

**DIFERENCIAS EN LA REGULACIÓN DE LOS CONTRATOS DE MEDICINA
PREPAGADA, PLANES DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIOS Y PÓLIZAS DE
SEGUROS EN COLOMBIA DESDE LA EXPEDICIÓN DE LA LEY 100 DE 1993
HASTA LA FECHA**

**ISMAEL ENRIQUE CASTILLO BLANCO
JAVIER DE JESÚS DIAZGRANADOS MONTERO
MÓNICA MARÍA DÍAZ BÁEZ
CLAUDIA JANETH ACOSTA JAIMES**

**DIRECTOR
Dr. ORLANDO SALINAS GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
FEBRERO 2007**

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	3
1. NOMBRE DEL PROYECTO	7
1.2 Planteamiento del Problema	7
1.3 Objetivos	11
1.3.1. Objetivo General	11
1.3.2. Objetivos Específicos	12
1.3.3. Metodología	12
1.4 Estado del Arte	13
1.4.1 Marco Conceptual	13
1.4.2 Marco Espacial	14
1.4.3 Marco Teórico	14
2 DIAGNÓSTICO SECTORIAL	23
2.1 Tarifas	28
2.2 Requisitos de los Modelos de los Contratos	28
3 Factores Comunes de los Contratos de Medicina Prepagada, Planes Complementarios y Pólizas de Salud	30
3.1 Diferencias entre planes de Medicina Prepagada y Planes Complementarios	31
3.2 Circular Externa 039 de 2006 de la Superintendencia de Salud	40
4 CONCLUSIONES	44
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Las reformas a los sistemas de Salud en el mundo están a la orden del día; al respecto, los desafíos que enfrentan los formuladores de política en casi todos los países son bastantes similares:

- Hacer un sistema de salud en el que tanto la financiación como la prestación de servicios sean equitativos.
- Buscar un mejoramiento en la eficiencia tanto en la financiación como en el gasto sectorial.
- Mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr sistemas de salud que sean viables y sostenibles financiera y políticamente.

El sistema colombiano de salud es uno de los que ha iniciado el camino de la reforma desde la sanción de la ley 100 de 1993 mediante el cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Hasta comienzos de la década de los años noventa la medicina en Colombia estaba basada en una clara división entre lo público y lo privado. En la primera área estaba la seguridad social, un monopolio del Estado donde la afiliación de las empresas a los trabajadores era obligatoria y constituía el epicentro de la atención en salud para los colombianos. En la segunda, estaba la medicina

privada dirigida por entidades y profesionales a quienes accedía la minoría de la población con capacidad adquisitiva para sufragar los altos costos.

El inicio de la década de los años noventa supuso una modificación sustancial a este esquema dicotómico por dos factores fundamentales. En primer lugar, la abolición en 1.993 del monopolio estatal sobre la seguridad social, y segundo la globalización de la medicina permitieron la llegada de competidores extranjeros a la medicina privada y la lógica presión para que las firmas nacionales constituyeran sus propias alianzas para poder competir por los clientes.

El simple sistema de salud colombiano evolucionó en 10 años a una velocidad inusitada, creando tantas siglas y entidades, que la mayor parte de los colombianos aún no entienden cuál es la diferencia entre unos y otros. La existencia de EPS, ARP, IPS, MPP, PAC, HyC, PAS han confundido a los colombianos y los han llevado, incluso a que estén afiliados a más de una de estas entidades, lo que ha ocasionado en algunos casos el pago doble de los servicios de salud.

Así como antes de los noventa operaba una diferencia entre la medicina pública y la privada, hoy opera una dicotomía entre la medicina obligatoria y la voluntaria. El Plan Obligatorio de Salud tiene como una de sus funciones la vinculación de todos y cada una de las familias colombianas, siendo estos los que eligen la entidad promotora de salud para su afiliación, entidades llamadas EPS. Sin embargo, no son las EPS quienes prestan la atención médica, estas firmas contratan a las IPS,

Instituciones Prestadoras de Salud (clínicas, hospitales, centros de diagnóstico, etc.), encargadas de la atención de los pacientes. Entre las EPS se encuentran entidades privadas y públicas (Instituto del Seguro Social ISS).

Con respecto a la Medicina voluntaria no obligatoria, llamada en Colombia PAS (planes adicionales de Salud) de las cuales hacen parte las compañías de MPP (Medicina Prepagada), los PAC (planes de atención complementaria) y las HyC (Pólizas de hospitalización y cirugía); podemos afirmar que es un sistema más costoso y con una cobertura mayor que el de las EPS.

Las Prepagadas brindan la posibilidad de acceder a las mejores clínicas y a habitación individual en el momento de una hospitalización, entre otras cosas. La diferencia entre el servicio de medicina prepagada y el POS se centra principalmente en los beneficios adicionales de hotelería. Aunque estos planes son por lo general ciento por ciento sin topes ni deducibles, es importante tener en cuenta que no es posible afiliarse a alguno sin antes estar afiliado a una EPS, porque sólo así se garantiza que todos los trabajadores aporten al Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud.

La Superintendencia Nacional de Salud es la encargada de reglamentar las distintas tarifas de acuerdo al costo-beneficio que ofrece cada compañía de Salud. Por lo contrario para la pólizas de Hospitalización y Cirugía es la Superintendencia

Financiera quien las regula, siendo esto uno de los inconvenientes que han motivado nuestro tema de investigación.

Hacia el futuro, la globalización mundial presionará a las entidades a ser más competitivas para obtener el acceso de clientes de diferentes lugares del mundo. La posibilidad de realizar alianzas estratégicas entre entidades de diferentes países, el envío de los resultados de los análisis por Internet a los usuarios entre otros aspectos, harán de la medicina colombiana una de las más competitivas de la región.

