caso de doble afiliación, una persona que estando afiliada a un régimen exceptuado (fuerzas militares), se encontró afiliada al Régimen Subsidiado. En el grupo de los trabajadores asalariados cerca del 90 % aparecen en el régimen contributivo, lo que muestra una evasión cercana al 10 %. Hay un 4 % de los asalariados que se encuentran en el régimen subsidiado. De los trabajadores independientes el 42 % no tienen ninguna afiliación, eso implica que corren con todos los gastos en salud. Un tercio de los trabajadores independientes cotizan a la seguridad social, mientras que un cuarto de ellos se encuentran en el régimen subsidiado.

El nivel de afiliación del jefe de hogar afecta el conjunto de posibilidades de elección y por lo tanto el gasto privado en salud como proporción del ingreso. Hemos visto como la afiliación está asociada con el nivel de escolaridad y la condición laboral. Los resultados muestran que al cambiar el nivel de afiliación, es decir, pasar de no tener afiliación a poseer un carné de ARS ó EPS, disminuye el

---

<sup>7</sup> ALVIS, Estrada Luis. ALVISG, guzmán Nelson, De la HOZ Fernando

<sup>8</sup> ALVIS, Estrada Luis. ALVISG, guzmán Nelson, De la HOZ Fernando.

gasto privado (de bolsillo) en salud como proporción del ingreso. Además se hallaron diferencias significativas en cuanto a la participación del gasto. Además, a medida que aumenta la escala de la condición laboral, disminuye la participación del gasto privado en salud en el ingreso de los hogares.

4.1.14.2 Estrato socioeconómico y gasto de bolsillo. Los estratos socioeconómicos más bajos destinan una mayor proporción de sus ingresos a gastos de bolsillo para atender demandas en salud. Sin embargo, dicho gasto varía muy poco entre los distintos servicios de salud, (Tabla 4). El gasto en medicamentos, es en promedio 52,4 %, del gasto privado total de cada hogar, siendo los estratos más bajos los que poseen un porcentaje de gasto mayor en este rubro. El segundo lugar lo ocupa hospitalización y cirugía con el 11 % dentro del gasto total, encontrándose los estratos 4 y 6 (16 %) por encima de dicho promedio. El gasto privado en consulta médica solo abarca un 9 % del gasto total; Se destaca el comportamiento del estrato 6, el cual destina mayores recursos a la consulta médica que los estratos más bajos. Un aspecto a resaltar es el gasto en pago de seguros médicos privados, el que solo los estratos más altos están en capacidad de adquirir .

4.1.14.3 Escolaridad del jefe del hogar. La escolaridad del jefe del hogar estuvo asociada inversamente con el gasto privado como proporción del ingreso. Los porcentajes más altos se encuentran en niveles de escolaridad bajos (42 % y 32 % en primaria completa e incompleta. Este documento generó una controversia en cuanto a la equidad en la financiación de los sistemas de salud, según los igualitaristas, significa crear las condiciones para que cada persona, independientemente de su situación social y creencias personales, tenga acceso a los bienes y servicios que le permitan mantenerse sana, realizar sus aspiraciones y lograr un bienestar compatible con el desarrollo de la sociedad en que vive (10). Existe equidad vertical cuando se da tratamiento desigual para desiguales. En términos de financiación significa que aquellos con desigual capacidad de pago deben realizar pagos distintos al sistema. Así, aquellos que más recursos tienen contribuyen al sistema proporcionalmente a su nivel de renta. La equidad vertical de la financiación implica la redistribución final neta de la renta entre los miembros de una sociedad, de manera que los más ricos generarán recursos para los más pobres. La equidad vertical de una fuente de financiación equivale a la progresividad de la misma. Si el sistema de financiación es progresivo, los más pobres pagan relativamente menos en comparación con su renta y los más ricos relativamente más. De acuerdo a este estudio, una familia que pertenece a los estratos 1 ó 2, tiene ingresos menores y muchas veces inciertos en comparación con estratos superiores. Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud en proporción al ingreso del hogar, es mayor en dicha familia, lo cual muestra una clara situación de inequidad vertical en el financiamiento del sistema de salud. Esta situación de regresividad es acorde con la mostrada en el estudio desarrollado por Cendex, en

donde, según la clasificación por grupos de ingresos de los hogares encuestados, se observa una disminución, en términos generales, de la participación del gasto de bolsillo en salud a medida que el ingreso promedio mensual de estos aumenta. El presente estudio ratifica lo observado en otras investigaciones que afirman que el gasto privado en salud (gasto de bolsillo), en términos absolutos, se incrementa en la medida que aumenta el ingreso de los hogares; Y, en términos relativos (como proporción del ingreso) se incrementa en la medida que se desciende en el estrato socioeconómico. De igual modo, los resultados del estudio brindan evidencia empírica del comportamiento que tienen los hogares cartageneros, según el estrato socioeconómico al cual pertenecen, en cuanto a la distribución de su gasto de bolsillo en salud. así, el presente estudio refleja que en la distribución del gasto de bolsillo en salud, el primer lugar de entre los rubros a que se destina el mismo, sigue siendo el dedicado a la adquisición de medicamentos, con mayor impacto para los estratos bajos los cuales incurren en proporciones mayores que los estratos más altos. Este panorama, enmarcado en un Tratado de Libre Comercio – “TLC- deja ver claro, quiénes se verían más afectados ante posibles alzas en los medicamentos, como consecuencia de la protección a patentes en este campo.

En el estudio se concluye que aún falta equiparar las cargas para obtener mejores resultados. Esto se afirma al observar la situación que vivieron los hogares que gastaron en salud una proporción mayor a su ingreso disponible, al verse obligados a incurrir en una descapitalización que redujo o agotó sus ahorros, conduciéndolos a la venta de bienes o el endeudamiento lo que sustenta por qué la OMS considera que cuando los hogares incurren en un gasto en salud mayor del 30 % de su ingreso, se está frente a una situación de catástrofe económica para el hogar. La percepción acerca de que factores como la cobertura del seguro y la distribución desigual de la educación (sobre todo en la mujer que muchas veces suele ser la jefa del hogar) determinan la utilización de servicios de salud al tiempo que pueden llegar a convertirse en generadores de pobreza ha sido validada años atrás. Al observar la relación entre gasto promedio de bolsillo en salud y afiliación a la seguridad social, los no afiliados gastan en promedio casi el doble de los afiliados al régimen contributivo, lo cual implica pérdida de eficiencia en la financiación de la salud de los no afiliados, comparados con los que tienen alguna clase de afiliación, que otros autores han comentado

Aunque la Secretaría de Planeación Distrital de Cartagena afirma que la cobertura del SISBEN es del 100 % (18), el estudio identificó que un 30 % de los encuestados en los estratos 1 y 2 no se les había aplicado la encuesta SISBEN. Esto es relevante dado que en esta población se observa un comportamiento diferente al momento de buscar satisfacer sus necesidades de salud. Ellos, tienden a reemplazar la medicina tradicional por la automedicación y remedios caseros; y en casos de urgencia, incurren en un mayor gasto privado.

Por último, en Cartagena, los hogares están reflejando un mayor empobrecimiento por ingresos y entre las razones que explican este comportamiento se encuentran: alta tasa de natalidad en los sectores populares, surgimiento de nuevos barrios de invasión caracterizados por una extrema pobreza y un mercado laboral estrecho e inestable, entre otras. Para el año 2004 la ciudad contaba con el 67 % de la población por debajo de la línea de pobreza. Esta situación hace de Cartagena una ciudad con un grueso número de habitantes en condiciones de vulnerabilidad para la cual son consistentes los datos anteriormente mostrados. El gasto de bolsillo, así medido, se constituye en una aproximación para evaluar la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud dado que Cartagena de Indias se ha caracterizado por ser una de las ciudades con mayor desigualdad social en América Latina, se puede afirmar que la situación reflejada en el estudio, plantea una sinergia que potencia la exclusión (marginalidad social e inequidad en el acceso al financiamiento de los servicios de salud)

#### 4.1.15 LA DISTRIBUCION Y DISPENSACION DE MEDICAMENTOS

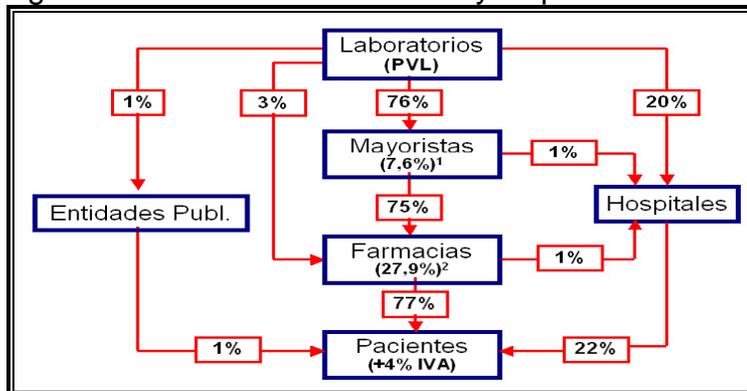
Para que los productos de la industria farmacéutica y, más importante, sus beneficios para la salud, lleguen a los pacientes es preciso que existan canales de distribución adecuados. La distribución de medicamentos, o más precisamente la distribución y dispensación de medicamentos, participa en la “cadena del valor” de éstos mediante dos tipos de actuaciones. Por una parte las propias de cualquier sistema de distribución - compra y venta, financiación, logística del transporte, almacenamiento, servicio, etc. – , muy similares a las que se llevan a cabo en la comercialización de otras líneas de productos, como alimentos cárnicos, congelados, etc.

La distribución y dispensación del medicamento está configurada por tres grandes actores: las empresas de distribución mayorista, la extensa red de oficinas de farmacia y los servicios farmacéuticos hospitalarios). En muchos países la distribución y dispensación está sometida a una importante regulación pública.

La regulación de la distribución y dispensación farmacéutica se ha convertido en un ámbito en el que los diferentes actores pugnan por atraer la atención del regulador hacia sus particulares intereses, buscando incrementar su proporción en el reparto, desatendiéndose progresivamente la aportación de valor de cada uno de ellos a la mejora de la salud de la población.

La situación descrita aconseja contemplar más las necesidades de la demanda que de la oferta por tanto requiere un cambio de enfoque, que considere de modo integral el aporte de los medicamentos a la mejora de la salud de la población. A través de relaciones estado, proveedor distribuidor flexibles y transparentes.

Figura 2: Canales de distribución y dispensación. sobre



Fuente, Distribución y dispensación de medicamentos. Valencia.

#### 4.1.16 HABITABILIDAD EN BOGOTA

“La salud pública ha sido definida como la actividad del Estado dirigida no solo a garantizar la ausencia de enfermedad, sino también a garantizar mejores condiciones de salud física y química, a generar y fortalecer el autocuidado; todo en dirección a mejorar la calidad de vida de la población”<sup>(9)</sup>.

El Sistema General de Seguridad Social de la Salud enmarcado dentro de la Ley 100 de 1993 promueve servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia independientemente de su capacidad de pago evitando la discriminación por capacidad de pago o riesgo por tanto el sistema trata de ofrecer financiamiento especial para la población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa. Adicionalmente busca ampliación de acuerdo a la demanda, separando las funciones de administración de las de prestación de servicios mediante EPS e IPS.

“La Secretaría de Salud señala que las principales causas de morbilidad y mortalidad en el Distrito Capital están constituidas por morbilidad evitable y muerte prematura, pues están relacionadas con factores de riesgo originados en el medio ambiente y el comportamiento, de los riesgos ocupacionales y el acceso a los servicios públicos y de salud; enfermedades infecciosas, desnutrición, desordenes asociados al embarazo, parto y puerperio; señala además el

<sup>9</sup> Departamento de Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia

aumento en las enfermedades crónicas y degenerativas, cáncer y defectos congénitos; la persistencia de las enfermedades transmisibles como la lepra, el cólera, la tuberculosis y el VIH-SIDA

El Balance Social de la vigencia 1999, realizado por la Contraloría de Bogotá, indica que la ciudad requiere de una oferta de servicios de salud capaz de satisfacer la demanda de más de 6.5 millones de personas con condiciones epidemiológicas, culturales, sociales y económicas específicas. La capital concentra el más alto número de personas con necesidades básicas insatisfechas el cual estaba estimado para esa vigencia en 1.084.157 personas y en miseria 199.439 personas; donde la migración juega un papel importante en el crecimiento de la población con un 41% de participación, desbordando las proyecciones de crecimiento de los recursos que se destinan para la inversión social, situación esta que en el sector es mas crítica por cuanto gran cantidad de la oferta de alta tecnología se convierte en centro obligado de referencia para todo el país; condición que no se ve correspondida por la forma como se distribuyen los recursos de salud en Colombia<sup>(10)</sup>.

---

<sup>10</sup> Ibip.P.1

## 4.2 MARCO JURIDICO

### 4.2.1 LEGISLACION EN MICROSEGUROS

Uno de los grandes dilemas del sector de seguros alrededor del mundo es la creación o no de leyes especiales para impulsar los microseguros. Países en desarrollo como Nepal acaban de lanzar una nueva normativa para que estas pólizas estén bajo la óptica regulatoria, mientras que naciones como Colombia no han necesitado leyes especiales para su desarrollo. FASECOLDA, en cabeza de su Presidente Ejecutivo, Roberto Junguito; argumentó que "los microseguros en el país se han desarrollado como una iniciativa de mercado. Por lo que Colombia no tiene una regulación especial

FASECOLDA viene coordinando diversas iniciativas que estimulen el desarrollo del mercado de microseguros. Para ello FASECOLDA creó el Comité de Microseguros al cual pertenecen 26 compañías de seguros. En consonancia con las directrices de dicho comité y como resultados de las iniciativas de FASECOLDA la estrategia de promoción de los microseguros se desarrolla en tres grandes ejes temáticos, a saber cooperación, investigación y penetración.

4.2.1.1 Ley 590 de 2000. Por la cual se dictan disposiciones para promover el desarrollo de las micro, pequeñas y medianas empresa. Estimular la promoción y formación de mercados altamente competitivos, mediante el fomento a la permanente creación y funcionamiento de la mayor cantidad de micro, pequeñas y medianas empresas, Mipymes, además de asegurar la promoción y desarrollo de proyectos que garanticen la demanda de bienes y servicios con origen en este sector productivo y/o comercial. Modificada por la LEY 1151 del 2007 y LEY 905 de 2004

4.2.1.2 Ley 79 de 1988. Contiene excepciones para que las compañías de seguros que tienen la forma de asociación cooperativa no se les aplique la regulación en materia de intermediación de seguros.

Posibles barreras de nuestra regulación:

- SARLAFT: Obligación de diligenciar el formato de conocimiento en todos los casos. Hoy está exceptuado para los casos de microcrédito.
- Certificación de idoneidad de los intermediarios.
- Reservas Técnicas: Posible conflicto a la hora de constituir la reserva de riesgos en curso.

4.2.1.3 Decreto 410 DE 1971, (marzo 27) Diario Oficial No. 33.339, del 16 de junio de 1971. Por el cual se expide el Código de Comercio. 13. Modificado por la Ley 510 de 1999, publicada en el Diario Oficial No 43.654 de 4 de agosto de 1999, "Por la cual se dictan disposiciones en relación con el sistema financiero y asegurador, el mercado público de valores, las Superintendencias Bancaria y de Valores y se conceden unas facultades" 12. Modificado por la Ley 389 de 1997, "Por la cual se modifican los artículos 1036 y 1046 del Código de Comercio", publicada en el Diario Oficial No. 43.091 del 24 de julio de 1997, en lo relativo, entre otros temas, al concepto de contrato de seguro y su prueba.

## 4.2.2 LEGISLACION EN MEDICAMENTOS

### 4.2.2.1 Constitución Política de la República de Colombia 7 de Julio de 1991.

En Colombia el derecho a la salud y el acceso a los medicamentos se consagran en los artículos 48 y 49 de la Constitución de 1991 y se reglamentan en la Ley 100 de 1993. En su acepción normativa este derecho contempla una igualdad de acceso a través de una cobertura progresiva de iguales planes de beneficios y financiamiento a los regímenes del SGSSS; cobertura que hoy no se ha cumplido. Inicialmente, el país creó un listado de medicamentos (Decreto No. 1938 del 5 de agosto de 1994) como base para las actividades y procedimientos de cada uno de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y subsidiado; posteriormente, mediante el Acuerdo No. 004 de 1994, crea la Comisión Técnica Asesora en Medicamentos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la cual establece los criterios y recomendaciones para la actualización de este listado según criterios de costo efectividad.

Para el tema de acceso a medicamentos esenciales y de alto costo, se presentan gran número de tutelas que se tornan bajo los mismos problemas de salud y pronunciamientos de la Corte, es por esto, que se pueden resumir en la sentencia T-409/00 de la siguiente manera: "Se reitera la doctrina de la Corte alrededor de la reglamentación que ha recibido el plan obligatorio de salud creado por la Ley 100 de 1993, en cuanto a la exclusión de medicamentos con el fin de cumplir con los principios de universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación."

4.2.2.2 Artículo 13. Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión opinión política o filosófica. El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y

adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados. El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

4.2.2.3 Artículo 48. La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

4.2.2.4 Artículo 152. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones Objeto. La presente Ley establece el Sistema General de Seguridad Social en Salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento, sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación. Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

Las competencias para prestación pública de los servicios de salud y la organización de la atención en salud en los aspectos no cobijados en la presente Ley se regirán por las disposiciones legales vigentes, en especial por la Ley 10 de 1990 y la Ley 60 de 1993. Las actividades y competencias de salud pública se regirán por las disposiciones vigentes en la materia, especialmente la Ley 9a. de 1979 y la Ley 60 de 1993, excepto la regulación de medicamentos que se regirá por lo dispuesto en la presente Ley.

4.2.2.5 Decreto 1011 de 2006 , 3 Abril de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.2.2.6 Artículo 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

- Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

- Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud
- es obligatoria para todos los habitantes en Colombia.
- En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.
- Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.
- Libre escogencia. El Sistema General de Seguridad Social en Salud permitirá la participación de diferentes entidades que ofrezcan la administración y la prestación de los servicios de salud, bajo las regulaciones y vigilancia del Estado y asegurará a los usuarios libertad en la escogencia entre las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, cuando ello sea posible según las condiciones de oferta de servicios. Para el tema de acceso a medicamentos esenciales y de alto costo, se presentan gran número de tutelas que se tornan bajo los mismos problemas de salud y pronunciamientos de la Corte, es por esto, que se pueden resumir en la sentencia T-409/00 de la siguiente manera: "Se reitera la doctrina de la Corte alrededor de la reglamentación que ha recibido el plan obligatorio de salud creado por la Ley 100 de 1993, en cuanto a la exclusión de medicamentos con el fin de cumplir con los principios de universalidad, eficiencia, solidaridad, integralidad, unidad y participación."