Para describir mejor las diferencias en la regulación de los contratos de medicina prepagada, planes de atención complementario y pólizas de seguros en Colombia desde la expedición de la ley 100 de 1993 hasta la fecha, el trabajo de investigación esta estructurado en cuatro capítulos, siendo el primero el nombre del proyecto, segundo el diagnóstico sectorial, tercero los factores comunes de los contratos de medicina prepagada, planes complementarios, pólizas de salud y en el capítulo cuarto las conclusiones de nuestra investigación..

1. NOMBRE DEL PROYECTO

Diferencias en la regulación de los contratos de medicina prepagada, planes de atención complementario y pólizas de seguros en Colombia desde la expedición de la ley 100 de 1993 hasta la fecha.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad las compañías de medicina prepagada están en desventaja frente a los planes de atención complementarios y las pólizas de seguros en cuanto a su normatividad y legislación, debido a que cada una de estas es vigilada por diferentes organismos de control. Mientras que la Medicina Prepagada y los planes de atención complementarios son vigilados por la Superintendencia de Salud, las pólizas de Hospitalización y Cirugía son vigiladas por la Superintendencia financiera a través de las compañías de seguros de vida.

Una de las principales amenazas para el sector, es la discriminación que en materia de regulación tienen los planes de Medicina Prepagada frente a otros tipos de planes que se ofertan en el mercado y que pueden considerarse como alternativos o sustitutos como son las pólizas de salud y los planes de atención complementarios. Esta preocupación es cada vez mayor en la medida en que la

posición asumida por el ente de vigilancia y control, nos aleja cada vez más de la regulación de las pólizas colocando a estas entidades en desventaja frente a la dinámica del mercado.

Consideramos que tratándose de productos alternativos, la regulación debe ser similar en aras de garantizar la libre y leal competencia. De igual manera, a nuestro juicio, se debe contar con criterios similares para el ejercicio de las funciones de control y vigilancia.

Las diferentes posiciones asumidas en el último periodo, por el ente de control frente a la existencia de los planes de medicina prepagada y la relación frente a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud, dándole el mismo tratamiento que la ley otorga a los planes complementarios y el régimen de autorización de los mismos, ha dificultado enormemente la comercialización de nuevos productos generando situaciones de desventaja en las entidades frente a productos equivalentes, impactando el mercado y la economía de las empresas de medicina prepagada.

En forma adicional, se ha generado tal confusión alrededor de los planes que ofertan las entidades de medicina prepagada y frente a la naturaleza de la relación contractual entre la entidad que vende el plan de medicina prepagada y el usuario del mismo que en ocasiones los jueces de tutela han ordenado el cubrimiento de prestaciones no incluidas en el plan, sin tener en cuenta que las compañías de medicina prepagada carecen de la opción legal y jurisprudencial para solicitar el

correspondiente reembolso al estado o a la entidad responsable del riesgo de la seguridad social conforme a la contingencia, lo cual viene desconociendo abiertamente que aunque administramos un servicio público como es la salud, la salud privada no hace parte de los servicios públicos esenciales; por definición legal es un servicio privado de interés público, connotaciones que son bien diferentes frente a lo previsto por los artículos 48 y 49 de la Constitución Política en relación con la seguridad social integral.

De otra parte, la Circular Externa 039 de 2006 recientemente expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, genera grandes inquietudes en relación con los temas por ella exigidos, y adicionalmente con la delegación que hace en las compañías de medicina prepagada de funciones de inspección y vigilancia propias de la SNS, frente a la red prestadora de servicios de salud.

Todas estas situaciones ponen de manifiesto el futuro poco prometedor de este tipo de productos comerciales, privados y voluntarios. La excesiva y desbordante reglamentación por parte de la SNS se encuentra en franca contradicción con el derecho a la libertad económica; contraría el principio de la autonomía de la voluntad, traducida en el hecho de que “Los individuos son libres en la celebración de contratos, como también de no ligarse por nuevas obligaciones”, es decir, en el derecho y en la capacidad concedida por el ordenamiento jurídico a los sujetos de derecho para autorregularse, para limitar su propia libertad en beneficio de su propio desarrollo, para celebrar actos y contratos

de los cuales surjan relaciones jurídicas, en todos aquellos campos en que las leyes lo permitan; y en desconocimiento del principio constitucional y legal de la buena fé, aspectos todos estos también desarrollados por la Corte Constitucional dentro del escenario de la actividad de las compañías de medicina prepagada.

Por lo anterior, considerando que las nuevas reglas dispuestas por el ente de vigilancia y control no guardan relación con la normatividad legal existente, que sea de paso mencionar no ha presentado cambios frente al alcance y reglamentación de éste tipo de productos de salud, que motiven la reestructuración de las actividades de vigilancia y control, se hace imperativo encontrar alternativas de manejo que garanticen dentro del marco de la constitución y de la ley, unas reglas de juego claras que permitan a las entidades de medicina prepagada crear y comercializar productos en salud que le satisfagan plenamente a los usuarios y a su vez hacer proyecciones a futuro sobre las expectativas de las inversiones en el sector y específicamente en este producto, y que no se conviertan por el contrario , en barreras de acceso.

La ley 45 de 1990 incorporada al Estatuto Orgánico del Sistema Financiero, por autorización de la ley 35 de 1993 des-regularizó la actividad aseguradora, haciéndola más flexible y con mayor libertad de los particulares, dándole al estado una supervisión menos puntual. Es así, como permitió que los modelos de pólizas y tarifas no requieran autorización previa de la superintendencia bancaria, sino que simplemente se pusieran a disposición de este organismo antes de su utilización.

Es por esto que consideramos que nuestro trabajo aportará a las compañías de medicina prepagada un diagnóstico de la situación actual, que le permitirá tomar decisiones orientadas a mantener en el mercado sus productos; a su vez evidenciar ante los organismos de vigilancia y control la inequidad existente, buscando así la modificación de la normatividad. Por lo anterior, y luego de las situaciones planteadas nos preguntamos si ¿Es un riesgo para las compañías de medicina prepagada la regulación y legislación actual con respecto a los planes de atención complementarios y los organismos de control que rigen a las compañías de seguros?

1.3 OBJETIVOS

A continuación se plantean los objetivos generales y específicos del trabajo de investigación.

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar la supervivencia de las compañías de medicina prepagada en el sector Salud.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar los criterios que generan discriminación entre la medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas de seguros.

Realizar un comparativo de la normatividad que reglamentan las compañías de salud y las compañías de seguros.

1.3.3 METODOLOGÍA

Este trabajo busca realizar una investigación analítica de la desigualdad en la legislación y la normatividad aplicada a las compañías de Medicina Prepagada, Pólizas de Hospitalización y Cirugía y Planes Complementarios en Colombia, desde el nacimiento de la Ley 100 de 1993.

La investigación utilizará como fuentes primarias, la legislación vigente (Leyes, s, Resoluciones y Circulares), y sus respectivas modificaciones.

Planteamientos de reformas en el Congreso y Cámara, reglamentación y funcionamiento de las entidades de control, Superintendencia Financiera y Superintendencia de Salud.

Se tendrá en cuenta la posición asumida por las asociaciones que representan a las diferentes compañías de Medicina Prepagada y Planes Complementarios (ACEMI).

Como fuentes secundarias se harán entrevistas a representantes de compañías de Medicina Prepagada, de Pólizas de Hospitalización y Cirugía y de Planes Complementarios. A su vez, se tendrá en cuenta las experiencias de personas encargadas de comercializar los diferentes productos en el mercado, lo que nos permitirá llegar a concluir cual será el futuro de estas compañías.

1.4 ESTADO DEL ARTE

1.4.1 MARCO CONCEPTUAL

GLOSARIO

- **ACEMI** : Asociación Colombiana de Entidades de Medicina Prepagada
- **CC**: Código de Comercio
- **EO**: Estatuto Orgánico
- **FASECOLDA**: Federación Colombiana de Aseguradores
- **ISS**: Instituto de Seguros Sociales
- **SGSSS**: Sistema General de Seguridad Social en Salud

- **SF:** Superintendencia Financiera
- **SNS:** Superintendencia Nacional de Salud
- **IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud
- **MPP:** Medicina Prepagada.
- **EPS:** Entidad Promotora de Salud.
- **HYC:** Hospitalización y Cirugía
- **UPC:** Unidad de Pago por Capitación
- **PAS:** Planes Adicionales de Salud
- **POS:** Plan Obligatorio de Salud.

1.4.2 MARCO ESPACIAL

Este proyecto se realizó con base en las estadísticas registradas en las diferentes compañías del sector, Fasecolda, ACEMI, SNS, SF.

1.4.3 MARCO TEÓRICO

Durante buena parte de la historia el país ha buscado diferentes formas de mejorar y garantizar la salud de sus habitantes. Colombia empezó a construir lentamente un sistema de seguridad social con esfuerzos aislados en el siglo XIX y principios del XX.

Toda la transformación que ha sufrido la Seguridad Social en Colombia se ha caracterizado por una gran lentitud conceptual y normativa¹. En general se ha encontrado referida a la previsión social y a los seguros obligatorios. En Colombia cuando en 1.946 se organizó el sistema de seguridad social con el Instituto de Seguros Sociales, no se estaba haciendo algo distinto que crear la primera compañía de Medicina Prepagada, mediante el cual se recibían los aportes de los empresarios y trabajadores y en teoría los del estado, para atender y preservar la salud de los trabajadores privados.

Luego en la década de los 80, la problemática del Instituto de Seguros Sociales empezó a hacerse visible, se estaba negando a la población la oportunidad de acceder a una atención eficiente y oportuna, generando como consecuencia el auge de los servicios de salud prepagada, administrados por las compañías especializadas del sector privado, ofreciendo planes de servicio de salud integral.

Las empresas de Medicina Prepagada surgieron sin sometimiento a la legislación jurídica específica. En su constitución y vida social ellas sólo tenían que respetar los preceptos generales que regulan la actividad de las personas jurídicas en nuestra legislación². La estrategia comercial de sus constituyentes fue el factor que determinó las pautas de creación y funcionamiento de dichas sociedades.

¹ Gonzalez, V. La Reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Integralidad y Contradicciones con la Ley 100 de 1993 y sus Principios. Bogotá, Fescol 1994.

² Kerguelen, Carlos Alfonso. Calidad en Salud ¿Qué es?. Centro de Gestión Hospitalaria. Septimre de 2003.

No existía vigilancia estatal, sobre las empresa que se dedicaban a prestar servicios de medicina prepagada, salvo el control de la Superintendencia de Sociedades, control que tenía que ver únicamente con aspectos jurídicos formales. El desarrollo mismo de la actividad social carecía de control estatal.

A nivel legislativo, fue la ley 10 de 1.990 la que estableció la intervención del estado en los servicios de salud, tendientes a dictar normas relativas a la organización y funcionamiento de los servicios de Medicina Prepagada, en todas sus modalidades, y las normas de calidad de la atención prestada.

Por su parte, el Decreto Ley 1472 de 1.990 confirió a la Superintendencia Nacional de Salud las funciones de inspección, vigilancia y control de los servicios de Medicina Prepagada y Planes de atención Complementarios.

Desde ese momento, las entidades inician la comercialización y venta de planes de salud, incluyendo dentro de los mismos, tal como lo señalan las normas vigentes, acciones de promociones de la salud y prevención de la enfermedad; consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica terapéutica; hospitalización; urgencias, cirugía, exámenes de diagnósticos y odontología. Contenidos todos estos que se definen con total autonomía por parte de las entidades oferentes frente a los demás planes obligatorios o voluntarios que

existen en el mercado. Los llamados planes complementarios se definen en la ley 100 de 1.993 en el artículo 169³.