Esa reglamentación no puede desconocer los derechos constitucionales fundamentales de las personas, lo cual ocurre cuando las empresas promotoras de salud, aplicando de manera estricta dicha reglamentación, omiten el suministro de medicamentos necesarios para mantener la vida, la integridad personal o un mejor funcionamiento del organismo, con el argumento de que no se encuentran incluidos en el plan obligatorio de salud."

"Para que proceda dicha protección debe tenerse en cuenta el cumplimiento de los siguientes presupuestos:

1. Que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa amenace los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado.
2. Que se trate de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud Subsidiado o no Subsidiado que, pudiendo sustituirse, el sustituto no tenga el mismo nivel de

efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea necesario para proteger la vida del paciente.

3. Que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud.

4. Que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico de la entidad prestadora de Servicios de Salud a la cual se halle afiliado el demandante.

Sobre el tema de acceso a medicamentos esenciales y de alto costo, se han presentado varios proyectos de ley, entre ellos resalta el proyecto N° 073 de 2002 Cámara, acumulado con los proyectos de ley N° 087 de 2002 y N° 185 de 2003 Cámara, “por medio de la cual se crean mecanismos para mejorar la atención integral por parte del Estado colombiano de la población que padece enfermedades de alto costo, especialmente el VIH/SIDA”, archivado el 26 de mayo de 2004 en la Comisión Séptima de Senado.

Este proyecto de ley tiene en cuenta cinco temas importantes que garantizan un mejor acceso a medicamentos esenciales y de alto costo: alto cubrimiento, programas de prevención, mecanismos para ofrecer mejores precios, mejor calidad y finalmente, le brinda a la salud una mayor prioridad ante cualquier negociación internacional que trate la propiedad intelectual.

En el tema de cubrimiento, el artículo primero del proyecto de ley asigna al Gobierno la responsabilidad de incrementar el acceso de diagnósticos y tratamientos a través del Programa Nacional de VIH-SIDA no solo para las personas que viven con esta enfermedad, sino también para aquellas que padezcan las enfermedades de alto costo que están contempladas en el numeral 5 del Acuerdo 72 de 1997 emitido por el CNSS, estas son: patologías cardíacas, de aorta torácica y abdominal, vena cava, vasos pulmonares y renales, patologías del sistema nervioso central, insuficiencia renal, gran quemado, infección por VIH, cáncer, reemplazo articular parcial o total de cadera o rodilla y cuidados intensivos.

4.2.2.7 Ley 100 DE 1993. La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

4.2.2.8 Artículo 3o. Del derecho a la Seguridad Social. El Estado garantiza a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad

social. Este servicio será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, en orden a la ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente ley.

4.2.2.9 Artículo 4o. Del Servicio Público de Seguridad Social. La Seguridad Social es un servicio público obligatorio, cuya dirección, coordinación y control esta a cargo del Estado y que será prestado por las entidades públicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente ley. Este servicio público es esencial en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

4.2.2.10 Artículo 245. El Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos. Crease el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, como un establecimiento público del orden nacional, adscrito al Ministerio de Salud, con personería jurídica, patrimonio independiente y autonomía administrativa, cuyo objeto es la ejecución de las políticas en materia de vigilancia sanitaria y de control de calidad de medicamentos, productos biológicos, alimentos, bebidas, cosméticos, dispositivos y elementos médicoquirúrgicos, odontológicos, productos naturales homeopáticos y los generados por biotecnología, reactivos de diagnóstico, y otros que puedan tener impacto en la salud individual y colectiva.

El Gobierno Nacional reglamentará el régimen de registros y licencias,

4.2.2.11 Artículo 45o. del Decreto No.1938 de Agosto de 1994, en el artículo 101 de la Resolución No. 5261 de agosto de 1994, Los medicamentos incluidos son los definidos en el Manual de Medicamentos y Terapéutica detallado Resolución No. 5261 de agosto de 1994, en el Acuerdo No. 53 del CNSSS y las demás normas que los adicionen o modifiquen.

4.2.2.12 Acuerdo 336 de 2006. Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de Beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones.

4.2.2.13 Acuerdo 83 de 1997. Por el cual se adopta el Manual de Medicamentos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Artículo 1. Definiese para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) la lista de medicamentos esenciales que se enuncia a continuación Para la operatividad del presente Acuerdo, se establecen los siguientes listados de medicamentos:

- Medicamentos para Programas Especiales que forman parte del Plan de Atención Básica y las vacunas contempladas por el Programa Ampliado de Inmunizaciones P.A.I. cuya provisión será gratuita para toda la población.

- Medicamentos para el manejo de patologías crónicas, en las cuales los medicamentos son de un alto costo y exigen un manejo especializado, cuya provisión estará sujeta a normas definidas en las respectivas Guías de Atención Integral tales como, niveles de atención para su uso, condiciones de elegibilidad del paciente y personal profesional autorizado para su prescripción.
- Medicamentos de uso predominantemente ambulatorio.
- Medicamentos de uso en pacientes sometidos a internación.
- Medicamentos esenciales alternativos, cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública el Ministerio de Salud así lo definan, lo que requerirá del concepto y aprobación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

4.2.2.14 Resolución 5261 de 1994. Artículo 13. Formulación y despacho de medicamentos. La receta deberá ceñirse a los medicamentos autorizados en el MANUAL DE MEDICAMENTOS Y TERAPEUTICA, sin que por ningún motivo se admitan excepciones, salvo que el usuario los pague como parte de un plan complementario. La receta deberá incluir el nombre del medicamento en su presentación genérica, la presentación y concentración del principio activo, la vía de administración y la dosis tiempo respuesta máxima permitida, la que no podrá sobrepasarse salvo que la Entidad Promotora de Salud lo autorice. No se reconocerán recetas que contengan artículos suntuarios, cosméticos, complementos vitamínicos, líquidos para lentes de contacto, tratamientos capilares, champús de ningún tipo, jabones, leches, cremas hidratantes, antisolares o para las manchas en la piel, drogas para la memoria o la impotencia sexual, edulcorantes o sustitutos de la sal, anorexígenos, enjuagues bucales, cremas dentales, cepillo y seda dental.

4.2.2.15 Acuerdo 004 de 1994. Por la cual se crea la Comisión Técnica Asesora en Medicamentos del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, se designan sus miembros y se define su reglamento.

4.2.2.16 Resolución 3099 de 2008 (Diario Oficial 47088 del 21 de Agosto de 2008). Por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de servicios no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela

Que la Resolución 2933 de 2006, reglamenta los Comités Técnico-Científicos y establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS y de fallos de tutela, determinando las funciones,

criterios de autorización, procedimiento y excepciones de las decisiones que deben tomar los Comité Técnico Científico.

4.2.2.17 Artículo 89. Del control de calidad para los medicamentos. Para efectos del control de calidad de los medicamentos se aplicará la última versión del Manual de Normas Técnicas de Calidad -Guía Técnica de Análisis-expedido por el Instituto Nacional de Salud. Este manual deberá ser actualizado por lo menos cada cinco (5) años por el INVIMA, en atención a los avances científicos y tecnológicos que se presenten en el campo de los medicamentos.

4.2.2.18 Ley 1122 de 2007. Esta Ley hace algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y otras disposiciones teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.

-Capítulo IV. Del Aseguramiento.

4.2.2.18.1 Artículo 14. Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.

Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS).

De la misma Ley 1122 se resalta el Literal j) del Artículo 14, así

*“En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga. El*

Ministerio de la Protección Social reglamentará el presente artículo, dentro de los seis (6) meses posteriores a la entrada en vigencia de la presente ley. En todo caso, cuando el Fosyga haga el reconocimiento, el pago se hará sobre la base de las tarifas mínimas definidas por la Comisión de Regulación en Salud;

#### Corte Constitucional

- Aparte en letra itálica declarado **CONDICIONALMENTE EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-463-08 según Comunicado de Prensa de la Sala Plena de 14 de mayo de 2008, Magistrado Ponente Dr. Jaime Araújo Rentería, *"en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes"*.

- Aparte subrayado declarado **EXEQUIBLE** por la Corte Constitucional mediante Sentencia C-316-08 según Comunicado de Prensa de la Sala Plena de 9 de abril de 2008, Magistrado Ponente Dr. Jaime Córdoba Triviño. Fallo inhibitorio con respecto al resto del literal.

4.2.2.19 Artículo 23. Obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la integralidad y continuidades la prestación de los servicios. Las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente.

4.4.4.20 Sentencia C-463 DEL 2008. Demanda de inconstitucionalidad contra el literal j (parcial) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.

La demanda de inconstitucionalidad presentada dentro del presente proceso, se dirige contra las expresiones *"de alto costo"* y *"medicamentos"* contenidas en el literal j) del artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, por considerar que dichas expresiones son violatorias del artículo 13 de la Constitución Nacional, por cuanto se configura una omisión legislativa relativa que vulnera el principio de igualdad, en razón a que la norma acusada excluye los casos de enfermedades que no sean catalogadas como de alto costo, así como otro tipo de servicios de salud que

no sean exclusivamente los medicamentos, como exámenes, diagnósticos, procedimientos, entre otros, del beneficio consistente en la obligación de las EPS de presentar ante el Comité Técnico Científico los requerimientos de los usuarios respecto de los servicios en salud que no se encuentren incluidos en el plan de beneficios del Régimen Contributivo.

Esta sentencia resuelve declarar **EXEQUIBLE** el literal j) del artículo 14 de la Ley 1222 de 2007, en el aparte que dispone “*En aquellos casos de enfermedad de alto costo en los que se soliciten medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, las EPS llevarán a consideración del Comité Técnico Científico dichos requerimientos. Si la EPS no estudia oportunamente tales solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga*”, en el entendido de que la regla sobre el reembolso de la mitad de los costos no cubiertos, también se aplica, siempre que una EPS sea obligada mediante acción de tutela a suministrar medicamentos y demás servicios médicos o prestaciones de salud prescritos por el médico tratante, no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los regímenes legalmente vigentes.

4.2.2.21 Sentencia T-760 de 2008. Resumen respecto de los casos acumulados. De acuerdo con la jurisprudencia constitucional sobre el acceso a los servicios de salud de calidad y de manera oportuna y eficaz garantizado por el derecho fundamental a la salud en el orden constitucional vigente (ver capítulo 4), toda persona cuenta, entre otros, con los siguientes derechos constitucionales,

(i) *Acceso a servicios.* Toda persona tiene derecho a que la entidad encargada de garantizarle la prestación de los servicios de salud, EPS,<sup>11</sup> autorice el acceso a los servicios que *requiere* y aquellos que *requiere con necesidad*, incluso si no se encuentran en el plan obligatorio de salud; obstaculizar el acceso en tales casos implica *irrespetar* el derecho a la salud de la persona. El acceso a los servicios debe ser *oportuno*, de *calidad* y *eficiente*.

(ii) *Protección especial a niños y niñas.* Los derechos a acceder a un servicio de salud que requiere un niño o una niña para conservar su vida, su dignidad, y su integridad así como para desarrollarse armónica e integralmente, está especialmente protegido; cuando una EPS obstaculiza el acceso a servicios de salud, incluidos aquellos que atienden las necesidades específicas de los menores, irrespeta gravemente su derecho a la salud.

---

<sup>11</sup> En el actual régimen legal, las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud a las personas son denominadas ‘Entidades Promotoras de Salud’, EPS.

(iii) *Concepto del médico adscrito y externo.* Por regla general, el médico que puede prescribir un servicio de salud es el médico adscrito a la EPS. El usuario puede acudir a otros médicos pero su concepto no obliga a la EPS a autorizar lo que éste prescribió, sino a remitir al usuario a un médico adscrito a la correspondiente EPS (al respecto, ver apartado 4.4.2.). Toda persona tiene derecho a que su EPS valore científica y técnicamente el concepto de un médico reconocido y vinculado al Sistema de Salud que considera que la persona requiere un servicio de salud. Este médico es el médico adscrito a la EPS y a él debe acudir el interesado. No obstante, en el evento excepcional de que el interesado acuda a un médico externo – no adscrito a la red de prestadores de la correspondiente EPS– la EPS tiene una carga de valoración del concepto de dicho médico. El concepto del médico externo no podrá ser automáticamente descartado por la EPS, sino que es necesario una valoración de su idoneidad por parte de un médico adscrito a la EPS (de manera directa o mediante remisión del interesado) o del Comité Técnico Científico, según lo determine la propia EPS.

(iv) *Acceso sin obstáculos por pagos.* ‘Los pagos moderadores no pueden constituir barreras al acceso a los servicios de salud para las personas que no tienen la capacidad económica de soportar el pago del mismo’.

(v) *Acceso al diagnóstico.* Toda persona tiene derecho a acceder a las pruebas y exámenes diagnósticos indispensables para determinar si requiere o no un servicio de salud.

(vi) *Allanamiento a la mora.* Cuando una EPS no ha hecho uso de los diferentes mecanismos de cobro que se encuentran a su alcance para lograr el pago de los aportes atrasados, se allana a la mora y, por ende, no puede fundamentar el no reconocimiento de una incapacidad laboral en la falta de pago o en la cancelación extemporánea de las cotizaciones.

(vii) *Protección a las enfermedades catastróficas y de alto costo.* El acceso a los servicios de salud oportunos es especialmente garantizado cuando se trata de una persona con una enfermedad catastrófica o de alto costo; no se les puede dejar de atender ‘bajo ningún pretexto’, ni pueden cobrarse copagos.

(viii) *Acceso con continuidad a la salud.* El acceso a un servicio de salud debe ser continuo, no puede ser interrumpido súbitamente; irrespeta el derecho a la salud una EPS que suspende un servicio de salud que se requiere, antes de que éste haya sido efectivamente asumido por otro prestador.

(ix) *Información, acompañamiento y seguimiento.* Toda persona tiene derecho a que las EPS o autoridades públicas no obligadas a autorizar el servicio de salud pedido, adopten las medidas adecuadas para, por lo menos, (1) suministrar la *información* que requería para saber cómo funciona el sistema de salud y cuáles son sus derechos, (2) *indicar* específicamente cuál era la institución prestadora de servicios de salud que tiene la obligación de realizar las pruebas diagnósticas que *requiere* y una cita con un especialista, y (3) la *acompañar* durante el proceso de solicitud del servicio, con el fin de asegurar el goce efectivo de sus derechos.

(x) *Prohibición de trasladarle a los usuarios cargas administrativas y burocráticas que le corresponde asumir a la EPS.* Toda persona tiene derecho a acceder a los servicios de salud sin que las EPS puedan imponer como requisito de acceso a un servicio de salud el cumplimiento de cargas administrativas propias de la entidad. En especial, toda persona tiene derecho a que su EPS autorice y tramite internamente los servicios de salud ordenados por su médico tratante; una EPS irrespeta el derecho a la salud de una persona cuando le obstaculiza el acceso al servicio, con base en el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud al Comité Técnico Científico. El médico tratante tiene la carga de iniciar dicho trámite.

(xi) *Acceso a los servicios de acuerdo al principio de integralidad.* Toda persona tiene derecho a acceder integralmente a los servicios de salud que requiera. En tal sentido, toda persona tiene derecho, entre otras cosas, a que se remuevan las barreras y obstáculos que impidan a una persona acceder integralmente a los servicios de salud que *requiere con necesidad*, como ocurre por ejemplo, cuando el acceso implica el desplazamiento a un lugar distinto al de residencia, debido a que en su territorio no existen instituciones en capacidad de prestarlo, y la persona no puede asumir los costos de dicho traslado. En el mismo sentido, las inclusiones y exclusiones del POS deben ser interpretadas conforme a un criterio finalista, relacionado con la recuperación de la salud del interesado y el principio de integralidad.

(xii) *Libertad de elección de EPS.* Toda persona tiene derecho a elegir la EPS que se encargará de garantizarle la prestación de los servicios de salud, con las limitaciones razonables que imponga la regulación. La limitación superior impuesta a la libertad de escogencia dentro del Sistema de Salud a las personas afiliadas que se encuentren sometidas a servicios de alto costo podrá ser aplicada si (1) el *'afiliado'* (2) está *'haciendo uso de servicios'* (3) para atender *'procedimientos de alto costo'* (4) *'sujetos a períodos mínimos de cotización'*. No puede extenderse la limitación mediante interpretaciones extensivas, como por ejemplo, impedirle a un *'afiliado'* trasladarse a una

entidad porque su hijo menor, un '*beneficiario*', tiene una enfermedad de alto costo.

4.2.2.22 Decreto 2085 de 2004. Por el cual se reglamentan aspectos relacionados con la información suministrada para obtener registro sanitario respecto a nuevas entidades químicas en el área de medicamentos.

4.2.2.23 Artículo 18. Definición de Planes Adicionales de Salud, PAS. Se entiende por plan de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

El acceso a estos planes será de la exclusiva responsabilidad de los particulares, como un servicio privado de interés público, cuya prestación no corresponde prestar al Estado, sin perjuicio de las facultades de inspección y vigilancia que le son propias.

El usuario de un PAS podrá elegir libre y espontáneamente si utiliza el POS o el plan adicional en el momento de utilización del servicio y las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

4.2.2.24 Decreto 574 del 2 de Marzo de 2007. Por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas-

4.2.2.25 Decreto 806 DE 1998 (abril 30). Por el cual se reglamenta la afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de Seguridad Social en Salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional

4.2.2.25.1 Artículo 19. Tipos de PAS. Dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pueden prestarse los siguientes PAS:

1. Planes de atención complementaria en salud.
2. Planes de medicina prepagada, que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.
3. Pólizas de salud que se regirán por las disposiciones especiales previstas en su régimen general.

**Parágrafo.** Las entidades que ofrezcan planes adicionales deberán mantener su política de descuentos con el usuario mientras éste se encuentre vinculado a la institución, siempre que no se modifiquen las condiciones que dan origen al descuento.

4.2.2.25.2 Artículo 20. Usuarios de los PAS. Los contratos de planes adicionales, sólo podrán celebrarse o renovarse con personas que se encuentren afiliadas al Régimen Contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ya sea en calidad de cotizantes o beneficiarios.

Las personas de que trata el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 podrán celebrar estos contratos, previa comprobación de su afiliación al régimen de excepción al que pertenezcan.