El seguro es consecuencia de la necesidad del hombre de atemperar los riesgos de toda índole que gravitan sobre él, su familia y sus activos. La función primordial del seguro es la creación de una contrapartida del riesgo que es la seguridad, el seguro no disminuye la incertidumbre individual de la ocurrencia del suceso ni tampoco altera la probabilidad de su ocurrencia, pero elimina o reduce la probabilidad de la pérdida financiera inherente al evento.

Las pólizas de hospitalización y cirugía nacen de los seguros de personas que protegen la vida individual y colectiva, siendo estas vigiladas por la Superintendencia Financiera cuya misión es “Brindar un servicio de supervisión eficaz y eficiente, acorde con la realidad del mercado, que propicie un ambiente de seguridad, confianza y protección de los intereses de los ahorradores, inversionistas y clientes del sistema financiero, que preserve la estabilidad y permanencia de las entidades, que vele por el suministro adecuado de información, la integridad de los mercados y contribuya de esta manera al desarrollo del país”⁴.

La Superintendencia Financiera de Colombia se convertirá en un modelo de supervisión integrada del sistema financiero, reconocida por su capacidad para

³ Ley 100 de 1993.

desempeñar de manera eficiente sus funciones, por la vocación de servicio de las personas que la integran y por satisfacer con creces las expectativas del mercado financiero y del país.

Algunas funciones de la Superintendencia Financiera de Colombia se ejercerán a través de las funciones establecidas en el 2739 de 1991 y demás normas que la modifiquen o adicionen, el 663 de 1993 y demás normas que lo modifiquen o adicionen, la Ley 964 de 2005 y demás normas que la modifiquen o adicionen, las demás que señalen las normas vigentes y las que le delegue el Presidente de la republica.

La Superintendencia De Salud es la entidad que regula a las compañías de Medicina Prepagada y planes complementarios de Salud. Teniendo como Misión: Contribuir al desarrollo social del Estado Colombiano mediante el ejercicio de la inspección, vigilancia y control de los servicios de salud⁵.

La Superintendencia Nacional de Salud ejercerá la inspección, vigilancia y control en salud, en forma eficiente y eficaz, con independencia, cobertura, equipo humano calificado y herramientas adecuadas, en un entorno financieramente estable y de alta calidad. Algunas funciones son: Velar por el cumplimiento de las normas

⁴ www.supersalud.gov.co

⁵ www.supersalud.com

constitucionales, legales y las demás disposiciones vigentes por parte de los diversos actores del sector, a fin de garantizar la operatividad del Sistema General de Seguridad Social en salud.

Dentro de las funciones más importantes de la SNS esta la de Inspeccionar, vigilar y controlar el desarrollo de la normatividad vigente en lo referente a la operatividad de los regímenes contributivo y subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

La Ley 100 tuvo origen en el gobierno y fue presentada para discusión y aprobación ante el Congreso Nacional de la República en 1992, en principio se centro sobre el tema pensional y posteriormente se completó con el tema de la salud, finalmente fue sancionada en junio de 1993.

Antecedentes :

1. Básicamente se remontan a los hechos de tipo social y económico que enmarcaron el sistema de seguridad social en Colombia, la baja cobertura, la incapacidad financiera del sistema existente, la ascendiente deuda pensional, la deficiente prestación del servicio médico, los excesivos trámites burocráticos y la inequidad Interna.

2. Como segundo antecedente tenemos la expedición de la Constitución Política de 1991, la cual en su artículo 48 consagró la seguridad social como un servicio público permanente y un derecho colectivo, el cual adquiere el carácter de derecho fundamental cuando, según las circunstancias del caso, su desconocimiento puede conllevar a la violación de otros derechos y principios fundamentales, como la vida, la integridad física, el libre desarrollo de la personalidad y la dignidad humana.

El objetivo del sistema es garantizar las prestaciones económicas y asistenciales de salud a quienes tienen una relación laboral o capacidad económica suficiente para afiliarse al sistema.

Prevé la ampliación de la cobertura hasta lograr que toda la población acceda a la prestación integral y efectiva de sus beneficios “a 31 de Diciembre de 2006 hay 15.967.055 afiliados al régimen contributivo”, buscando garantizar la financiación y el equilibrio del sistema, a través de la cotización y de la asignación de recursos del presupuesto nacional.

El sistema de seguridad social creado por la ley 100 de 1993, está conformado por el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos y por los

regímenes generales establecidos para pensiones, salud, riesgos profesionales y servicios sociales y complementarios.

El Sistema general de pensiones, se compone de dos regímenes, el tradicional del ISS y el de los fondos privados de pensiones administrados por sociedades administradoras autorizadas para ello, los cuales tienen a su cargo el reconocimiento de las prestaciones denominadas pensión de vejez, invalidez y sobrevivientes.

El Sistema general de salud, lo conforman, las Empresas promotoras de salud EPS, las cuales tienen a su cargo la afiliación de los usuarios y la administración de la prestación de los servicios, y las Instituciones prestadoras de servicios de salud IPS, que son entidades organizadas para la prestación de los servicios de salud (Clínicas, Centros de salud, Hospitales, Consultorios profesionales).

El Sistema general de Riesgos profesionales se creó con el fin de prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrir como consecuencia del trabajo que desarrollan. Este sistema está conformado por las Entidades administradoras del sistema ARP que pueden ser el Instituto de Seguro Social o las entidades aseguradoras de vida

que sean autorizadas por la Superintendencia Bancaria para la explotación del ramo de seguro de riesgos profesionales.

La función principal de la EPS es la organización y garantía directa o indirecta de la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados. Las EPS son las entidades responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía, adscrita al Ministerio de Protección Social.

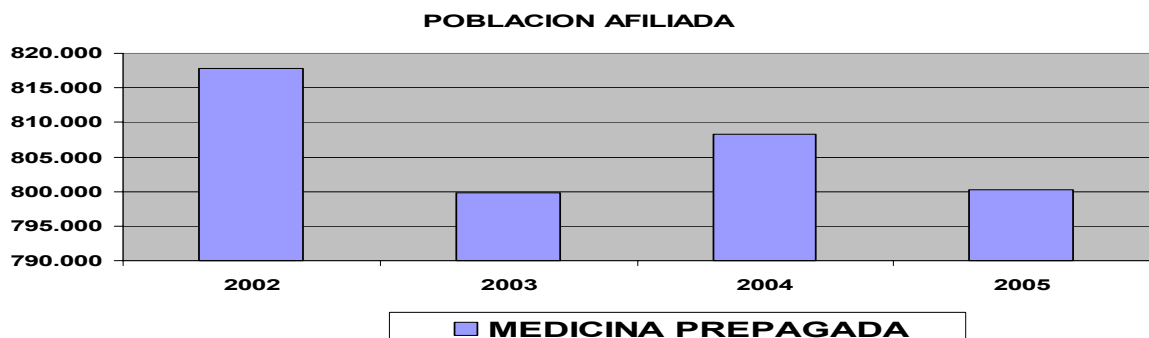
La cotización obligatoria que se aplica a los afiliados al sistema general de seguridad social en salud, tanto para dependientes, independientes y pensionados, es del 12.5% del salario base de cotización de acuerdo a la ley 1122 del 09 de enero de 2007, el cual no podrá ser inferior al SMMLV ni mayor a 25 SMMLV.

Del recaudo de la cotización se descuenta el valor de las UPC fijadas para el POS por el Consejo nacional de seguridad social en salud y se traslada la diferencia al fondo de solidaridad y garantía, dentro del termino fijado para el efecto. En caso de ser la suma de las UPC mayor que los ingresos por cotización, el fondo deberá cancelar la diferencia a la EPS.

Por ultimo es requisito para la afiliación y permanencia en el sistema general de seguridad social en salud que el trabajador dependiente se encuentre afiliado y permanezca como tal, en el sistema de riesgos profesionales. (Art. 83 806 de 1998)⁵.

2 DIAGNOSTICO SECTORIAL

Las diferentes posiciones asumidas en el último período, por el ente de control frente a la existencia de los planes de medicina prepagada y la relación con los contenidos del Plan obligatorio de Salud, dándole el mismo tratamiento que la ley otorga a los planes complementarios y el régimen de autorización de los mismos, ha dificultado enormemente la comercialización de nuevos productos generando situaciones de desventaja a las compañías de Medicina Prepagada frente a los productos equivalentes, impactando en el mercado y la economía de dichas empresas, tal como se puede apreciar en la gráfica registrada a continuación, donde de manera evidente se observa el decrecimiento en el último lustro:



¹ Ley 100 de 1993 Fuente: ACEMI

EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA					
POBLACION AFILIADA					
EMPRESAS	2002	2003	2004	2005	Varacion Absoluta 2005/2004
Cafesalud	67.235	66.540	55.594	55.978	384
Colmedica	108.722	101.107	105.563	114.160	8.597
Colpatría Salud	48.477	48.944	52.697	53.750	1.053
Colsánitas	277.583	270.631	275.548	274.110	-1.438
Comfenalco Valle	1.272	1.272	1.483	2.128	645
Coomeva	201.925	197.349	200.923	202.739	1.816
Humana	28.640	28.562	29.305	25.650	-3.655
Medisalud	29.195	26.381	25.110	6.530	-18.580
Medisánitas	16.137	18.963	21.886	25.068	3.182
Susalud	34.153	35.577	37.843	37.957	114
Vivir	4.410	4.438	2.361	2.229	-132
Total	817.749	799.833	808.313	800.299	-8.014