**Parágrafo.** Cuando una entidad autorizada a vender planes adicionales, celebre o renueve un contrato sin la previa verificación de la afiliación del contratista y las personas allí incluidas a una Entidad Promotora de Salud, deberá responder por la atención integral en salud que sea demandada con el objeto de proteger el derecho a la vida y a la salud de los beneficiarios del PAS. La entidad queda exceptuada de esta obligación cuando el contratista se desafilie del sistema de seguridad social con posterioridad a la fecha de suscripción o renovación del contrato, quedando el contratista o empleador moroso, obligado a asumir el costo de la atención en salud que sea requerida.

4.2.2.25.3 Artículo 22. Deber de información. Las entidades que ofrezcan PAS deberán remitir, con una antelación de 30 días a su colocación en el mercado, la siguiente información a la Superintendencia Nacional de Salud:

- a) Nombre y contenido del plan;
- b) Descripción de los riesgos amparados y sus limitaciones;
- c) Costo y forma de pago del plan;
- d) Descripción de cuotas moderadoras y copagos;
- e) Copia del formato de contrato que se utilizará.

**Parágrafo.** Aquellas entidades que en la actualidad se encuentran ofreciendo planes de medicina prepagada, complementarios o seguros de salud que no hayan enviado dicha información, deberán remitirla en un plazo máximo de tres (3) meses contados a partir de la vigencia del presente decreto.

4.2.2.26 Decreto Número 3039 de 2007 por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Del 10 de agosto de 2007 expedido por el Ministerio de la Protección Social expidió Los propósitos del Plan Nacional de Salud Pública son los siguientes: 1-Mejorar el estado de salud de la población Colombiana., 2-Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad, 3-Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica, y 4- Disminuir las inequidades en la salud de la población Colombiana. El Decreto 3039 de 2007 es **de obligatorio cumplimiento** en el ámbito de sus competencias y obligaciones por parte de la Nación, las entidades departamentales, distritales y municipales de salud, las **entidades promotoras de salud** de los regímenes contributivo y subsidiado, las entidades obligadas a compensar, las entidades responsables de los regímenes especiales y de excepción y los prestadores de servicios de salud.

## 4.3 MARCO CONCEPTUAL

4.3.1 SGSSS. Sistema de aseguramiento en salud (Servicio Público Esencial) dentro del territorio nacional, a cargo del Estado Colombiano, para los nacionales Colombianos y los extranjeros residentes en Colombia

4.3.2 Entidades Promotoras de Salud (EPS). 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 ago por Capitación al Fondo de Solidaridad y Garantía, de que trata el título III de la presente Ley.

4.3.3 Superintendencia Nacional de Salud. Organismo adscrito al Ministerio de Salud con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente.

4.3.4 Morbimortalidad . se refiere al conjunto de fenómenos que experimenta la población en términos de enfermedad o discapacidad y a las defunciones registradas. Los datos de morbilidad que procesa la Secretaría Distrital de Salud corresponden a los registros que llevan los hospitales que pertenecen a la red pública de salud distrital.

4.3.5 PAS. Se entiende como Planes Adicionales de Salud o planes de atención adicional, aquel conjunto de beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.

4.3.6 Denominación común Internacional para las sustancias Farmacéuticas, DCI. Nombre recomendado por la OMS para cada medicamento. La finalidad de la Denominación Común Internacional es conseguir una buena identificación de cada fármaco en el ámbito internacional.

4.3.7 Forma Farmacéutica. Sinónimo de forma de dosificación. Forma física que caracteriza al producto farmacéutico terminado, a saber, tabletas, cápsulas, jarabes, supositorios, soluciones inyectables, sistema transdérmico, etc.

4.3.8 Medicamento Esencial. Se entiende por medicamento esencial aquel que reúne características de ser el más costo efectivo en el tratamiento de una enfermedad, en razón de su eficacia y seguridad farmacológica, por dar una

respuesta más favorable a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbimortalidad de una comunidad y porque su costo se ajusta a las condiciones de la economía del país.

4.3.9 Medicamento Esencial Alternativo. Se entiende por medicamento esencial alternativo aquel cuyo uso estará sujeto a condiciones de hipersensibilidad del paciente, de resistencia a un medicamento esencial o cuando por razones sanitarias, de riesgo o conveniencia para la salud pública el Ministerio de Salud así lo defina.

4.3.10 Medicamento Genérico. Se entiende por medicamento genérico aquel que utiliza la denominación común internacional para su prescripción y expendio.

4.3.11 Principio Activo. Compuesto o mezcla de compuestos que tiene una acción farmacológica.

4.3.12 Invima. Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

4.3.13 Regimen Subsidiado en Salud. El régimen subsidiado es un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad de que trata la presente Ley.

4.3.14 Contrato de Seguro. El contrato de seguro es aquel contrata o mediante el cual una persona llamada asegurador se obliga, a cambio de una suma de dinero, conocida como prima a indemnizar a otra llamado asegurado o a la persona que este designe, beneficiario, de un perjuicio o daño que pueda causar un suceso incierto. De tal manera que la suma objeto de indemnización, que fue pactada expresamente sea pagado cuando ocurra el suceso o riesgo por el seguro. En general es la contingencia, probabilidad de que se produzca determinado siniestro.

4.3.15 Riesgo. En el ámbito de los seguros, este término designa tanto al objeto asegurado como a la probabilidad de que se produzca determinada situación que cause un perjuicio al asegurado y que ocasiona la existencia del contrato de seguro.

4.3.16 Prima Emitida. Es aquella que corresponde al nacimiento o renovación del contrato de seguro, pudiendo estar en cualquiera de los tres estados siguientes: anulada, cobrada o pendiente.

- 4.3.17 Prima anulada. Es la que resulta eliminada de la emisión, bien por cancelación de la póliza, por sustitución de ésta o por haber sido emitido incorrectamente el recibo correspondiente.
- 4.3.18 Prima Cobrada. Es aquella cuyo importe ha sido satisfecho por el asegurado.
- 4.3.19 Prima pendiente. Es aquella cuyo importe no ha sido aún satisfecho por el asegurado o contratante.
- 4.3.20 Primas Netas Emitidas. Se designan como primas netas emitidas (P.N.E.) las Primas emitidas, una vez deducidos los impuestos, anulaciones y devoluciones que les correspondan.
- 4.3.21 Siniestro. Es la manifestación concreta del riesgo asegurado, que produce los daños garantizados en la póliza hasta determinada cuantía. Es un acontecimiento que, por causar los daños concretos previstos en la póliza, motiva la aparición del principio indemnizatorio, obligando a la entidad aseguradora a satisfacer, total o parcialmente, al asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato. Valoración de Un Siniestro. Una vez ocurrido el siniestro, éste debe ser evaluado mediante un conjunto de actuaciones, realizadas por la compañía de seguros, para determinar el valor económico de las pérdidas sufridas por el asegurado.
- 4.3.22 Indemnización. Es el importe que está obligado a pagar el asegurador en caso de producirse un siniestro. El fin de la indemnización es conseguir una reposición económica en el patrimonio del asegurado afectado por un siniestro, bien a través de una sustitución de los objetos dañados o mediante la entrega de una cantidad de dinero equivalente a los bienes afectados.
- 4.3.23 Pago de Siniestro. Si el siniestro ha tenido carácter total, la indemnización equivaldría al cien por ciento del capital asegurado y si el siniestro ha sido parcial, se establece la correspondiente proporción.
- 4.3.24 Compañía Aseguradora. Es la persona que, mediante la formalización de un Contrato de Seguro, asume las consecuencias dañosas producidas por la realización del evento cuyo riesgo es objeto de cobertura. Contratante o Tomador. Es la persona que celebra con una entidad aseguradora un contrato de seguro y se obliga al pago de la prima.

- 4.3.25 Beneficiario. Es persona designada en la póliza por el asegurado o contratante como titular de los derechos indemnizatorios que en dicho documento se establecen.
- 4.3.26 Asegurado. Es la persona que en sí misma o en sus bienes o intereses económicos está expuesta al riesgo; es quien contrata el seguro con la entidad aseguradora, comprometiéndose al pago de las primas estipuladas y teniendo derecho al cobro de las indemnizaciones.
- 4.3.27 Solicitud de Seguro. Es el documento que, suministrado por la empresa aseguradora, satisface el solicitante para la celebración, prórroga, modificación o restablecimiento de un contrato de seguro.
- 4.3.28 Póliza. Es el documento que instrumenta el contrato de seguro, en el que se reflejan las normas que de forma general, particular o especial regulan las relaciones contractuales convenidas entre el asegurador y el asegurado. Cuando ha sido emitida y aceptada por ambas partes se puede decir que han quedado claros los derechos y obligaciones que de la misma derivan. La póliza es el documento fundamental con base en el cual se formaliza el contrato de seguro.
- 4.3.29 El Interés Asegurable. Por interés asegurable se entiende la relación lícita de valor económico sobre un bien. Cuando esta relación se halla amenazada por un riesgo, es un interés asegurable.
- 4.3.30 Tarifas por Servicio. Un método de pago en el cual el proveedor del cuidado en salud es pagado por cada servicio de salud provisto y cubierto por el plan de micro seguro en salud.
- 4.3.31 Microseguro. Término mediante el cual se define la forma de un seguro con límite bajo en valor asegurado en compensación con una prima de bajo costo y al alcance de una gran población de una nación. Igualmente se conoce como un sistema de administración de riesgos para un numeroso grupo de personas ó entidades, mediante el cual a través del pago de primas, generalmente bajas, se obtienen el beneficio de compensación de pérdidas financieras resultado de una condición específica.

## 1. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

### 5.1 TIPO DE INVESTIGACION : Aplicada

Con el propósito de establecer un proceso metodológico que permitiese llevar de manera coherente y precisa el desarrollo de una póliza de medicamentos que cumpliera con los objetivos planteados, fué fundamental analizar principalmente la normatividad que aplica actualmente en materia de salud (Ley 100 de 1993), Acuerdos 228 de 2002, 260 de 2004 y 336 de 2006, Ley 1122 de 2007, la CT-760 de Julio 31 de 2008, Decreto 806 de Abril 30 de 1998 (Artículo 19, 20 y 22) Sentencias C-463 del 2008 y T-760 del 2008 y Decreto 2085 del 2004, así como la importante consulta entre otras del Código de Comercio, Estatuto Orgánico del Sistema Financiero y Circulares Externas de la Superintendencia Financiera, relacionadas con el tema de seguros, más la información estadísticas sobre precios de medicamentos genéricos , comerciales y algunos insumos básicos.

Así mismo, los cuestionamientos que se generaron en el desarrollo de la investigación del proyecto, obligaron e indujeron a enmarcar una respuesta detallada, clara y precisa de cada uno de ellos, mediante un lenguaje sencillo y cotidiano, pero con estricto ceñimiento a los parámetros legales y técnicos de manera tal, que la compañía de seguros que implemente el producto o el usuario que compre la póliza puedan comprenderla muy fácilmente. De igual forma se obtuvieron algunos datos representativos de una de una EPS privada.

### 5.2 POBLACION Y MUESTRA

El presente documento contiene información acerca del estado de salud de la población afiliada al Plan Obligatorio de Salud (POS) de una EPS, en la ciudad de Bogotá y un segmento de usuarios simultáneamente afiliados a la Medicina Prepagada de la misma entidad. Total 57252 Usuarios.

### 5.3 RECOLECCION DE LA INFORMACION

Durante la primera fase de la investigación, se realizó una recopilación de información en fuentes secundarias que reflejaron la cobertura del Sistema de Seguridad Social, el entorno legal, económico y de comportamiento de mercado

farmacéutico con respecto a los gastos salud en Colombia y las herramientas que podrían ser útiles para conseguir los objetivos planteados. También se utilizaron fuentes primaria, en torno al precio de un sector de medicamentos no cubiertos.

Para esto fue necesario el uso de diferentes métodos dentro de los cuales se pueden destacar las búsquedas por Internet, asesoría con profesionales de la salud y de seguros, reunión con una compañía de seguros, consulta de precios de tres importantes farmacias e información del perfil epidemiológico de una EPS así como la observación de uno de los principales motivos de continuas quejas por parte de los usuarios y médicos respecto a la cobertura parcial de medicamentos, incluyendo el aumento de número de tutelas divulgadas en diferentes medios de comunicación.

Esta etapa a su vez se dividió en varias fases: en primer lugar, la consecución de la información relacionada con el marco teórico, en el marco legal, basándonos en la descripción de las Leyes y normas que rigen el sistema de salud, así como el régimen de seguros Colombiano, especialmente en lo referente a Micro seguros. En segundo lugar mediante información epidemiológica suministrada por la EPS Privada. En cuarto lugar se tomó el consolidado de solicitudes Comités Técnico Científicos solicitados ante la EPS correspondiente; en Quinto Lugar se extrajo información de precios de medicamentos de un sector del mercado de medicamentos especialmente medicamentos oncológicos, y sus coadyuvantes no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud. En sexto lugar se recolectó información a través de dos IPS, acerca de los insumos básicos más requeridos en la prestación de servicios ambulatorios. Y por como séptimo y último paso se con estas herramientas se procedió a diseñar la Póliza.

5.3.1 Organización de información. Después de tener suficiente información recolectada, se procedió a clasificarla, depurarla y tomar la información más relevante para construir el marco de referencia que soportó el proyecto.

5.3.2 Análisis de información. Con base en el marco teórico construido, se realizaron distintos análisis de cada tema, tanto en la parte de ley 100 (salud), enfocada en la cobertura a medicamentos, de alto costo y esenciales y el mercado de micro seguros enfocado al sector medicamentos, para definir cobertura, el diseño de la póliza, sus coberturas, exclusiones, valor asegurado y posibles primas a cobrar.

También se consultó información respecto a los gastos de bolsillo en medicamentos en una región del país<sup>12</sup>, así como el potencial de mercado farmacéutico de nuestro país que puede facilitar la comercialización de la póliza<sup>13</sup>.

Los datos de Población, así como de las características demográficas, fueron tomados de la base de datos de afiliación y los sistemas de información de morbilidad y mortalidad disponibles en la EPS.

Los datos de red de Farmacias fueron suministradas también por la EPS. ( Ver anexo A)

Se extractó información estadística referente a los 10 primeros diagnósticos mas frecuentes en un grupo de Usuarios simultáneos de la entidad de Medicina Prepagada y EPS , dicha información se obtuvo de las autorizaciones de servicios médicos generados a este grupo de usuarios en particular, los cuales comparados con información del Ministerio de Protección Social respecto al comportamiento de la enfermedad en Colombia, refleja aspectos comunes en cuanto a patologías más frecuentes, como los ilustrados en la figura 2. (ver anexo B).

---

<sup>12</sup> Luís Alvis-Estrada<sup>1</sup>, Nelson Alvis-Guzmán<sup>1</sup> y Fernando de la Hoz<sup>2</sup>. Gasto Privado en Salud de los Hogares de Cartagena de Indias.

<sup>13</sup> Oficina Económica y Comercial de la Embajada de España en Colombia. Febrero de 2005