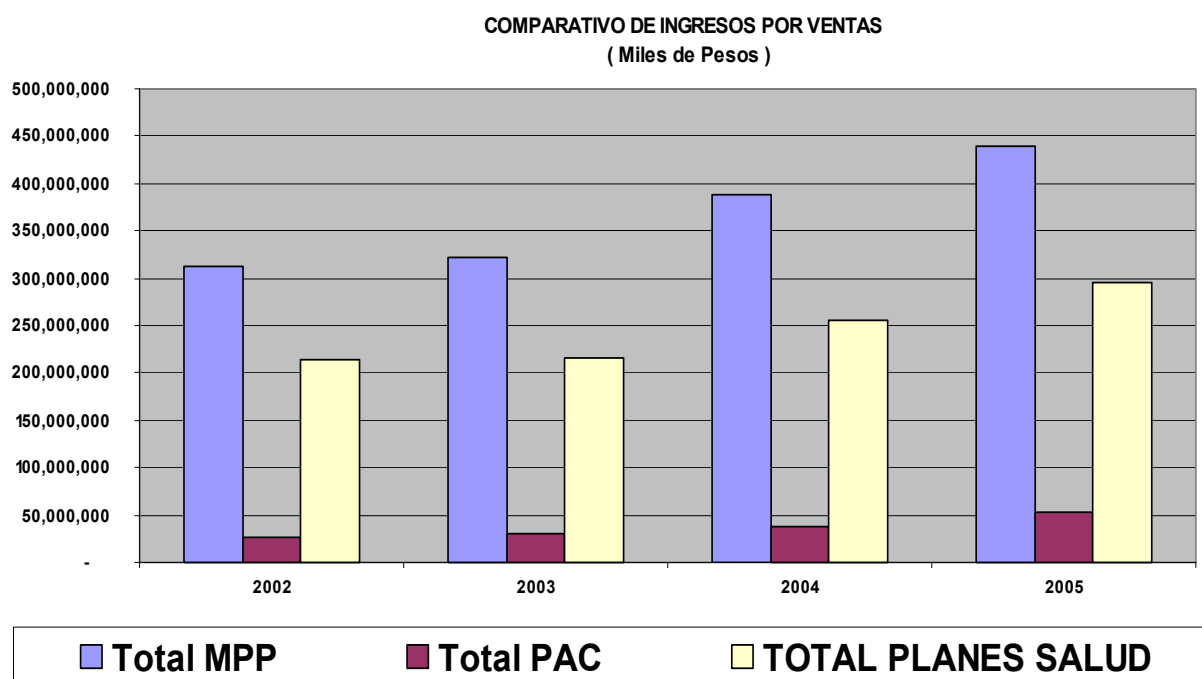
Fuente: ACEMI

Todas estas situaciones ponen de manifiesto el futuro poco prometedor de ese tipo de productos comerciales, privados y voluntarios. La excesiva y desbordante reglamentación por parte de la superintendencia se encuentra en franca contradicción con el derecho a la libertad económica, contraria el principio de la autonomía de la voluntad.

En el mercado actual se tiene acceso por parte de los usuarios a varios tipos de productos:

1. Pólizas de seguro
2. Planes de medicina Prepagada
3. Planes complementarios.

En términos generales se ha colocado al mercado de las entidades de medicina prepagada y planes complementarios vigilado por la Superintendencia de Salud, en clara desventaja frente al sector asegurador vigilado por la Superintendencia Financiera con un impacto negativo dentro del mercado general, de acuerdo a las estadísticas registradas hasta el año 2005



Fuente: ACEMI

En efecto al interior de la Superintendencia Nacional de Salud, no existen mecanismos ágiles de autorización automática de contenidos, pues existe indefinición de los criterios por parte de esta entidad a pesar de que existe un marco legal definido y que se plasma en una constante violación al principio de seguridad jurídica.

Es claro que el mercado asegurador vigilado por la Superintendencia Financiera posee una regulación diferente en cuanto a la forma como se puede penetrar en el mercado, pues allí no subsisten restricciones como las que son impuestas a las entidades prepagadas vigiladas por la Superintendencia de Salud en cuanto a los requisitos para la aprobación de tarifas, facturación, modelos de contratos y aprobación de los planes. A continuación presentamos un paralelo que nos muestra las diferencias en la regulación del mercado de salud bajo la inspección y vigilancia de la Superintendencia Financiera y la de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se observa como los usuarios de MPP han venido presentando un decrecimiento año a año, mientras que los planes complementarios presentan un crecimiento en número de usuarios analizado en el mismo período.

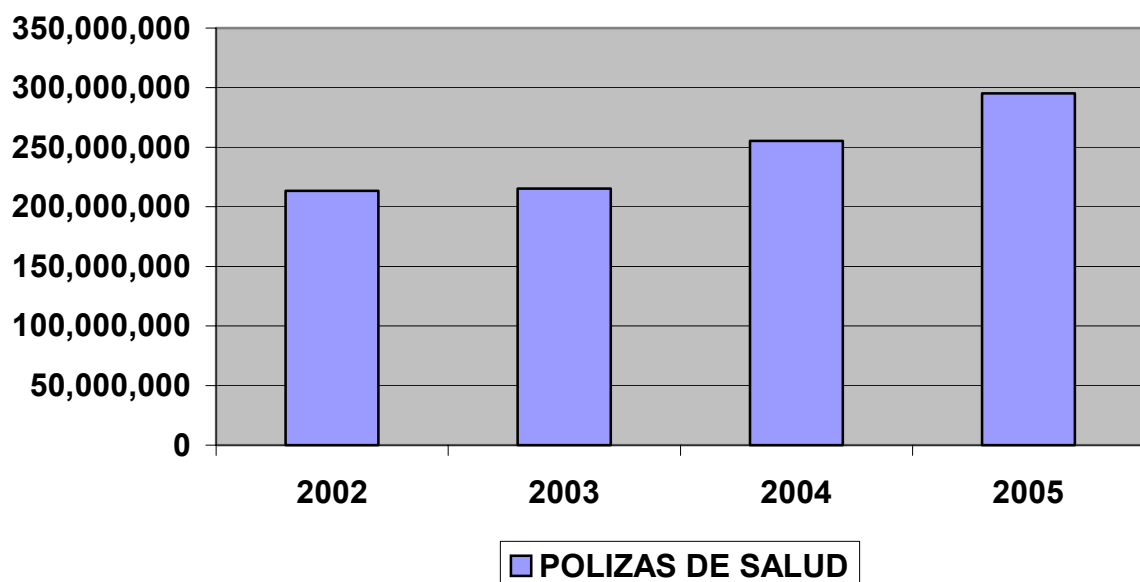
**COMPARATIVO POBLACION AFILIADA
MPP vs PLANES COMPLEMENTARIOS**

COMPAÑÍAS	2002	2003	2004	2005
MEDICINA PREPAGADA	817,749	799,833	808,313	800,299
COMPLEMENTARIOS	82,352	92,255	108,120	119,314

Fuente: ACEMI

En cuanto a los ingresos registrados por ventas en las pólizas de salud encontramos un crecimiento sostenido desde el año 2002 hasta el año 2005, lo cual nos muestra que el producto de pólizas de Hospitalización y cirugía ha tenido una mayor participación en el mercado de la Salud.

EVOLUCION DE VENTAS



Fuente: ACEMI

2.1 TARIFAS

<u>Materia de regulación</u>	Superintendencia Financiera	<u>Superintendencia de Salud</u>
TARIFAS	<p>Pólizas de Seguro de reembolso.</p> <p>Existe libertad general de tarifas con sujeción a los siguientes principios :</p> <p>A. Respecto de la tarifa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Equidad correlación positiva entre la prima y las condiciones objetivas del riesgo. 2. Suficiencia : (cobrimiento de la tasa del riesgo y los costos propios de la operación . <p>B. Respecto de la información Base :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Homogeneidad : Los elementos de la muestra deben tener características comunes cualitativamente y cuantitativamente . 2- Representatividad: Tamaño de la muestra significativo 	<p>Para los planes de Medicina Prepagada se aplican los mismos principios que rigen la tarifa en el seguro, pero allí la superintendencia de Salud hace una interpretación diferente de cada concepto .</p>

2.2 REQUISITOS DE LOS MODELOS DE CONTRATOS

<u>Materia de regulación</u>	Superintendencia Financiera	<u>Superintendencia de Salud</u>
REQUISITOS DE LOS MODELOS DE CONTRATOS	<p>REGIMEN DE LIBERTAD GENERAL - CARACTERISTICAS GENERALES .</p> <p>A. <u>Por regla general</u> no se debe enviar a la Superintendencia Financiera ninguna clase de información en forma previa o posterior sobre</p>	<p>REGIMEN DE AUTORIZACION PREVIA . En lo que se relaciona con los modelos de contratos de planes prepagados , la Superintendencia aplica criterios de aprobación que se</p>

	<p>documentos o estudios en particular . Allí solo se debe informar que la documentación esta disponible .</p> <p><u>B. Excepcionalmente</u> se requiere autorización previa , cuando se trata de autorización inicial a una entidad a una entidad aseguradora o de la correspondiente explotación de un nuevo ramo .</p>	<p>han ido defendiendo en cada uno de los casos en concreto , sin que se haya definido una política general.</p> <p>Sin embargo el 1845 de 1994 expresamente consagro que para esta situación un Régimen de carácter general.</p>
--	---	---

Fuente. Elaboración Propia.

Así las cosas, es claro que el mercado asegurador vigilado por la Superintendencia Financiera posee una regulación diferente en cuanto a la forma como se puede penetrar al mercado , pues allí no subsisten restricciones como las que son impuestas a las Entidades prepagadas vigiladas por la Superintendencia de Salud en cuanto a los requisitos para la aprobación de tarifas, facturación, modelos de contratos y aprobación de planes.

Con todo esto la problemática del sector esta enfocada en la regulación dispuesta por los entes de control y vigilancia que restringe la posibilidad de lanzar nuevos productos que puedan ser competitivos y logren brindar a los usuarios alternativas que satisfagan las necesidades.

Las reglas de juego deberían ser claras para todos en especial para las compañías de medicina prepagada quienes se sienten en desventaja frente a las pólizas de hospitalización y cirugía pues la Superintendencia de Salud es mucho más exigente en la reglamentación de estos productos de salud.

3 FACTORES COMUNES DE LOS CONTRATOS DE MPP, PLANES COMPLEMENTARIOS Y LAS POLIZAS DE SALUD

Luego de describir la situación actual del sector a continuación se identifican los factores comunes de los contratos de medicina prepagada y planes complementarios, quienes son vigilados por la Superintendencia de salud; así como los de las pólizas de salud vigiladas por la Superintendencia Financiera.

- Se incorporan apellidos y nombres o razón social y NIT del contratante
- Se incorporan apellidos y nombre o razón social y NIT de la entidad que a la expide
- Se expiden con numeración consecutiva
- Incorporación fecha de expedición y vigencia
- Se describe el amparo o concepto de seguro tomado
- Se indica el valor de la operación

- Ambos contratos pueden tener la modalidad de pago anticipado o pago periódico
- Ambos contratos pueden tener la modalidad de cuadro médico cerrado o cuadro médico abierto
- Ambos contratos pueden tener la modalidad de reembolso , aunque esta modalidad se presenta con mas frecuencia dentro del sector asegurador vigilado por la Superintendencia Financiera .
- En ambos casos nos encontramos ante una actividad de aseguramiento .

3.1 DIFERENCIAS ENTRE PLANES DE MEDICINA PREPAGADA Y LOS PLANES COMPLEMENTARIOS

Las empresas autorizadas por la Superintendencia de Salud como las entidades autorizadas por la Superintendencia Financiera para la comercialización de los programas de salud se relacionan a continuación:

COMPAÑÍA	MPP	PLANES	PLANES SALUD (HYC)
		COMPLEMENTARIOS	
COLPATRIA	X		X
SUSALUD	X	X	
SEGURO SOCIAL			
COLSANITAS	X		
COOMEVA	X		
COLMEDICA	X		
CAFESALUD	X		
HUMANA	X		
COLSEGUROS			X
COMFENALCO VALLE	X		
BOLIVAR			X
LIBERTY			
VIVIR	X		
COMPENSAR		X	
FAMISANAR		X	
SOS		X	
CONFENALCO ANTIOQUIA		X	
AGRICOLA			X
AIG VIDAD			X
ALFA			X
AURORA			X
CENTRAL			X
DEL ESTADO			X
GENERALLI			X
MAPFRE			X
PANAMERICAM			X
ROYAL			X
SURAMERICANA			X

Fuente: ACEMI

Si bien entre los planes de medicina prepagada y los planes complementarios existen algunas coincidencias, también es cierto que legalmente han sido diferenciados como lo planteamos a continuación:

1. Marco normativo. Los dos planes tienen un marco legal diferente. Mientras que los planes de medicina prepagada son autorizados en virtud de la Ley 10 de 1990, los planes complementarios se definen en la Ley 100 de 1993.

En efecto, la Ley 10 de 1990 reorganizó el Sistema Nacional de Salud y autorizó la prestación del servicio de salud mediante la forma de la medicina prepagada, dentro de un esquema de contratación particular y voluntaria, bajo la intervención del Estado a fin de establecer su organización y funcionamiento (Art. 1o., literal k), norma en virtud de la cual, se expidieron los s No. 1570 de 1.993 y 1222 de 1.994, el primero de ellos ahora modificado por el 1486 de 1.994.