Figura 3. Diagnósticos más frecuentes en una entidad de Medicina Prepagada

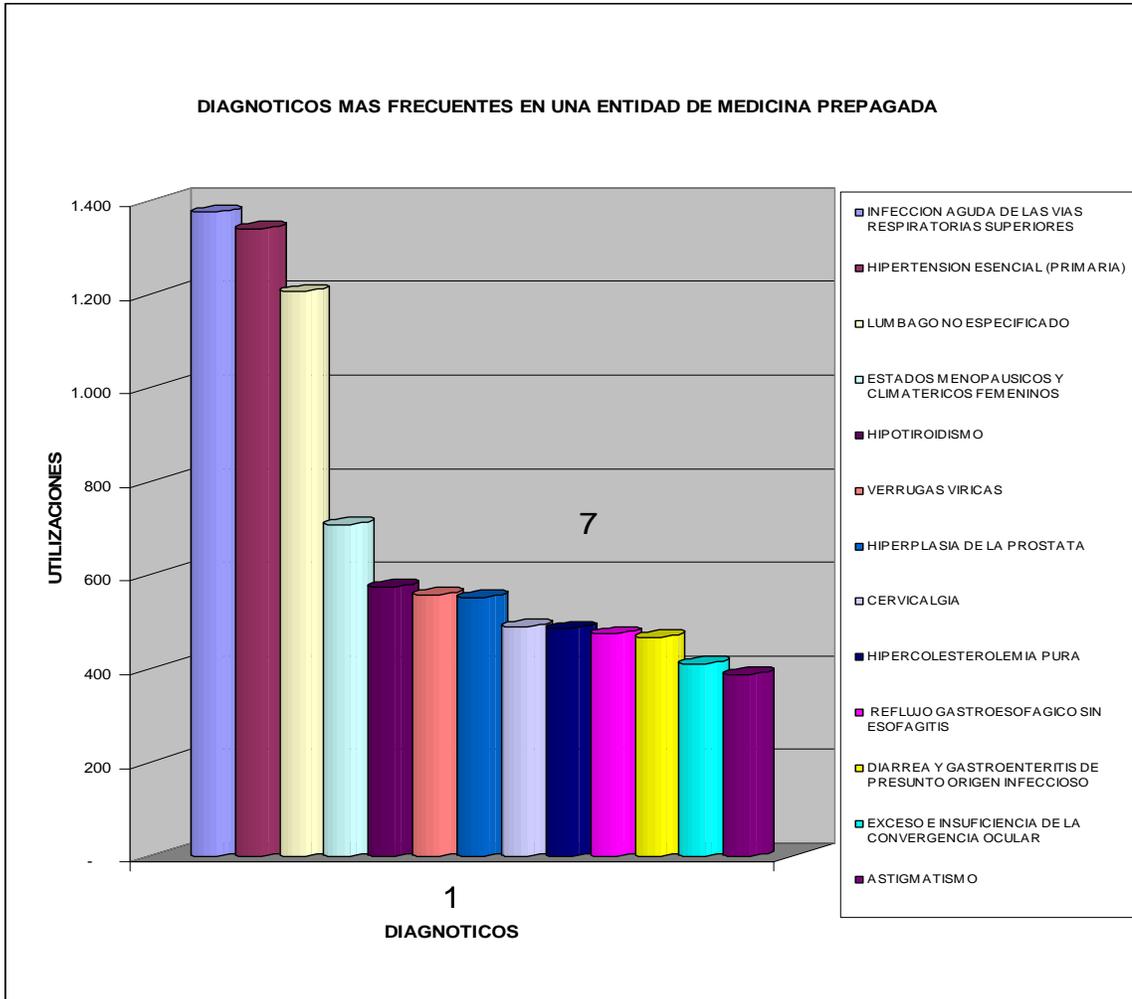
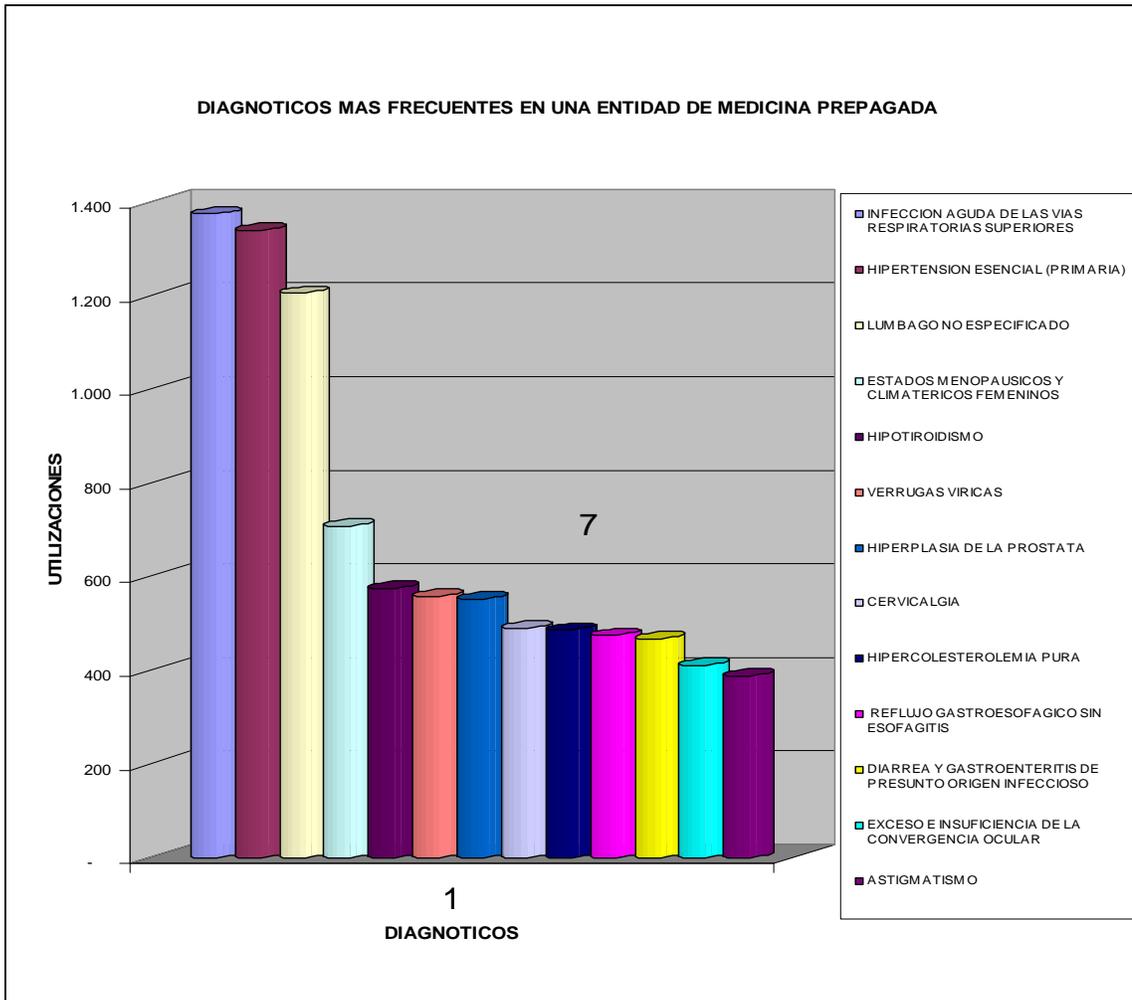


Figura 3. Diagnósticos más frecuentes en una entidad de Medicina Prepagada



Fuente las autoras.

Con el fin determinar las cobertura en insumos se tomaron datos de dos entidades de prestación de servicios de Salud, una IPS nivel III y una de Nivel I, para definir los insumos de uso ambulatorio más requeridos por los usuarios de estos se extractaron 125 , el gasto promedio de la suma total de esta lista se corresponde a \$33.215 Los correspondientes elementos se relacionan en la tabla anexa (Ver Anexo (A))

Con la finalidad de determinar la tarifa de los servicios ambulatorios en salud se consultaron con cuatro proveedores de servicios ambulatorios domiciliarios con la finalidad de determinar la tarifas los harían parte de los amparos de la correspondiente Póliza (servicios tales como Enfermería y Terapia domiciliaria)  
Ver Tabla anexa:

Tabla 2. Servicios domiciliarios cubiertos por la Póliza de medicamentos

SERVICIOS DOMICILIARIOS A CUBRIR POR LA POLIZA	
TARIFA	SERVICIO
\$ 63.000,00	Enfermera Auxiliar 12 horas dia/noche(Día ordinario)
\$ 67.000,00	Enfermera Auxiliar 12 horas dia/noche(Día Festivo)
\$ 50.000,00	Enfermera Jefe - Visita- Medicamento (Día ordinario)
\$ 66.600,00	Enfermera Jefe - Visita- Medicamento (Día Festivo)
\$ 60.000,00	Terapia Física sesión (Una hora)
\$ 60.000,00	Terapia Respiratoria sesión (Una hora)
\$ 60.000,00	Terapia Ocupacional sesión (Una hora)
\$ 60.000,00	Terapia Lenguaje sesión (Una hora)

Fuente. Las autoras

De otro lado se reconsultaron y analizaron las tarifas suministradas de medicamentos de tres importantes distribuidores de medicamentos, algunas de las cuales se relacionan en la tabla de anexos ( ver anexos C y D)

De igual forma de la EPS objeto de estudio se obtuvieron datos relacionados con el total de los Comités Técnico Científicos solicitados por los usuarios del año 2004 al año 2008, en total 3848 de los cuales

Después de tener organizada la información que se utilizó para esta etapa, se procedió con la redacción del condicionado general de la póliza, elaboración de su folleto promocional, así como una breve descripción sobre el mercado objetivo de adquisición de la póliza.

Se obtuvo el perfil epidemiológico de la EPS, sobre la que se basó el análisis de donde se obtiene algunos datos como:

### Características Demográficas de la EPS:

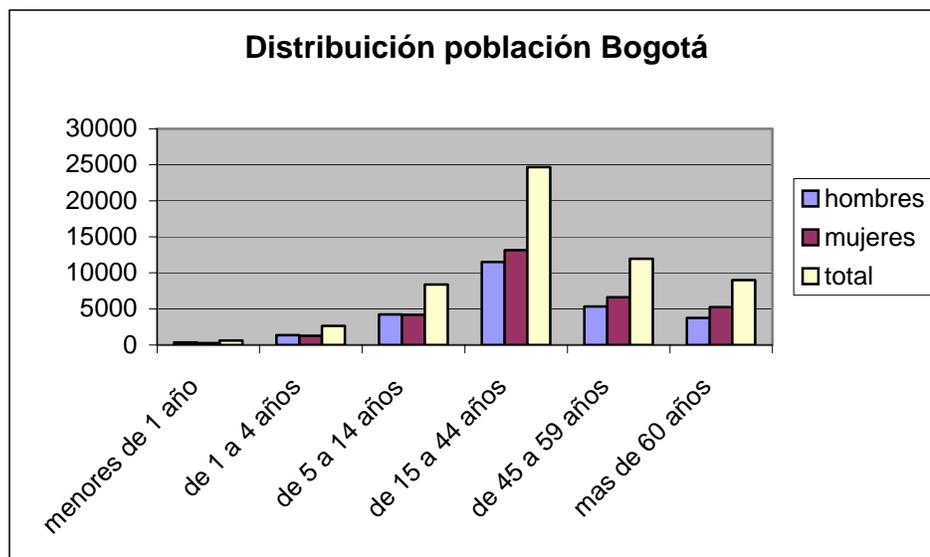
Tabla 3. La distribución poblacional a mitad de periodo de acuerdo con los rangos de edad

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
<b>Menor de 1 año</b>	345	281	626
<b>1 a 4 años</b>	1374	1265	2639
<b>5 a 14 años</b>	4219	4174	8393
<b>15 a 44 años</b>	11496	13149	24645
<b>45 a 59 años</b>	5340	6622	11962
<b>Mas de 60 años</b>	3746	5241	8897
<b>Total</b>	<b>26520</b>	<b>30732</b>	<b>57252</b>

Fuente. Datos estadístico Fuente EPS

Podemos ver que la distribución total de nuestra población por género corresponde a un total de 46% de hombres y un 54% de mujeres.

Figura 4. Distribución Población



Fuente . datos Estadísticos EPS.

La distribución porcentual según el rango de edad es la siguiente:

Menor de 1 año	1.09%
1 a 4 años	4.61%
5 a 14 años	14.66%
15 a 44 años	43.05%
45 a 59 años	20.89%
Mayor de 60 años	15.70%

De acuerdo a los datos arriba mencionados el grupo etáreo de los 15 a 44 años (población económicamente productiva), representó el 43.05% del total de afiliados al POS de la EPS en la ciudad de Bogotá durante el año 2007.

## **6. PRESENTACION DE RESULTADOS Y O ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN AL PROBLEMA**

La póliza de medicamentos que se describe a continuación, constituye nuestra alternativa de apoyo a la solución de la problemática planteada en la presente monografía . En tal virtud, a partir del esquema del aseguramiento privado en salud, y bajo la modalidad de Plan Adicional de Salud (PAS) contemplado en el Decreto 806 de 1998, la póliza en cuestión, concebida también como un microseguro, complementa el Plan Obligatorio de Salud establecido en la Ley 100 de 1993, para mejorar el acceso a medicamentos de optima calidad no incluidos ni en el citado plan de beneficios, ni en ninguna otra entidad de Salud, contribuyendo así a mejorar la integralidad predicada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud .

### **6.1 POLIZA DE MEDICAMENTOS**

#### **NOTA TECNICA**

##### **1. DEFINICION**

La Póliza de Medicamentos es un producto novedoso, el primero en su género a nivel del mercado asegurador, que indemniza hasta el límite de la suma asegurada (Modalidad Beneficio) mediante el suministro de medicamentos, insumos y servicio requerido de acuerdo con las coberturas de la póliza, según se estipula en la carátula de la misma.

##### **2. OBJETIVO**

Indemnizar al beneficiario hasta el límite de la suma asegurada, de acuerdo con la elección realizada por el asegurado y/o sus beneficiarios, en un todo de acuerdo con la cobertura ofrecida y el plan de seguro escogido.

##### **3. NORMATIVIDAD LOCAL APLICADA**

Código de Comercio, Título V

El estatuto Orgánico del Sistema Financiero.

La Circular Básica Jurídica (C.E. 007 de 1996) en el Capítulo II

La Circular externa 052 de 2002

#### 4. COBERTURAS

**Suministro de Medicamentos.** La póliza cubre la entrega de medicamentos no cubiertos por ningún plan de salud público o privado en Colombia ó aquellos medicamentos que aún cubiertos por los planes de salud, el asegurado desee reemplazar por medicamentos de diferente laboratorio o marca, siempre y cuando éstos figuren en la fórmula médica ó no hayan sido suministrados a través de tutelas y/o Comité Técnico Científico de la entidad de salud correspondiente.

Esta cobertura se refiere a medicamentos ambulatorios que son necesarios desde un punto de vista médico para cuidados preventivos ó para tratar enfermedades, lesiones o embarazos y en ningún momento, se cubren medicamentos con fines cosméticos, es decir, para manejo de pacientes fuera del hospital y cubre los medicamentos de marca y genéricos que no estén cubiertos por los planes de salud y prescritos por profesionales de la salud, bajo prescripciones permitidas por la Ley Colombiana y con distribución autorizada por el INVIMA.

**Suministro de Insumos.** . La presente póliza cubre la entrega de insumos de uso ambulatorio, aquellos indicados en la guía entregada con la póliza, gasas, guantes, algodones y/o elementos de curación, jeringas y en general, aquellos no cubiertos por ningún plan de salud público o privado en Colombia ó aquellos insumos que aún cubiertos por los planes de salud, quieran adquirir a través de la póliza.

La presente cobertura se refiere a insumos ambulatorios, es decir, para manejo de pacientes fuera del hospital y cubre los insumos que no estén contenidos por los planes de salud, siempre y cuando sean prescritos por profesionales de la salud.

**Servicio domiciliario de cuidados básicos de enfermería.** La presente póliza cubre el servicio de enfermería que incluye aplicación de medicamentos y curaciones, siempre y cuando el servicio domiciliario se preste dentro del perímetro urbano de las principales ciudades del país. Esta cobertura no se extiende a cubrir gastos de transporte ni alimentarios del servicio de enfermería.

**Servicio domiciliario de terapia física y respiratoria.** La presente póliza cubre el servicio de terapia física y respiratoria debidamente ordenadas por el médico, siempre y cuando el servicio domiciliario se preste dentro del perímetro urbano de las principales ciudades del país. Esta cobertura no se extiende a cubrir gastos de transporte ni alimentarios que se generen con ocasión del servicio.

**PARÁGRAFO:** Los suministros y servicios anteriormente mencionados son descontables entre sí y a favor de las personas definidas en la Cláusula Segunda y bajo ninguna circunstancia, excederán en forma global o individual el límite contratado en la póliza.

## **5. EXCLUSIONES:**

La presente póliza no cubre:

1. Medicinas e insumos que no son necesidad médica para cuidados preventivos ó tratamiento de enfermedad, lesión o embarazo.
2. Medicinas ó productos, insumos o servicios de carácter cosmético.
3. Medicinas, insumos ó servicios que superen el límite de la cobertura.
4. Medicamentos, insumos ó servicios que no requieren prescripción médica.
5. Medicamentos, insumos ó servicios relacionados en fórmula incompleta, mal diligenciada, repisadas, enmendadas ó cuya prescripción no es clara.
6. Medicamentos, insumos ó servicios con fecha de formulación mayor a treinta (30) después de su formulación.
7. Medicamentos, insumos ó servicios que no han recibido la aprobación de la FDA y el INVIMA.
8. Medicamentos, insumos ó servicios no aprobados por el INVIMA para su consumo dentro del Territorio Colombiano.
9. Fórmulas suministradas por farmacias no afiliadas a la red de servicios.
10. Medicamentos no formulados por médicos ó suministrados por profesionales de la salud.
11. Medicamentos, insumos ó servicios que deben ser adquiridos fuera del Territorio Colombiano.
12. Medicamentos e insumos cuyo consumo esté prohibido por la Ley.
13. Medicamentos recetados con ocasión de un accidente de trabajo ó enfermedad profesional.

Las limitaciones pueden ser tanto en la cantidad del medicamento bajo cobertura como en las condiciones médicas bajo las cuales el medicamento puede ser recetado.

## **6. PERIODO DE CARENCIA (LIMITACION DE COBERTURA):**

1. El medicamento formulado y no cubierto por ningún plan de salud público o privado, siempre y cuando sea derivado de una urgencia médica tiene cobertura inmediata.
2. El medicamento formulado por un médico y no cubierto por ningún plan de salud público ó privado, será reconocido a partir del día 91 del inicio de vigencia, siempre y cuando la formulación del médico no haya superado los cinco días hábiles a partir de su expedición.
3. El medicamento formulado por un médico por concepto de enfermedades terminales ó de alto costo, será reconocido a partir del día 181 del inicio de vigencia, siempre y cuando la formulación del médico no haya superado los cinco días hábiles a partir de su expedición.

## 7. DEFINICIONES

1. **Tomador:** Persona natural o jurídica que suscribe la póliza con el objeto de amparar al grupo familiar descrito en el cuadro de declaraciones.
2. **Asegurado:** Conjunto de personas que por tener vínculo común e integrar alguna de las modalidades del grupo asegurado que se describen en la carátula de la pólizas son elegibles como aseguradas bajo esta póliza.
3. **Grupo Asegurado:** Conjunto de personas efectivamente amparado por la póliza bajo una de las siguientes condiciones:

La integración de este grupo estará sujeta a las siguientes condiciones:

- a) El titular de la póliza.
- b) El cónyuge o los hijos menores de 25 años siempre que convivan con el asegurado principal y dependan económicamente de éste.
- c) Los padres, hijos mayores de 25 años, hermanos y en general, cualquier persona adulta que dependa económicamente del tomador y que se incluya en el plan como adicional.

En los demás casos, el número máximo de personas admisibles en el grupo será de ocho con un máximo de cuatro adultos.

4. **Beneficiario:** Persona que tiene derecho a recibir el beneficio descrito en la cobertura de la póliza.

## 8. EDADES DE INGRESO Y DE PERMANENCIA

Son asegurables las personas descritas en la definición de Grupo Familiar Asegurable, que cumplan los siguientes requisitos y que sean expresamente aceptados por la Compañía:

- a) El Titular del grupo asegurado principal debe haber cumplido, al menos, 18 años de edad.
- b) En el caso de hijos dependientes, haber cumplido un (1) día de nacido y ser menos de veinticinco (25) años, siempre que demuestre su dependencia económica del titular o principal.
- c) Ser menores de 70 años.

**PARÁGRAFO:** Una vez asegurado cualquiera de los miembros del grupo familiar, la continuidad en la póliza no estará sujeta al límite de permanencia por razón de la edad.. En el caso de hijos dependientes y cumplir lo veinticinco (25) años de edad estando asegurado, podrá continuar asegurado en condición de titular, perdiendo su estado de hijo dependiente

## **9. MODALIDAD BENEFICIO**

La Compañía Aseguradora indemnizará a los asegurados hasta el límite de la suma asegurada (Modalidad Beneficio), de acuerdo con la elección realizada por el tomador y/o asegurado, en un todo de acuerdo con la cobertura ofrecida.

## **10. SUMA ASEGURADA**

Será el límite máximo por persona convenido para todos los integrantes del grupo familiar asegurado, que corresponde a un valor igual para cada uno de los miembros del grupo asegurado.

## **11. PROCEDIMIENTO EN CASO DE SINIESTRO.**

En caso de reclamación de cualquier asegurado, el interesado deberá presentarse en cualquiera de las entidades autorizadas por la Aseguradora con la tarjeta de asegurado vigente, documento de identidad y la fórmula expedida por el médico y reclamar los medicamentos.

Mediante convenio con el proveedor, la Aseguradora se compromete a prestar los servicios relacionados en la cobertura con requisito previo de solicitarlos telefónicamente a la línea de atención al cliente designada para tal fin.

En caso de requerir alguno de los servicios, el tomador, asegurado ó beneficiario deberá solicitar siempre la asistencia por teléfono, indicando el nombre del asegurado principal, su número de cédula, destinatario de la prestación y documento de identidad, el lugar dónde se encuentra y el número de teléfono de contacto.

Bajo ninguna circunstancia el límite reclamado podrá exceder el límite asegurado de la póliza y éste se entenderá descontado en cada reclamación de medicamentos, insumos y servicios hasta agotar el límite contratado.

## **12. LIMITE DE RESPONSABILIDAD**

La prestación de cualquiera de los servicios derivada de las coberturas descritas en la modalidad beneficio, no implica responsabilidad en virtud del mismo, respecto de otras coberturas que pudiere tener la póliza de seguros.

## **13. INCUMPLIMIENTO**

La Compañía y el proveedor quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones específicamente previstas en la póliza.

La Compañía y el proveedor no se responsabilizan de los retrasos o incumplimientos debidos a las especiales características administrativas o políticas de Colombia. determinado.

#### **14. OBLIGACIONES DEL ASEGURADO**

El asegurado deberá solicitar siempre la Asistencia por teléfono, a la línea de atención designada por la Compañía para tal fin, debiendo indicar su nombre, destinatario de la prestación, número de la cédula de ciudadanía, o cédula de extranjería, el lugar dónde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de asistencia que precisa.

#### **15. CONDICIONES GENERALES**

En el momento de expedir y/o renovar una póliza de Medicamentos siempre se debe tener cuidado de incluir en las condiciones particulares la versión vigente del clausulado el cual debe ser previamente depositado ante la Superfinanciera.

Utilizar clausulados no vigentes genera riesgo de diferencia de condiciones, por tanto al entregar la póliza al INTERMEDIARIO y/o CLIENTE debe quedar constancia de entrega de las condiciones generales y particulares que correspondan a la vigencia en curso.

#### **16. TARIFA**

La presente póliza no contempla una tarifa definida por cuanto ésta debe ser del arbitrio de La Compañía Aseguradora que quiera comercializar la póliza y el precio que fije debe contemplar los factores que a continuación relacionamos, de acuerdo con el portafolio esperado en línea directa con las estrategias de comercialización que implemente para el producto; sin embargo, aunque no se sugiere un esquema de prima si se sugiere un valor asegurado de cifras fijas que se relacionan directamente con el salario que devengue el Tomador.

En los estudios técnicos y estadísticos que sustenten las tarifas deben observarse los principios a que se refiere el artículo 184, numeral 3, Estatuto Orgánico de Sistema Financiero, así:

- **Equidad:** La prima y el riesgo deben presentar una correlación positiva, de acuerdo con las condiciones objetivas del riesgo.
- **Suficiencia:** La tarifa debe cubrir razonablemente la tasa de riesgo y los costos propios de la operación, tales como los costos de adquisición y los administrativos, así como las utilidades.
- **Homogeneidad:** Los elementos de la muestra objeto de estudio deben tener características comunes de tipo cualitativo y cuantitativo. Además, deben escogerse cumpliendo supuestos de aleatoriedad e independencia.

- **Representatividad:** El tamaño de la muestra debe corresponder a un número objetivo de elementos de la población que garantice un nivel de significación razonable y cubra un período adecuado, de manera que el cálculo de los estimadores presente un bajo nivel de error.
- **Riesgos especiales o novedosos:** En los términos del Literal C, Numeral 3o. del Artículo 184 EOSF, solamente tratándose de riesgos especiales o de carácter novedoso respecto de los cuales no resulte viable obtener la información necesaria para efectuar el estudio estadístico pertinente, puede prescindirse de sustentar la tarifa con las exigencias enunciadas. En tales eventos, resultará necesario acreditar el respaldo de un reasegurador de reconocida solvencia técnica y financiera, el cual debe definir la tasa pura de riesgo siendo responsabilidad de la entidad aseguradora señalar el factor de gastos.

En cuanto al tema de tasa es importante que se debe trabajar sobre la base de una tasa pura de riesgo que cumpla los principios anteriormente indicados más los recargos que correspondan a los siguientes factores de recargo para encontrar la tasa comercial que será la tasa final a cobrar por suscribir la póliza. La tasa comercial se establece mediante la aplicación de la siguiente fórmula:

$$TC = \frac{TPR}{100 - G} = X 1.000, \text{ en donde}$$

**TC =** Tasa comercial

**TPR =** Tasa pura de riesgo

**G =** Porcentaje que respecto de la prima comercial representan los gastos generales, de administración, de intermediación, la contribución al contrato de reaseguros y la utilidad esperada.

#### **El factor G:**

Es el factor de gastos que la compañía debe contemplar para determinar la tasa comercial, justa y suficiente, que logre pagar el costo de reaseguro, las comisiones de intermediación, los gastos que se reconocen por administración y recaudo a los tomadores de la póliza.

El Factor de Gastos de la Compañía debe estar compuesto por varios elementos a continuación relacionados:

- **Gastos Administrativos de la Aseguradora:** Son los gastos mínimos de operación que tiene la compañía, tales como salarios, papelería, servicios, arriendos, etc.; sin embargo, se sugiere un factor mínimo de gastos del 15%. El

máximo estará determinado por otros factores tales como retorno, publicidad, mercadeo, etc. que se requiera para la comercialización del producto y que no pueda considerar como comisión de intermediación. Si se contempla retorno se debe contemplar un recargo por IVA del 10%, pero este factor operaría exclusivamente en caso de pólizas colectivas.

- **Gastos de Reaseguro:** Como su nombre lo indica, corresponde a la parte que se debe aportar a la prima de reaseguro del producto, de acuerdo con el contrato que se tenga previsto para el ramo.
- **Comisión de Intermediación:** Porcentaje que se reconoce al intermediario por la labor de venta del producto de la compañía.
- **Utilidad del ramo:** Utilidad mínima esperada por la compañía al comercializar la póliza.

TARIFA POLIZA DE MEDICAMENTOS						
PLANES SEGÚN SALARIOS MINIMOS	1	2	3	4	5	6
SALARIO BASE DE COTIZACION	496,90	993,80	\$ 1,490,700	\$ 1,987,600	\$ 2,484,500	\$ 2,981,400
VALOR ASEGURADO APROX. O VALOR FIJO	500,00	\$1,000,000	\$ 1,500,000	\$ 2,000,000	\$ 2,500,000	\$ 3,000,000

GRUPO BASE DE COTIZACION	NUMERO
COTIZANTE 45-59	1
BENEFICIARIOS HIJOS MENORES 14	2
BENEFICIARIOS ENTRE 15 Y 44	2
BENEFICIARIOS 45 A 59	1
BENEFICIARIO MAS DE 60	1
ADULTO ADICIONAL	1
	8
<b>PRIMAS POR PERSONA</b>	
COTIZANTE 45-59	\$ -
BENEFICIARIOS HIJOS MENORES 14	\$ -
BENEFICIOS ENTRE 15 Y 44	\$ -
BENEFICIARIOS 45 A 59	\$ -
BENEFICIARIO MAS DE 60	\$ -
<b>PRIMA NETA</b>	\$ -
GASTOS ADMON	15%
INTERMEDIACION MINIMA	10%
RETORNO SPONSOR	10%
UTILIDAD ESPERADA	10%
COSTO REASEGURO	5%
TOTAL FACTO G	50%
<b>PRIMA COMERCIAL</b>	\$ -

## 17. AUDITORIA TECNICA

Se debe monitorear el resultado de la póliza. Para ésto es necesario aplicar técnicas para establecer una relación contractual con resultados financieros satisfactorios. Comprende las siguientes actividades:

- **Seleccionar**

Escoger personas respetuosas de la ley, de buenas costumbres y de actividades y propiedades lícitas. El intermediario de seguros tiene la obligación y la oportunidad de realizar una primera selección desde el punto de vista moral, por ser él quien tiene contacto directo con el tomador del seguro.

- **Analizar:** Para lograr un buen resultado. Comprende:

**Identificar, Evaluar y Clarificar los riesgos:** Conocer lo expuesto, los riesgos que lo amenazan y sus causas, la exposición a esos riesgos y la magnitud de las posibles pérdidas.

**Prevenir Perdidas:** Conociendo los hechos que generan los riesgos identificados, pueden sugerirse medidas para evitar los siniestros, para que sean realmente aleatorios.

**Controlar Perdidas:** Exigir medios para evitar la extensión o la propagación de los siniestros.

**Registrar experiencia:** Compilar resultados de cada seguro, para establecer comportamientos. Registrar cada evento, su hecho generador, la cuantía de pérdida y el proceso; con estadísticas, se toman medidas acertadas.

**Compensar:** Es buscar el equilibrio del resultado fijando tasas justas y adecuadas. Los resultados negativos deben ser compensados con los favorables.

**Distribuir:** Homogenizar la cartera desde el punto de vista de los valores asegurados (reaseguro) para no comprometer al asegurador más allá de su capacidad financiera.

**Mantener:** Es atender el desarrollo del contrato, estudiar resultados para decidir la renovación, atender la solicitud de modificación y las reclamaciones por siniestro, para tomar decisiones sobre las mismas de manera oportuna y equitativa, reconociendo las indemnizaciones correspondientes.

## 18: MECANISMOS DE PROTECCION DEL PORTAFOLIO

El condicionado general de la póliza está diseñado de tal forma que existan mecanismos de suscripción que eviten la suscripción de un producto ilimitado y sin restricciones, de tal suerte que permita la rentabilidad a pesar de la siniestralidad esperada. Dentro de los mecanismos de protección del producto tenemos:

1. Límites Asegurados con rangos entre \$500.000.00 y \$3.000.000.00, límites relacionados con el salario base de cotización del usuario.
2. Los períodos de carencia para que existe un tiempo de gracia entre la afiliación del usuario y la primera reclamación.

3. Edades de ingreso (18 años) para el Tomador y permanencia (hasta 70 años).
4. Auditoría técnica que permitirá monitorear constantemente el resultado y control de la póliza.
5. Efectuar convenios con una red de farmacias en la ciudad de Bogotá que permita comprar a los mejores precios, calidad y garantía del producto.
6. Efectuar alianzas estratégicas con cajas de compensación, supermercados de cadena, EPS, IPS y en general, con entidades de afiliación y asistencia masiva que garanticen una comercialización del producto tal que el volumen de primas sea suficiente para mantener en el tiempo su rentabilidad ó punto de equilibrio.

## **POLIZA DE MEDICAMENTOS**

**LA COMPAÑÍA DE SEGUROS**, que en adelante y para todos los efectos del presente contrato se denominará ....., en consideración a las declaraciones consignadas en la solicitud presentada por el Tomador, las cuales serán base y parte integrante de esta póliza y con sujeción a todos los términos y estipulaciones de la misma se obliga a indemnizar al beneficiario hasta el límite de la suma asegurada (Modalidad Beneficio) de acuerdo con las coberturas de la póliza. Este plan se renovará anualmente por la partes contratantes, las cuales convienen en someterse a los términos, condiciones y/o excepciones estipuladas en éste y los demás documentos que conforman la presente póliza.

La presente cobertura no tiene exclusiones, salvo aquellas que de común acuerdo entre las partes contratantes, se llegaren a convenir y se consignan en las condiciones particulares del seguro ó las indicadas en la Cláusula Décima

Primera. No será objeto de esta póliza las reclamaciones provenientes de personas que no guarden relación familiar hasta de primer grado de consanguinidad con el tomador de póliza, de acuerdo con lo declarado en la carátula de la póliza. Tampoco será objeto de esta póliza el suministro de medicamentos que hayan sido autorizados por el Comité Técnico Científico de la entidad de salud a la cual esté afiliado ó vía tutela..

No obstante, lo anterior LA COMPAÑÍA DE SEGUROS establece los siguientes períodos de carencias:

4. El medicamento formulado y no cubierto por ningún plan de salud público o privado, siempre y cuando sea derivado de una urgencia médica tiene cobertura inmediata.
5. El medicamento formulado por un médico y no cubierto por ningún plan de salud público ó privado, será reconocido a partir del día 91 del inicio de vigencia, siempre y cuando la formulación del médico no haya superado los cinco días

hábiles a partir de su expedición.

6. El medicamento formulado por un médico por concepto de enfermedades terminales ó de alto costo, será reconocido a partir del día 181 del inicio de vigencia, siempre y cuando la formulación del médico no haya superado los cinco días hábiles a partir de su expedición.

## CONDICIONES GENERALES

**CLAUSULA PRIMERA:**  
**MODALIDAD BENEFICIO: LA**  
**COMPAÑÍA DE SEGUROS**  
entregará a los beneficiarios de la presente póliza la suma asegurada descrita en la carátula de la póliza, con la presentación del carné y la fórmula debidamente diligenciada según normatividad ante la entidad autorizada por LA COMPAÑÍA DE SEGUROS para la entrega de los mismos. **LA COMPAÑÍA DE SEGUROS** prestará a los beneficiarios de la presente póliza el servicio otorgado como cobertura descrito en la carátula de la póliza, con la presentación del carné y la fórmula debidamente diligenciada según normatividad ante la entidad autorizada por LA COMPAÑÍA DE SEGUROS para la entrega de los mismos.

**CLAUSULA SEGUNDA:**  
**DEFINICIONES: Para los efectos de esta póliza, los términos que a**

**continuación se indican tendrán el significado que aquí se anota:**

4. **Tomador:** Persona jurídica que suscribe la póliza con el objeto de amparar al grupo asegurado descrito en el cuadro de declaraciones.
5. **Asegurado:** Conjunto de personas que por tener vínculo común e integrar alguna de las modalidades del grupo asegurado que se describen en la carátula de la pólizas son elegibles como aseguradas bajo esta póliza.
6. **Grupo Asegurado:** Conjunto de personas efectivamente amparado por la póliza bajo una de las siguientes condiciones:

La integración de este grupo estará sujeta a las siguientes condiciones:

- a) El titular de la póliza.
- b) El cónyuge o los hijos menores de 25 años siempre que convivan con el asegurado principal y dependan económicamente de éste.
- c) Los padres, hijos mayores de 25 años, hermanos y en general, cualquier persona adulta que dependa económicamente del tomador y que se

incluya en el plan como adicional.

En los demás casos, el número máximo de personas admisibles en el grupo será de ocho con un máximo de cuatro adultos.

**4. Beneficiario:** Persona que tiene derecho a recibir el beneficio descrito en la cobertura de la póliza.

**CLAUSULA TERCERA: ASEGURABILIDAD.** Son asegurables las personas descritas en la definición de Grupo Familiar Asegurable, que cumplan los siguientes requisitos y que sean expresamente aceptados por la Compañía:

- d) El Titular del grupo asegurado principal debe haber cumplido, al menos, 18 años de edad.
- e) En el caso de hijos dependientes, haber cumplido un (1) día de nacido y ser menos de veinticinco (25) años, siempre que demuestre su dependencia económica del titular o principal.
- f) Ser menores de 70 años.

**PARÁGRAFO:** Una vez asegurado cualquiera de los miembros del grupo familiar, la continuidad en la póliza no estará sujeta al límite de permanencia por razón de la edad.. En el caso de hijos dependientes y cumplir lo veinticinco (25) años de edad estando asegurado, podrá continuar asegurado en condición de titular,

perdiendo su estado de hijo dependiente.

**CLAUSULA CUARTA: SUMA ASEGURADA.** Será el límite máximo por persona convenido para todos los integrantes del grupo familiar asegurado, que corresponde a un valor igual para cada uno de los miembros del grupo asegurado.

**CLÁUSULA QUINTA: PAGO DE LA PRIMA.** El pago de la prima deberá hacerse anual en forma anticipada a la vigencia de la póliza escogida y cubrirá integralmente a quienes conforman el grupo.

La mora en el pago de la prima de la póliza ó de los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición de la póliza.

**CLÁUSULA SEXTA: RENOVACIÓN.** La presente póliza es renovable a voluntad de las partes contratantes. Si las partes, con antelación no menor a treinta (30) días corrientes previos a la fecha del vencimiento no manifiestan su intención de renovar el contrato, el seguro se entenderá terminado en su fecha de vencimiento anual.

**CLÁUSULA SÉPTIMA: AVISO DE SINIESTRO.** En caso de reclamación de cualquier asegurado, el interesado deberá presentarse en cualquiera de

las entidades autorizadas por la Aseguradora con la tarjeta de asegurado vigente, documento de identidad y la fórmula expedida por el médico y reclamar los medicamentos ó insumos. . Bajo ninguna circunstancia el límite reclamado podrá exceder el límite asegurado de la póliza y éste se entenderá descontado en cada reclamación de medicamentos e insumos hasta agotar el límite contratado.

**CLAUSULA OCTAVA: PRUEBA DEL SINIESTRO.** La entrega de medicamentos e insumos se acreditará exclusivamente con la fórmula médica debidamente diligenciada por profesional competente, según Decreto 22 de 2005.

**PARÁGRAFO:** En seguimiento a lo proferido por los organismos de control para la autorización y entrega de medicamentos toda fórmula debe contener los siguientes datos:

- Nombres y apellidos completos del usuario.
- Número del documento de identidad del usuario.
- Fecha de expedición de la fórmula no puede ser mayor a quince días corrientes.
- Nombre del medicamento y concentración
- Nombre y cantidad del insumo.
- Dosificación máxima para treinta (30) días.
- Firma, sello, número del documento de identidad del médico y número del registro médico.

Todo lo anterior independientemente que la fórmula esté diligenciada en papelería membreteada.

**CLAUSULA NOVENA: MODALIDAD ENTREGA DE MEDICAMENTOS. LA ASEGURADORA** mediante convenio con red de proveedores de medicamentos e insumos se compromete a hacer entrega de los medicamentos e insumos recetados al paciente hasta el monto contratado en la póliza. Los medicamentos prescritos se obtendrán con la presentación de la tarjeta de afiliación vigente, el documento de identidad, más la fórmula médica en una farmacia afiliada. Para la lista de farmacias afiliadas a la Aseguradora, el usuario podrá dirigirse a nuestro directorio de proveedores a través de consulta a la página web.

**CLAUSULA DECIMA: DEFINICIONES DEL SERVICIO DE SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS.**

- 1. Tomador del Seguros:** Persona que traslada los riesgos por cuenta propia o ajena, quien suscribe este contrato y por tanto, a quien corresponden las obligaciones que se derivan del mismo, salvo aquellas que expresamente corresponden al beneficiario.
- 2. Asegurado:** Persona titular del interés expuesto al riesgo y

a quien corresponde, en su caso, los derechos derivados del contrato.

3. Para los efectos del servicio de entrega de medicamentos tienen además la condición de beneficiario:

- a) El titular de la póliza.
- b) El cónyuge y los hijos menores de 25 años, siempre que convivan con el asegurado principal y a sus expensas.
- c) Los padres, hijos mayores de 25 años, Hermanos y en general, cualquier persona adulta incluida en el plan como adicional.

**S.M.M.L.V:** Salario Mínimo Mensual Legal Vigente es el valor que hubiera determinado el Gobierno Colombiano como tal y que se encuentre vigente al momento del siniestro.

#### **CLAUSULA DECIMA PRIMERA: COBERTURAS**

##### **1. Suministro de Medicamentos.**

La presente póliza cubre la entrega de medicamentos no cubiertos por ningún plan de salud público o privado en Colombia ó aquellos medicamentos que aún cubiertos por los planes de salud, el asegurado desee reemplazar por medicamentos de diferente laboratorio o marca, siempre y cuando éstos figuren en la fórmula médica ó no hayan

sido suministrados a través de tutelas y/o Comité Técnico Científico de la entidad de salud correspondiente.

La presente cobertura se refiere a medicamentos ambulatorios que son necesarios desde un punto de vista médico para cuidados preventivos ó para tratar enfermedades, lesiones o embarazos y en ningún momento, se cubren medicamentos con fines cosméticos ni para manejo de pacientes fuera del hospital y cubre los medicamentos de marca y genéricos que no estén cubiertos por los planes de salud y prescritos por profesionales de la salud, bajo prescripciones permitidas por la Ley Colombiana y con distribución autorizada por el INVIMA.

**2. Suministro de Insumos.** La presente póliza cubre la entrega de insumos de uso ambulatorio, aquellos indicados en la guía entregada con la póliza, gasas, guantes, algodones y/o elementos de curación, jeringas y en general, aquellos no cubiertos por ningún plan de salud público o privado en Colombia ó aquellos insumos que aún cubiertos por los planes de salud, quieran adquirir a través de la póliza.

La presente cobertura se refiere a insumos ambulatorios, es decir, para manejo de pacientes fuera del hospital y cubre los insumos que no estén contenidos por los planes de salud, siempre y cuando sean prescritos por profesionales de la salud.

3. **Servicio domiciliario de cuidados básicos de enfermería.** La presente póliza cubre el servicio de enfermería que incluye aplicación de medicamentos y curaciones, siempre y cuando el servicio domiciliario se preste dentro del perímetro urbano de las principales ciudades del país. Esta cobertura no se extiende a cubrir gastos de transporte ni alimentarios del servicio de enfermería.

4. **Servicio domiciliario de terapia física y respiratoria.** La presente póliza cubre el servicio de terapia física y respiratoria debidamente ordenadas por el médico, siempre y cuando el servicio domiciliario se preste dentro del perímetro urbano de las principales ciudades del país. Esta cobertura no se extiende a cubrir gastos de transporte ni alimentarios que se generen con ocasión del servicio.

**PARÁGRAFO:** Los suministros y servicios anteriormente mencionados son descontables entre sí y a favor de las personas definidas en la Cláusula Segunda y bajo ninguna circunstancia, excederán en forma global o individual el límite contratado en la póliza.

## **EXCLUSIONES Y LIMITACIONES DE LA COBERTURA**

La presente póliza no cubrirá:

1. Medicinas e insumos que no son necesidad médica para cuidados preventivos ó tratamiento de enfermedad, lesión o embarazo.
2. Medicinas ó productos, insumos o servicios de carácter cosmético.
3. Medicinas, insumos ó servicios que superen el límite de la cobertura.
4. Medicamentos, insumos ó servicios que no requieren prescripción médica.
5. Medicamentos, insumos ó servicios relacionados en fórmula incompleta, mal diligenciada, repisada, enmendada ó cuya prescripción no sea clara.
6. Medicamentos, insumos ó servicios con fecha de formulación mayor a treinta (30) después de su formulación.
7. Medicamentos, insumos ó servicios que no han recibido la aprobación de la FDA y el INVIMA.
8. Medicamentos, insumos ó servicios no aprobados por el INVIMA para su consumo

dentro del Territorio Colombiano.

9. Fórmulas suministradas por farmacias no afiliadas a la red de servicios.
10. Medicamentos no formulados por médicos ó suministrados por profesionales de la salud.
11. Medicamentos, insumos ó servicios que deben ser adquiridos fuera del Territorio Colombiano.
12. Medicamentos e insumos cuyo consumo esté prohibido por la Ley.
13. Medicamentos recetados con ocasión de un accidente de trabajo ó enfermedad profesional.

Las limitaciones pueden ser tanto en la cantidad del medicamento bajo cobertura como en las condiciones médicas bajo las cuales el medicamento puede ser recetado.

**CLAUSULA DECIMA SEGUNDA: EVENTOS.** En caso de requerir alguno de los suministros o servicios ofrecidos, el beneficiario podrá solicitar la asistencia por teléfono al número señalado en la tarjeta de servicio, indicando el nombre del asegurado principal, su número de cédula, destinatario de la prestación y documento de identidad, el lugar donde se encuentra y el número de teléfono de contacto. En caso que no sea posible tal comunicación telefónica y sólo para efectos del suministro de medicamentos e insumos, el Asegurado deberá dirigirse a cualquiera de las entidades

de la red autorizada por la Aseguradora.

El límite por persona ó grupo asegurado para los servicios será el límite máximo contratado en la póliza, según consta en la carátula de la misma.

**CLAUSULA DECIMA TERCERA. EDADES DE INGRESO Y PERMANENCIA.** La presente póliza no tendrá limitación de edad de ingreso y edad de permanencia.

**CLAUSULA DECIMA CUARTA: LIMITE DE RESPONSABILIDAD.** La prestación de los servicios o la entrega de medicamentos derivada de las coberturas descritas en la modalidad de beneficio, no implica responsabilidad en virtud del mismo, respecto de otras coberturas que pudiera tener la póliza de seguros.

En caso de fuerza mayor que le impida al Asegurado comunicarse con la línea de asistencia, la Compañía no reembolsará el valor de los servicios pagados por el responsable hasta por el equivalente al límite contratado por la póliza.

**CLAUSULA DECIMA QUINTA: INCUMPLIMIENTO.** La Compañía y el proveedor de servicio quedan relevadas de cualquier responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o por decisión autónoma del Asegurado o de sus responsables, no pueda efectuar cualquiera de las prestaciones previstas en la póliza.

La Compañía no se responsabilizará de los retrasos o incumplimientos por parte de los proveedores del suministro o servicio ó por el inadecuado manejo del servicio por parte del Asegurado ó por imprecisión en la información suministrada para tal fin.

En todo caso, si el Asegurado solicitara los servicios indicados en la póliza y la Compañía no pudiera intervenir directamente por razones ajenas a su voluntad, los gastos razonables en que se incurra serán reembolsados, previa presentación de los correspondientes recibos y fórmulas, siempre y cuando tales gastos se hallen cubiertos bajo la presente póliza y no hayan transcurrido más de treinta (30) del evento.

**CLAUSULA DECIMA SEXTA: OBLIGACIONES DEL ASEGURADO:** El Asegurado deberá solicitar la información a cualquier de los números indicados por la Compañía, debiendo indicar su nombre, destinatario de la prestación, el número de cédula de ciudadanía ó cédula de extranjería, el lugar donde se encuentra, el número de teléfono y el tipo de información que solicita ó a través de la página de internet prevista para tal fin.

**CLAUSULA DECIMA SEPTIMA: REVOCACION DEL SEGURO.** El seguro podrá ser revocado unilateralmente por los contratantes. Por el Asegurador, mediante noticia

escrita al Asegurado, enviada a su última dirección conocida, con no menos de diez (10) días hábiles de antelación contados a partir de la fecha del envío y por el Asegurado en cualquier momento, mediante aviso escrito al Asegurador.

En el primer caso, la revocación dará derecho al Asegurado a recuperar la prima no devengada, o sea la que corresponde al lapso comprendido entre la fecha en que comienza a surtir efecto la revocación y la de vencimiento del contrato.. La devolución se computará de igual modo, si la revocación resulta del mutuo acuerdo de las partes.

En el segundo caso, el importe de la prima devengada y el de la devolución se calcularán tomando en cuenta la tarifa de seguros a corto plazo.

**CLAUSULA DECIMA OCTAVA: PAGO DEL SINIESTRO.** La aseguradora se compromete a cumplir con la entrega del suministro de entrega de medicamento, insumos y/o servicios estipulados en la póliza a través de su red de prestadores y bajo las condiciones acordadas en el contrato de seguros.

**CLAUSULA DECIMA NOVENA: CLAUSULAS NO IMPRESAS.** La presente póliza podrá ser modificada en cualquier momento durante su vigencia, mediante escrito entre la Compañía y el Tomador.

Las estipulaciones adicionales convenidas por escrito entre el Tomador y la Compañía, tendrán la misma validez de las cláusulas impresas. Sin embargo, en caso de contradicción entre unas y otras prevalecerán las no impresas.

Toda modificación a las cláusulas impresas de la póliza, así como las cláusulas adicionales en los anexos

deberán ser sometidas al previo depósito ante la Superfinanciera.

**CLAUSULA VIGESIMA: DOMICILIO.** Sin perjuicio de las disposiciones procesales para los efectos relacionados con el presente contrato, se fija como domicilio de las partes, la ciudad de Bogotá, D.C., en la República de Colombia.

## **6.2. ASPECTOS GENERALES DEL POSIBLE PLAN LOGISTICO DE OPERACIÓN**

- Se debe establecer una red de farmacias a nivel nacional que aseguren abastecimiento oportuno de todos los medicamentos a los asegurados.
- Se debe llevar un análisis histórico sobre los medicamentos entregados con el fin de negociar los mejores precios de los medicamentos que hacen el pareto (sobre el 80% por costo) de los productos entregados.
- Las farmacias deben ser de fácil acceso para los asegurados ofreciendo un portafolio de farmacias ciudad.
- Establecer alianzas estratégicas a través de cajas de compensación familiar, entidades de salud, IPS, EPS, Compañías de Medicinas Prepagada, Red Hospitalaria pública y privada para efectos de dar a conocer el producto, incluyendo almacenes de cadena y en general puntos de venta de concurrencia masiva y Empresas de servicios Públicos, a través de las cuales se establezcan mecanismos oferta, y recaudo de la correspondientes primas, por ejemplo a través de pagos mediante descuentos a Subsidio familiar, o través de pago a través de recibos de servicios públicos, y / o facilidades a través de entidades financieras.
- Desarrollar un plan publicitario de la póliza, a través de medios masivos de comunicación.
- Campañas educativas respecto a los beneficios de la póliza y en general de la financiación de los microseguros a la población en general..

- Establecer puntos de control efectivo para un adecuado control de calidad durante todo el proceso de implementación , puesta en marcha y seguimiento de la póliza a fin de ofrecer

### **6.3. ALGUNOS RIESGOS QUE SE CORREN PARA LA COMERCIALIZACION**

- Cambios inesperados en las políticas de precios de los medicamentos de tal suerte que no se puedan compensar las primas de la póliza, con la misma rapidez que cambian los precios de los medicamentos.
- Suscribir pólizas con tomadores de conducta ética y moral dudosa
- Capacidad dudosa el solicitante para poder pagar las primas
- Especulación que permita promover el fraude a través de la contratación de pólizas
- La no continua verificación que la combinación prima / beneficio esté equilibrada
- Baja acogida del producto de parte de los usuarios potenciales.
- No tener suficiente conocimiento del perfil del grupo asegurado, en cuanto edad, genero, estado de salud.
- Que no exista relación directa entre el ingreso financiero del tomador y la suma asegurada contactada.
- Cálculo actuarial inadecuado que ocasione cálculo erróneo de la prima.
- Inadecuado estudio de siniestralidad que ponga en riesgo la sostenibilidad de la póliza
- Que no haya fidelización de los clientes
- Que la aseguradora se vea expuesta a una suscripción masiva de la poliza y que durante este proceso se omita el diligenciamiento de la solicitud individual de afiliación por el tomador y cuente con la previa aprobación del asegurado.
- Que la aseguradora no efectúe la verificación que el tomador del póliza, tenga afiliación vigente al Sistema de Seguridad Social.
- Que la compañía aseguradora no lleve un control efectivo que permita verificar si se han entregado medicamentos aún cuando estos ya han sido suministrados a través CTC o Tutelas por la respectiva EPS.
- No verificar el abastecimiento oportuno con los principales distribuidores del país.
- No efectuar alianzas con los distribuidores de alta confiabilidad y trayectoria en la comercialización con el fin de evitar la entrega de medicamentos falsificados o adulterados que circulan a través del mercado negro.
- No establecer la logística adecuada que garantice recibir las guías de transporte o de entrega debidamente fechadas y firmadas por los asegurados con el objetivo de llevar el control de las entregas.

- No verificar que los distribuidores cuenten con departamentos responsables de asegurar que la calidad cumple con los estándares exigidos por el INVIMA en cuanto a vigencia de registros sanitarios, concentración y fechas de expiración adecuadas para el consumo.
- Fallas entre la base de datos de la aseguradora y red de Farmacias, que en algún momento habiliten el suministro o demora del mismo ó que hayan entregas erróneas
- No Garantizar que no se cambien los productos formulados y autorizados ya que pueden existir presiones por parte de las compañías farmacéuticas para que aunque se entreguen productos con los mismo principios activos se cambien las marcas por ejemplo de comerciales a genéricos.
- No auditar los precios facturados por cuenta de los distribuidores a fin de que correspondan a los negociados con la aseguradora.

## **7 . CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

7.1. La propuesta de esta Póliza de Medicamentos con aplicación al segmento de microseguros, se constituye en una alternativa innovadora de fácil financiamiento para la adquisición de medicamentos insumos, y servicios básicos no cubiertos por ningún plan de salud .

7.2. Esta Póliza se constituye como tal en un Plan Adicional de Salud, PAS, enmarcada por el Decreto 806 .

7.3. Es una alternativa equitativa en la cual el consumidor obtiene un producto de óptima calidad, a bajo costo de financiación , que atenúa el impacto del gasto de bolsillo

7.4. Es una oportunidad de negocio que bien implementada por una Aseguradora, puede abarcar un enorme mercado potencial de usuarios.

7.5. Se convierte en una herramienta concomitante para la erradicación conjunta con el estado de patologías que si no son solucionados a tiempo aumentarán el gasto público en tratamiento curativo y no preventivo.

7.8 Es una forma de promover y fortalecer el sector del microseguro en Colombia.

7.6. Se recomienda seguir investigando acerca de este producto, especialmente con estadísticas macro, de mayor detalle realizando estudios actuariales que permitan llevar a cabo el lanzamiento de esta Póliza.

## 7. BIBLIOGRAFIA PRELIMINAR

[www.microhealthinsurance-india.org](http://www.microhealthinsurance-india.org) FICCI [mhi@finance.com](mailto:mhi@finance.com), [finance@ficci.com](mailto:finance@ficci.com)

La Universidad Erasmus de Róterdam [daviddror@socialre.org](mailto:daviddror@socialre.org), [dror@bmg.eur.nl](mailto:dror@bmg.eur.nl)  
Universidad de Colonia [ralf.radermacher@uni-koeln.de](mailto:ralf.radermacher@uni-koeln.de)

WHO/FIP Joint Declaration on the Role of the Pharmacist in the Fight Against the HIV-AIDS Pandemic (1997, Vancouver) FIP/WHO Guidelines for Good Pharmacy Practice (1997)

Good Pharmacy Practice in Developing Countries – Recommendations for step-wise implementation by the FIP Community Pharmacy Section (1998)

FIP Statement of Policy on Good Pharmacy Education Practice (2000, Vienna)  
FIP Statement of Professional Standards on Continuing Professional Development (2002, Nice) FIP Statement of Policy on Counterfeit Medicines (2003, Sydney) FIP Statement of Policy on Good Practice in Donations of Medicines (1997, Vancouver) FIP Statement of Professional Standards on Codes of Ethics for pharmacists (2004, New Orleans)

[www.wto.org/spanish/thewto\\_s/whatis\\_s/tif\\_s/agrm7\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/thewto_s/whatis_s/tif_s/agrm7_s.htm)-organización Mundial del Comercio. Declaración WT/MIN(01)/DEC/, Doha, 1 al 20 de noviembre de 2001 [fecha de consulta 17 de mayo de 2004].

[www.wto.org/spanish/thewto\\_s/minist\\_s/min01\\_s/mindecl\\_s.htm](http://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_s.htm) Médicos Sin Fronteras. Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciales [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: [www.msf.es/3\\_1.asp](http://www.msf.es/3_1.asp) -Moran M, Ford N. The G8 and access to medicines: no more broken promises. Lancet 2002; 359: 2188-2194.

OMS. Medicamentos esenciales. Lista Modelo de la OMS (revisada en abril de 2003) [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: [www.who.int/medicines/organization/par\\_edl/expcom13/eml13\\_sp.pdf](http://www.who.int/medicines/organization/par_edl/expcom13/eml13_sp.pdf)

MSF. Acceso a ARV: detalles prácticos de la reducción de precios para países en vías de desarrollo. MSF. Ginebra. 5.ª ed, diciembre de 2003 [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: [www.msf.es/3\\_1\\_5\\_6.asp](http://www.msf.es/3_1_5_6.asp) y [www.msf.es/pdf/msf\\_guia\\_precios\\_arv.pdf](http://www.msf.es/pdf/msf_guia_precios_arv.pdf)

OMS. Fuentes de precios de pruebas diagnósticas y medicamentos seleccionados para personas afectadas por el VIH/SIDA. Proyecto conjunto de UNICEF, el Secretariado de ONUSIDA, la OMS y MSF. Mayo de 2003.

WHO/EDM/ PAR/2003.2) [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: [www.who.int/medicines/organization/par/ipc/sources-](http://www.who.int/medicines/organization/par/ipc/sources-)

prices.pdf 8. Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI). Disponible en: [www.dndi.org/](http://www.dndi.org/)

Microseguros como herramienta alternativa de penetración de seguros en países emergentes” © Alesia Seminario Microseguros AMIS-Fides, México, 6 de Septiembre 2007 Rodríguez Pardo, 2007

BORRELL, Joan Ramón ; WATAL, Jayashree en “Impact of patents on acces to hiv/aids drugs in develo-ping countries”. Universidad de Barcelona y OMC. 2003.

CHERI Grace; “Equitable pricing of newer essential medicines for developing countries: Evidece for the potential

[http://www.microfinancegateway.org/files/30774\\_file Ye-shasvini\\_Trust\\_Good\\_and\\_Bad\\_Case\\_Study\\_](http://www.microfinancegateway.org/files/30774_file_Ye-shasvini_Trust_Good_and_Bad_Case_Study_)

ADA, CGAP Working Group on Microinsurance y BRS, 2006: Performance Indicators for Microinsurance Practitioners. Informe del taller. ADA, Luxemburgo. Churchill, C. (ed.), 2006: Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Ginebra.

Garand D. y J. Wipf, 2006: Pricing microinsurance product. In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. Munich Re Foundation/ILO, Ginebra. acquier, C., Ramm, G., Marcadent, P. y V. Schmitt-Diabate, 2006: The social protection perspective on microinsurance. In Churchill, C. (ed.): Protecting the poor: A microinsurance compendium. ILO, Ginebra.

RUTOWSKI, M., 2007: Presentation at the Iran Social Protection Seminar Junio 4 a 7, 2007. Banco Mundial. UK Department of International Development, 2006: Social Protection Briefing Note Series, Number 1. Acceso a Medicamentos Esenciales y de Alto.

Congreso de La Republica.  
[www.secretaria.senado.gov.co/estudios](http://www.secretaria.senado.gov.co/estudios)

[www.fasecolda.com](http://www.fasecolda.com).

[www.microinsurance.org/Upload Documents/PIMHandbook\\_PDF\\_sp\(2\).pdf](http://www.microinsurance.org/Upload Documents/PIMHandbook_PDF_sp(2).pdf).

[www.desarrollo-local.blogspot.com/2006\\_12\\_01\\_archive.html](http://www.desarrollo-local.blogspot.com/2006_12_01_archive.html)

RICARD Meneu, **INSTITUCIÓN:** Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. **DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA:** Ricard Meneu Fundación IISS  
C/ San Vicente 118 46008 VALENCIA Tel. 653 153318. Correo electrónico:  
[ricard.meneu@gmail.com](mailto:ricard.meneu@gmail.com)

Inflación : en el 2009 estaría entre el 15 y 20%  
[www.lanueva.com/hoy/nota/1cfb6b448d/1/19264.html](http://www.lanueva.com/hoy/nota/1cfb6b448d/1/19264.html)  
Economía y Finanzas de Ecolatina, Rodrigo Alvarez

## ANEXOS

### Anexo A

PRECION INSUMOS BASICOS	
Precio	Nombre producto
866.320,00	Cinta Obturadora Para Incontinencia Urinaria Femenina
866.320,00	Cinta de Incontinencia Urinaria Femenina Ref. IVS-02
261.658,88	Cateter ureteral doble j adulto 4.8 fr x 26-28 cm
131.250,00	Infusores de Quimioterapia duración 48h
100.000,00	Ferulas y órtesis
88.585,64	Duoderm aposito 20 x 30
78.000,00	Sondas de succión cerrada duración 72horas,
74.089,92	Gelfoam (spongostan) 8 x 12.5 cm
73.304,00	Lente Intraocular Ref: Type01
69.778,80	Faja Lumbosacra Tipo Camp LG K
69.258,02	Fixomull 10x15 medipore 4pulg
67.473,08	Esparadrapo hospital caja
67.261,14	Cpap nasal 1500 grs
67.261,14	Cpap nasal entre 1000 a 1500grs
67.261,14	Cpap nasal menor a 1000 grs
66.065,15	Esparadrapo de seda caja
63.620,97	Cateter ureteral 4 fr x 70 cm
61.656,05	Aceite de almendras
59.133,06	Aceite mineral
51.540,68	Alcohol yodado x 3800 cc
50.000,00	Aparatos ortopedicos básicos tales como, tobillera, rodillera
45.021,60	Cateter ureteral 5 fr x 70 – 75 cm
45.021,60	Cateter ureteral 6 fr x 70 cm
45.001,58	Aposito transparente 20 cm x 30 cm ref 1629
27.598,00	Esparadrapo micropore 1/2pulg piel (caja x24)
25.833,71	Esparadrapo transpore 3pulg caja x 4
23.858,13	Aposito transparente 10 cm x 25 cm ref 1627
22.667,73	Equipo bomba de infusion mrc1007 sp

Anexo. A

PRECION INSUMOS BASICOS	
Precio	Nombre producto
21.726,00	Brace de Muñeca Derecho
20.616,27	Alcohol antiséptico galon x 3800 cc
19.617,30	Bolsa transparente 20 cm x 30 cm
18.883,52	Barrera colostomia no 57
18.883,52	Barrera de colostomia no 70
18.883,52	Barrera de colostomia no 45
18.883,52	Bolsa colostomia acive life niños
18.267,95	Equipo travad enema 1500ml (bolsa) brd0021
18.267,95	Medias Antiembolicas
17.749,29	Bolsa colectora de fluidos 3000 cc 65651530
17.223,18	Esparadrappo transpore 2pulg caja x 6
17.000,00	Pañales Tena Bolsa por 8 Unidades
15.881,28	Inspirometro incentivo
15.133,65	Bolsa colectora de fluidos 1500 cc 65651515
15.070,82	Enema ssn 2.5% x 1000 ard0004
15.000,00	Aposito Hidrocoloide 10x11
14.253,96	Bactigras aposito 15x20 cm. Caja x 10 unidades
14.187,93	Lubriderm crema
14.004,75	Bolsa travasorb 1000
13.983,45	Tobillera para Esguince de Cuello de Pie
12.394,47	Bata medica reforzada
12.080,30	Cabestrillo de bolsa m
12.000,00	Sonda Nasogastrica
12.000,00	Sonda Foley (Siliconada)
11.596,79	Cabestrillo de bolsa s
11.402,96	Bactigras aposito 10x10 cm. Caja x 10 unidades
11.107,95	Bolsa colostomia no 57
11.107,95	Bolsa colostomia no 70
11.107,95	Bolsa colostomia no. 45
9.997,16	Cabestrillo de bolsa l

Anexo A.

Precio	Nombre producto
9.902,37	Banda elastica rojo
9.528,56	Banda Elástica Amarilla
9.248,46	Humidificador desechable x 400ml
9.103,62	Equipo cystoflo mrd2926
8.045,00	Esparadrapo micropore 2 pulg piel (caja x6)
7.341,05	Esparadrapo micropore piel 1pulg (caja x12)
7.286,73	Bata procedimiento esteril
6.875,64	Aposito transparente 10 cm x 12 cm ref 1626. Caja 50 unidades
6.539,10	Jeringa asepto 4 onzas
6.186,00	Aposito transparente 10 x 12 cm. Caja x 100 unidades
5.284,53	Esparadrapo micropore blanco 1pulg
5.000,00	Duoderm aposito 10X10
4.800,00	Aposito Hidrocoloide 10x10
4.208,88	Apositos Hydrofilm10cm X 15cm Ref.900863 Caja X 50 Unidades
3.819,09	Buretrol arc7503
3.700,00	Tapabocas Cja x 20
3.688,10	Bactigras aposito 5x5 cm. Caja x 50 unidades
3.000,00	Cateter endovenoso con autogard
2.898,93	Aposito transparente 6 x 7 cm. Caja x 100 unidades
2.649,72	Bata paciente pediatico
2.615,64	Jeringa 60cc sin punta cateter
2.416,49	Compresa esteril 18x18 ref: 6522
2.383,47	Compresa esteril 18 x 18 unitaria
2.230,02	Biberon 4 onzas
2.230,02	Biberon 8 onzas
2.093,79	Aposito ocular
2.027,76	Equipo venoclisis mrc0001p
1.826,48	Agua oxigenada 120 ml
1.650,00	Toallas desechables para manos ( unidad)
1.500,00	Cateter de succión desechable

Anexo. A

PRECION INSUMOS BASICOS	
Precio	Nombre producto
1.500,00	Sonda Foley ( sencilla)
1.333,38	Guantes esteriles numero 6 ½
1.333,38	Guantes esteriles numero 7
1.333,38	Guantes esteriles numero 7 ½
1.333,38	Guantes esteriles numero 8
1.333,38	Guantes esteriles numero 8 ½
1.260,00	Equipo Macrogoiteo
1.260,00	Equipo de Venocllisis
888,21	Jeringa 20cc 3 partes
777,45	Bolsa 12 cmx 35 cm soporte
777,45	Bolsa plastica 36.5 x 55 cm soporte nutricional (negra)
666,69	Jeringa insulina 29 x 1/2 ultrafine
486,71	Jeringa tuberculina 25 5/8
421,74	Bolsa recoleccion de orina pediatrica
373,82	Gasa precortada 7.5x7.5 esteril ref: 8043
366,36	Jeringa 10cc rosca 3 partes
354,65	Gasa precortada 10x10 esteril ref:8044
302,46	Bolsa 22 cm x 35 cm soporte (negra)
266,25	Jeringa desechable 5cc
233,24	Jeringa 2cc aguja 23x1 2 partes
220,46	Gorro desechable
194,9	Jeringa 3cc rosca 3 partes
191,7	Guantes examen m
191,7	Guantes examen s
140,58	Aguja hipodermica 18 x 1 ½
137,39	Aguja hipodermica 20 x 1 ½
110,76	Aguja hipodermica 18 x 1
110,76	Rodil

Anexo A

PRECION INSUMOS BASICOS	
Precio	Nombre producto
110,76	Aguja hipodermica 21 x 1
110,76	Aguja hipodermica 21 x 1 ½
110,76	Aguja hipodermica 22 x 1
110,76	Aguja hipodermica 22 x 1 ½
110,76	Aguja hipodermica 15x 15
82,01	Airstrip 2 x 2 cm cureband
69,23	Gasa precortada 7.5x7.5 no esteril (TYCO)
44,73	Bajalenguas
25,56	Aplicadores de algodón
<b>TOTAL</b>	<b>4.151.908,20</b>

Anexo B.

<b>MUESTRA REPRESENTATIVA Y MOTIVODE NEGACION DE COMITES TECNICO CIENTIFICOS EPS DE BOGOTA (20004-2008)MUESTRA REPRESENTATIVA Y MOTIVODE NEGACION DE COMITES TECNICO CIENTIFICOS EPS DE BOGOTA (20004-2008)</b>					
<b>AÑO</b>	<b>EDAD</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>MEDICAMENTO SOLICITADO</b>		<b>JUSTIFICACIÓN</b>
2004	40	LINFADENITIS GRANULOMATOSA	CLARITROMICINA	NIEGA	No riesgo inminente para la vida. usuario con capacidad de pago.
2004	14	HEPATITIS C CRONICA	INTERFERON ALFA 2B PEGILADO	NIEGA	Usuario con capacidad de pago. el valor total de tratamiento es de \$2.280.000,00
2004	81	ESTREÑIMIENTO SEVERO. ENFERMEDAD DIVERTICULAR?	FIBRA NATURAL	NIEGA	No riesgo inminente para la vida. usuario. el estreñimiento es un sintoma que se maneja con una adecuada dieta rica en fibra, la cual se encuentra en los alimentos.
2004	35	HIPERPROLACTINEMIA	CABERGALINA	NIEGA	La paciente, al inicio del tratamiento presentaba valores de prolactina de 422mg/ml y con el uso de bromocriptina, se ha obtenido respuesta clínica, disminuyendo dichos valores. por tanto no se autoriza el medicamento no pos solicitado.
2005	7	SINDROME DE LENNOX	OXCARBAZEPINA	NIEGA	Medicamento no p.o.s. no cumple con la resolución 3797/2004.
2005	7	SINDROME DE LENNOX	VALPROATO DE MAGNESIO	NIEGA	Medicamento no p.o.s. no cumple con la resolución 3797/2004.
2005	7	SINDROME DE LENNOX	VIGABATRINA	NIEGA	Medicamento no p.o.s. no cumple con la resolución 3797/2004.
2005	35	VIH	Z-BEC	NIEGA	Medicamento no p.o.s. no cumple con la resolución 3797/2004.
2005	70	VERTIGO DE ORIGEN CENTRAL	GADOLINEO	NIEGA	Medicamento no p.o.s. no cumple con la resolución 3797/2004.

Anexo. B

MUESTRA REPRESENTATIVA Y MOTIVODE NEGACION DE COMITES TECNICO CIENTIFICOS EPS DE BOGOTA (20004-2008)					
AÑO	EDAD	DIAGNOSTICO	MEDICAMENTO SOLICITADO		JUSTIFICACIÓN
2006	50	LINFOMA B	MESNA	NIEGA	Existen alternativas en el POS.
2006	64	PIONEFROSIS	CEFUROXIMA	NIEGA	No hay dosis pendientes a la fecha del comité.
2006	81	INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	DILTIAZEM	NIEGA	No hay justificación clara.
2006	65	CARDIOMIOPATIA ISQUEMICA	CLOPIDOGREL	NIEGA	No hay evidencia clínica y hay alternativas en el POS.
2006	52	SINDROME DE SJOGREN	HIDROXICLOROQUINA	NIEGA	No hay riesgo inminente para la vida, ni evidencia de intolerancia a medicamento POS registrada en historia clínica.
2007	1	RN PREMATURO DE 27 SEMANAS, BAJO PESO	MULTIVITAMINAS	NIEGA	No es medicamento, es alimentación
2007	1	RN PREMATURO DE 27 SEMANAS, BAJO PESO	MULTIVITAMINAS + ZINC	NIEGA	Existen alternativas en el POS
2007	75	POP REEMPLAZO TOTAL CADERA	FONDAPARINA	NIEGA	El medicamento solicitado es POS, el POS autoriza medicamentos en presentación genérica
2007	76	REVASCULARIZADO CON ANGINA RECURRENTE	TRIMETACIDINA	NIEGA	No hay evidencia de utilización de las alternativas del POS
2007	11	TALLA BAJA	HORMONA DE CRECIMIENTO	NIEGA	No hay riesgo para la vida
2008	86	DEMENCIA TIPO ALZHEIMER	MEMANTINA	NIEGA	Medicamento que no detiene la progresión de la enfermedad, solo para manejo de sintomatología, no hay riesgo para la vida
2008	8	ASMA BRONQUIAL - RINITIS ALERGICA	FUROATO DE MOMETASONA	NIEGA	Se evidencia inadecuado uso y aplicación del medicamento POS, no se trata de que el paciente no este respondiendo al medicamento del POS, se trata de mala aplicación del mismo

Anexo. C

MUESTRA DE ALGUNOS MEDICAMENTOS,ONCOLOGICOS NO POS .PROVEEDOR L1					
GENERICO	NOMBRE	CONCENTRACION	PRESENTACION	\$ VENTA	TIPO MEDICAMENTO
PACLITAXEL	BRISTAXOL	30 mg	Vial	73.500	ANTINEOPLASICO
PACLITAXEL	BRISTAXOL	100 mg	Vial	336.000	ANTINEOPLASICO
PALONOSETRON	ONICIT	0,25 mg/5 MI	VIAL	201.600	ANTINEOPLASICO
PEMETREXED	ALIMTA	500 mg	Vial	2.625.000	COADYUVANTE
PREDNISOLONA	METICORTEN	50 mg	Caja x 100	900	ANTINEOPLASICO
RITUZIMAB	MABTHERA	500 mg	Ampolla	7.217.000	ANTINEOPLASICO
RITUZIMAB	MABTHERA	100 mg	Caja x 2	2.905.100	ANTINEOPLASICO
SORAFENIB	NEXAVAR	200 mg	CJ X 60 TAB	11.792.300	ANTINEOPLASICO
SUNITINB	SUTENT	12,5 mg	FCO X 28 CAP	1.983.300	ANTINEOPLASICO
SUNITINB	SUTENT	25 mg	FCO X 28 CAP	3.966.500	ANTINEOPLASICO
SUNITINB	SUTENT	50 mg	FCO X 28 CAP	7.933.000	ANTINEOPLASICO
TAMOXIFENO	NOVALDEX	10 mg	Caja x 30	29.400	ANTINEOPLASICO
TAMOXIFENO	NOVALDEX	20 mg	Caja x 30	29.400	ANTINEOPLASICO
TEGAFUR-URACILO	UFT	100-224 mg	FCO X120	840.000	ANTINEOPLASICO
TEMOZOLAMIDA	TEMODAL	20 mg	Fco x 5	507.300	ANTINEOPLASICO
TEMOZOLAMIDA	TEMODAL	100 mg	Fco x 5	2.536.500	ANTINEOPLASICO
TEMOZOLAMIDA	TEMODAL	250 mg	Fco x 5	6.341.300	ANTINEOPLASICO
THIOGUANINA	LANVIS	40 mg	Fco x 25	182.500	ANTINEOPLASICO
TOPOTECAN HCL	HYCAMTIN	4 mg	Vial	675.100	ANTINEOPLASICO
TRASTUZUMAB	HERCEPTIN	440 mg	Vial	8.182.700	ANTINEOPLASICO
TRETINOINA	VESANOID	10 mg	Fco x 100	1.291.400	ANTINEOPLASICO
TRIPTORELINA	DECAPECTYL	3.75 mg	Vial	357.000	ANTINEOPLASICO
VINBLASTINA		10 mg	Vial	35.700	ANTINEOPLASICO
INFUSOR	65 ml	12 HORAS		110.200	COADYUVANTE
INFUSOR	65 ml	1 DIA		115.500	COADYUVANTE
INFUSOR SV	65 ml	5 DIAS SV		173.200	COADYUVANTE
INFUSOR LV	275 ml	5 DIAS LV		173.200	COADYUVANTE
INFUSOR LV	105 ml	48 HORAS		142.800	COADYUVANTE

Anexo.D

<b>VACUNAS</b>	<b>TARIFA 2009</b>
Vacuna Anti- influenza Sol Iny No aplica GRIPE	<b>33.705</b>
Vacuna antihepatitis B Sol Iny No aplica Adulto	<b>27.285</b>
Vacuna Antimeningococo Sol Iny No aplica A y C	<b>64.735</b>
Vacuna contra Difteria-Tetanos Amp No aplica	<b>19.260</b>
Vacuna Contra Fiebre Amarilla Amp Prec No aplica	<b>49.755</b>
Vacuna Contra Fiebre Tifoidea Amp Prec No aplica	<b>74.900</b>
Vacuna Contra Hepatitis A Sol Iny No aplica Adulto	<b>88.275</b>
Vacuna Contra Hepatitis A Sol Iny No aplica Niño	<b>87.205</b>
Vacuna Contra Varicela Amp Prec No aplica	<b>115.560</b>
Vacuna DPT acelular y polio Sol Iny No aplica IM	<b>76.505</b>
Vacuna Hexavalente Amp Prec No aplica	<b>158.895</b>
Vacuna Neumococo conjugada Amp No aplica	<b>241.500</b>
Vacuna Pentavalente Sol Iny No aplica	<b>101.650</b>
Vacuna Pneumo23 Amp No aplica	<b>98.975</b>
Vacuna Triple Viral MMR Amp No aplica	<b>25.145</b>
Vacuna Contra la Difteria. Tétano y Tosferina D.p.t Sol Iny acelular	<b>83.460</b>
Vacuna Papiloma Humano Sol Iny No Aplica (gsk)	<b>260.813</b>
Vacuna Pentavalente Sol Iny No Aplica	<b>101.650</b>
Vacuna Rotavirus Sol Iny No Aplica	<b>214.000</b>
Vacuna HVB Sol Iny No aplica ( )	<b>24.075</b>
Vacuna Papiloma Humano Sol Iny No Aplica ( )	<b>299.000</b>

**ANEXO. E**  
**PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA EPS**

CONSULTA DE URGENCIAS DE 5 A 14 AÑOS

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Trauma	785	8393	93.53
Infección Respiratoria Aguda	496	8393	59.10
Enfermedad Diarreica Aguda	329	8393	39.20
Otros dolores abdominales y los no especificados	167	8393	19.90
Otitis	161	8393	19.18
Fiebre , no especificada	78	8393	9.29
Asma	68	8393	8.10
Nausea y vomito	58	8393	6.91
Cefalea	54	8393	6.43
Enfermedad ácido péptica	28	8393	3.34

HOSPITALIZACIÓN 5 A 14 AÑOS:

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
<b>Asma</b>	100	8393	11.91
<b>Trauma</b>	93	8393	11.08
<b>Enfermedad diarreica aguda</b>	82	8393	9.77
<b>Nausea y vómito</b>	53	8393	6.31
<b>Dolor abdominal</b>	50	8393	5.96
<b>Infección de vías urinarias</b>	36	8393	4.29
<b>Apendicitis aguda</b>	32	8393	3.81
<b>Depleción de volumen</b>	31	8393	3.69
<b>Otitis</b>	30	8393	3.57
<b>Fiebre no especificada</b>	28	8393	3.34

Población de 15 a 44 años hombres: Consulta Externa

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Consulta, no especificada	1,053	11496	91.60
Trauma	960	11496	83.51
Infección respiratoria aguda	621	11496	54.02
Acné, no especificado	572	11496	49.76
Lumbalgia –dorsalgia	447	11496	38.88
Enfermedad ácido péptica	389	11496	33.84
Enfermedad por VIH	255	11496	22.18
Rinitis alérgica, no especificada	240	11496	20.88
Otros estados posquirúrgicos especificados	228	11496	19.83
Astigmatismo	176	11496	15.31

CONSULTA DE URGENCIAS HOMBRES DE 15 A 44 AÑOS

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Trauma	1027	11496	89.34
Infección respiratoria aguda	490	11496	42.62
Enfermedad diarreica aguda	322	11496	28.01
Lumbalgia –dorsalgia	152	11496	13.22
Otros dolores abdominales y los no especificados	130	11496	11.31
Litiasis renal	82	11496	7.13
Otitis	80	11496	6.96
Dolor en el pecho, no especificado	80	11496	6.96
Cefalea	79	11496	6.87
Desviación del tabique nasal	79	11496	6.87

HOSPITALIZACIÓN 15 A 44 AÑOS HOMBRES

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Dolor abdominal	89	11496	7.74
Trauma	59	11496	5.13
Trastornos mentales	48	11496	4.18
Apendicitis aguda	42	11496	3.65
Dolor en el pecho	34	11496	2.96
Enfermedad diarreica aguda	31	11496	2.70
Litiasis renal	18	11496	1.57
Infección vías urinarias	17	11496	1.48
Infección viral no especificada	13	11496	1.13
Colitis y gastroenteritis	12	11496	1.04

En el año 2003, aparecía como novena causa de consulta, la obesidad y al comparar con el año 2007 no se encuentra dentro de las primeras diez causas de consulta.

Población de 15 a 44 años mujeres: Consulta Externa

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Examen ginecológico (general) (de rutina)	2,888	13149	219.64
Supervisión de embarazo	1,983	13149	150.81
consulta, no especificada	997	13149	75.82
infección respiratoria aguda	972	13149	73.92
Acné , no especificado	797	13149	60.61
Enfermedad ácido péptica	693	13149	52.70
Lumbalgia –dorsalgia	682	13149	51.87
Trauma	611	13149	46.47
Hipotiroidismo, no especificado	589	13149	44.79
Trastorno de los dientes y de sus estructuras de sostén, no especificadas	480	13149	36.50

**CONSULTA DE URGENCIAS 15 A 44 AÑOS MUJERES:**

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Trauma	794	13149	60.38
Infección Respiratoria Aguda	684	13149	52.02
Enfermedad Diarreica Aguda	405	13149	30.80
Enfermedades asociadas al embarazo, parto y puerperio	588	13149	44.72
Otros dolores abdominales y los no especificados	311	13149	23.65
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	240	13149	18.25
Lumbalgia –dorsalgia	185	13149	14.07
Enfermedad Acido Péptica	146	13149	11.10
Otitis	102	13149	7.76
Cáncer	74	13149	5.63

**Población de 45 a 59 años:**

**45 A 59 AÑOS CONSULTA EXTERNA:**

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Lumbalgia-dorsalgia	1,594	11962	133.26
Consulta, no especificada	1,490	11962	124.56
Estados menopausicos y climatericos femeninos	1,410	11962	117.87
Examen ginecologico (general) (de rutina)	1,386	11962	115.87
Cáncer	1,115	11962	93.21
Trauma	1,084	11962	90.62
Enfermedad Hipertensiva	1,058	11962	88.45
Enfermedad Acido Péptica	943	11962	78.83
Hipotiroidismo, no especificado	919	11962	76.83
Infección Respiratoria Aguda	907	11962	75.82

CONSULTA DE URGENCIAS 45 A 59 AÑOS:

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	Tasa/1000
Trauma	616	11962	51.50
Infección Respiratoria Aguda	270	11962	22.57
Enfermedad Diarreica Aguda	212	11962	17.72
Lumbalgia dorsalgia	193	11962	16.13
Cáncer	153	11962	12.79
Dolor en el pecho, no especificado	143	11962	11.95
Otros dolores abdominales y los no especificados	128	11962	10.70
Infección de vías urinarias, sitio no especificado	89	11962	7.44
Insuficiencia renal crónica	87	11962	7.27
Litiasis Renal	84	11962	7.02

Población de 60 años y más:

60 AÑOS Y MÁS CONSULTA EXTERNA:

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	Tasa/1000
Enfermedad hipertensiva	3,028	8987	336.93
Cáncer	2,594	8987	288.64
Lumbalgia –dorsalgia	1,872	8987	208.30
Consulta , no especificada	1,797	8987	199.96
Trauma	1,151	8987	128.07
Diabetes	1,130	8987	125.74
Infección respiratoria aguda	1,069	8987	118.95
Enfermedad ácido péptica	931	8987	103.59
Catarata	895	8987	99.59

Hiperplasia de la próstata	863	8987	96.03
----------------------------	-----	------	-------

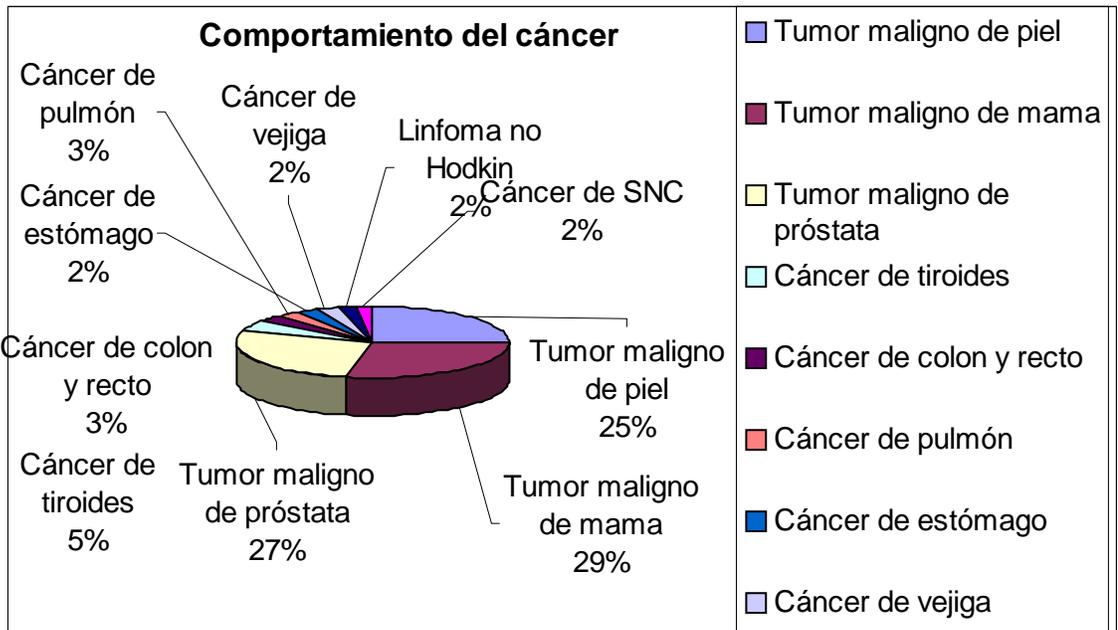
**CONSULTA DE URGENCIAS 60 AÑOS Y MÁS:**

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa/1000</b>
Trauma	604	8987	67.21
Cáncer	435	8987	48.40
Infección Respiratoria Aguda	267	8987	29.71
Enfermedad hipertensiva	194	8987	21.59
Enfermedad Diarreica aguda	164	8987	18.25
Lumbalgia-dorsalgia	156	8987	17.36
Catarata	146	8987	16.25
Insuficiencia renal crónica, no especificada	133	8987	14.80
Dolor en el pecho, no especificado	127	8987	14.13
Otros dolores abdominales y los no especificados	91	8987	10.13

**CÁNCER:**

Las primeras diez causas de consulta relacionadas con cáncer son las siguientes:

<b>Causa</b>	<b>Número</b>	<b>Población</b>	<b>Tasa x mil</b>
Tumor maligno de piel	252	56394	4.47
Tumor maligno de mama	153	30355	5.04
Tumor maligno de próstata	126	26039	4.84
Cáncer de tiroides	48	56394	0.85
Cáncer de colon y recto	34	56394	0.60
Cáncer de pulmón	27	56394	0.48
Cáncer de estómago	25	56394	0.44
Cáncer de vejiga	25	56394	0.44
Linfoma no Hodkin	23	56394	0.41
Cáncer de SNC	20	56394	0.35



**MORTALIDAD:**

Principales causas de fallecimiento:

Causa	Total	Porcentaje
Cáncer	29	17.79%
Enfermedades pulmonares	25	15.34%
Infarto agudo del miocardio	6	3.68%
Diabetes	5	3.07%
Insuficiencia cardiaca	4	2.45%

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION**

No.	VARIABLES	DESCRIPCION DE LA VARIABLES
1	<b>NOMBRE DEL POSTGRADO</b>	Especialización en Seguros y Seguridad Social
2	<b>TITULO DEL PROYECTO</b>	Diseño de una Póliza de Seguros para la Adquisición de Medicamentos que no están cubiertos por ningún plan de salud público ó privado en Colombia con aplicación al Segmento de Microseguros.
3	<b>AUTORES</b>	Bernal Calderon Marivel y Urrego Urrego Blanca Cecilia
4	<b>AÑO Y MES</b>	2009 Febrero
5	<b>NOMBRE DEL ASESOR</b>	Dr. Héctor Darío Gómez Ahumada
6	<b>DESCRIPCION O ABSTRACT</b>	La Ley 100 de 1993 aumentó la cobertura en salud del 22% al 84%, significando un avance desde el punto de vista cuantitativo. Aún existen grandes limitaciones de acceso de los colombianos a los servicios de salud, especialmente a los medicamentos que no son entregados, ó porque no están en sus planes de beneficios del régimen contributivo o subsidiado, ó están por fuera del sistema. No todas las personas tienen posibilidades económicas para financiar sus medicamentos, haciéndose necesario diseñar un esquema de seguro privado de medicamentos que, bajo la modalidad de Plan Adicional de Salud y la estrategia de microseguros, supla las necesidades de financiación de medicamentos, mediante el diseño de una Póliza de Medicamentos que complemente la Ley.
7	<b>PALABRAS CLAVES O DESCRIPTORES</b>	Microseguros, Póliza de Medicamentos, Plan Adicional de Salud(PAS), Logística, Accesabilidad, Patologías, Financiación y transferencia de riesgo
8	<b>SECTOR ECONOMICO AL QUE PERTENECE EL PROYECTO</b>	Séctor Financiero (Seguros de Salud y Seguridad Social en Salud)
9	<b>TIPO DE INVESTIGACION</b>	Investigación Aplicada
10	<b>OBJETIVO GENERAL</b>	Proponer al mercado asegurador una Póliza de Medicamentos con aplicación al segmento de Micro seguros, que obrará como un mecanismo de financiación y transferencia de riesgos que permita a los usuarios del sistema de seguridad social colombiano, mediante el pago de una prima económica y según el límite de valor asegurado escogido, el acceso a medicamentos recetados que no estén cubiertos dentro de ningún régimen de salud.
11	<b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b>	Realizar análisis de precios de medicamentos en un segmento del mercado de usuarios de una entidad Promotora de Salud Privada y de Medicina Prepagada con el fin de establecer una base que permita establecer una base que permita aportar elementos objetivos y técnicos para el cálculo de la prima con criterios de suficiencia. Esbozar, a partir de la muestra analizada, algunas de las patologías más frecuentes en la entidad objeto del presente estudio para determinar el tipo de medicamentos con mayor demanda. Diseñar la Póliza de Medicamentos y su nota técnica. Diseñar un modelo de folleto para la comercialización de la póliza. Esbozar un plan logístico sobre cómo operará la red de servicios para reclamar los medicamentos, insumos y servicios. Sugerir planes de valor asegurado de acuerdo con la tabla de ingresos de cotización y planes para el pago de la prima. Señalar algunos riesgos que se corren con la comercialización del producto.

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION**

No.	VARIABLES	DESCRIPCION DE LA VARIABLES
12	<b>FUENTES BIBLIOGRAFICAS</b>	www.fasecolda.com, www.microinsurance.org/Upload, ricard.meneu@gmail.com, www.secretaria senado.gov.co/estudios, www.microhealthinsurance-india.org, Microseguros como herramienta alternativa de penetración de seguros en países emergentes" © Alesia Seminario Microseguros
13	<b>RESUMEN O CONTENIDO</b>	<p>Con la Ley 100 los medicamentos, por primera vez, se integran en la prestación del servicio de salud. Las EPS montaron su cadena de distribución y en tres años llegaron a controlar el mercado. Antes de 1994, la distribución de medicamentos era controlada en más del 40% por el Seguro Social. Así mismo, en los últimos años se produjo un incremento constante del precio de los medicamentos (hasta un 20% en los genéricos) al concederse la libertad de precios en el mercado y cambiar el régimen de control.</p> <p>Es evidente que ante la situación actual en el manejo y venta de medicamentos existen varios factores que revierten directamente en el usuario, no tanto por el precio como por la calidad del medicamento y lo que es peor, si compra medicamentos adulterados afecta su salud, pero si no los compra prescinde del tratamiento adecuado y como tal no obtiene la cura pronosticada por el médico.</p> <p>Al existir un producto en el mercado asegurador Colombiano como una póliza de medicamentos que se puede adquirir con el pago de una prima módica, el usuario tendría un acceso fácil a la compra de medicamentos adecuados a su dolencia, sin importar que no estén bajo el plan de cualquiera de los regímenes del Sistema de Seguridad Social Colombiano y bajo esta modalidad de adquisición estaría ayudando a la compra lícita, a la garantía de calidad y combatiendo el mercado negro de medicamentos. El producto proporcionaría una solución al usuario quien contaría con un beneficio (especie) para la compra de medicamentos ó insumos médicos, además el producto obraría como complemento al objetivo social de la Ley 100/93, pues con la adquisición del producto se disminuiría la demanda de medicamentos por tutela y comités técnicos científicos, favoreciendo de esta manera la inversión de dichos recursos en planes de cuidado de la salud que redundará en mejoramiento de los indicadores del nivel de vida y bienestar de la población Colombiana.</p>
14	<b>METODOLOGIA</b>	ESTUDIO PERFIL EPIDEMIOLOGICO, DEFINICION DE POBLACION, PRECIOS DE MEDICAMENTO E INSUMOS, SUSTENTO JURIDICO Y DISEÑO DE LA POLIZA.
15	<b>CONCLUSIONES</b>	<p>La propuesta de esta Póliza de Medicamentos con aplicación al segmento de microseguros, se constituye en una alternativa innovadora de fácil financiamiento para la adquisición de medicamentos insumos, y servicios básicos no cubiertos por ningún plan de salud.</p> <p>Esta Póliza se constituye como tal en un Plan Adicional de Salud, PAS, enmarcada por el Decreto 806 .</p> <p>. Es una alternativa equitativa en la cual el consumidor obtiene un producto de óptima calidad, si que de por medio este el factor económico</p> <p>Es una oportunidad de negocio que bien implementada por una multinacional y Aseguradora, puede abarcar un mercado potencial de usuarios.</p> <p>Se convierte en una herramienta para la erradicación conjunta con el estado de estados de enfermedad que si no son solucionados a tiempo aumentarán el gasto público en tratamiento curativo y no preventivo de muchas patologías.</p>
16	<b>RECOMENDACIONES</b>	La única recomendación es recibir el apoyo de la Universidad para poner a disposición de alguna Compañía de Seguros del mercado Colombiano, la póliza, su diseño y la posibilidad de entregarla para su comercialización. De nuestra parte, quedamos a disposición para presentar el proyecto, su alcance, sus ventajas y la forma de cómo se podría llevar a la realidad esta póliza.

CRISANTO QUIROGA

UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
INSTITUTO DE POSTGRADOS  
RESUMEN ANALITICO DE INVESTIGACION

No.	VARIABLES	DESCRIPCION DE LA VARIABLES
-----	-----------	-----------------------------

Coordinador Comité de Investigación