Por su parte, el 1570/93 estableció que el objeto social de las sociedades de medicina prepagada, es la gestión para la prestación de servicios de salud, o la prestación directa de tales servicios, bajo la forma de prepago y el artículo 1o. del 1486 de 1994, definió la medicina prepagada en los siguientes términos:

"ARTICULO 1o. El numeral 1o. del Artículo 1o. del 1570 de 1993, DISPOSICIONES GENERALES, quedará así: Medicina Prepagada. El Sistema organizado y establecido por entidades autorizadas conforme al presente , para la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud y/o para atender directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado. No se consideran como entidades de prepago aquellas que se limitan a otorgar descuentos sobre el costo de la utilización de los servicios de salud, que debe ser asumido por parte de un grupo de usuarios.

Los planes complementarios de salud, son definidos por la Ley 100 de 1993, en el artículo 169, así:

ARTÍCULO 169. PLANES COMPLEMENTARIOS. Las Entidades Promotoras de Salud podrán ofrecer planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, que serán financiados en su totalidad por el afiliado con recursos distintos a las cotizaciones obligatorias previstas en el artículo 2042817 de la presente Ley.

PARÁGRAFO. El reajuste del valor de los planes estará sujeto a un régimen de libertad vigilada por parte del Gobierno Nacional.

2. A nivel reglamentario, los dos planes de salud son catalogados por el 806 de 1998 como servicio privado de interés público, enfatizando que estos se financian con recursos diferentes de las cotizaciones obligatorias del sistema general de seguridad social en salud. Es de aclarar que si bien el 806 de 1998, menciona a los planes de medicina prepagada como servicios de interés general, en ningún momento restringe o adecua los contenidos de dichos planes, caso diferente del plan complementario, en el cual se regula de manera específica su contenido.

3. El marco general de los contenidos de estos planes son definidos por las normas. El Decreto 1570/93, establece la clase y la modalidad de los servicios de medicina prepagada, estableciendo que se tendrán como tales para todos los efectos legales, aquellos que contemplen uno o más servicios de: (1) promoción de

la salud y prevención de la enfermedad; (2) consulta externa, general y especializada, en medicina diagnóstica y terapéutica; (3) hospitalización; (4) urgencias; (5) cirugía; (6) exámenes diagnósticos y (7) odontología, Véase Coberturas (Anexo No.1).

El usuario de un plan de medicina prepagada que tiene la capacidad económica puede acceder voluntariamente al pago de una protección en salud, mayor o menor que el Plan Obligatorio de Salud respecto de sí mismo, de su núcleo familiar o de terceros que incluya voluntariamente dentro de su contrato. No se rige por las norma aplicables a las EPS y en consecuencia tienen plena autonomía para definir los beneficiarios del contrato, los beneficios, condiciones de acceso, periodos de carencia, entre otros.

Como se desprende de la norma señalada anteriormente se incluyen actividades, procedimientos e intervenciones orientadas al tratamiento de la enfermedad, recuperación y mantenimiento de la salud. No existe ningún tipo de restricción para la oferta de estos servicios.

Para el caso de los planes complementarios el Artículo 23 del 806 de 1998, los definió, así: Los PAC son aquel conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para

el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud o condiciones de atención inherentes a las actividades, intervenciones y procedimientos incluidas dentro del Plan Obligatorio de Salud.

El Plan Complementario, a diferencia de los planes de medicina prepagada, involucran actividades, intervenciones y procedimientos no indispensables ni necesarios para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento o la recuperación de la salud. Como su nombre lo indica, tiene por finalidad complementar el Plan Obligatorio de Salud POS, y puede ser adquirido en forma discrecional por quien esté interesado en hacerlo, pues la ley no lo consagra como imperativo legal sino como opción a la que puede recurrir en forma libre y voluntaria el afiliado al Plan Obligatorio y su costo es asumido por quien lo contrata. Véase Coberturas (Anexo No.2).

Se señala igualmente que los PAC tendrán uno o varios de los siguientes contenidos:

- Actividades, intervenciones y procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud o expresamente excluidos de éste. Debe recordarse que de acuerdo con el 806 de 1998, artículo 7, el Plan Obligatorio de Salud es un plan integral de servicios y con sujeción a lo establecido en la Ley 100 de 1993, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de intervenciones, actividades y

procedimientos y el listado de medicamentos definidos por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

- Una o varias condiciones de atención diferentes que permitan diferenciarlo del POS tales como comodidad y red prestadora de servicios.
- Sólo podrán ofrecerse los contenidos del POS en las mismas condiciones de atención cuando éstos están sometidos a períodos de carencia, exclusivamente durante la vigencia de este período. Prohibición esta que no aplica a las entidades de medicina prepagada pues la norma es precisa en materia de PAC.

Los PAC en principio tienden a ofrecer condiciones alternativas en hotelería, tecnología y comodidad, diferentes a las ofrecidas por el POS, sin que los servicios que pueden ser ofrecidos por los PAC sean los mismos ofrecidos en el POS, a diferencia de los planes de medicina prepagada.

Los servicios ofrecidos por los PAC tienen como principal característica, el ser complementarios a los ofrecidos por el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, sentido en el cual quien toma el plan paga por servicios o condiciones de atención NO incluidos dentro del Plan Obligatorio de Salud.

4. Entidades que pueden ofrecer los planes.

Para el caso de los planes de medicina prepagada son las Empresas de Medicina Prepagada, podrán prestar los servicios (1) en forma directa; (2) a través de profesionales de la salud o instituciones de salud adscritas o (3) a través de la libre elección por parte del usuario.

Por el contrario y considerando que los planes complementarios son un “plus” del Plan Obligatorio de Salud y se definen en función del mismo, éstos solo pueden ser prestados por las entidades que garantizan la atención del POS, es decir, por las EPS en forma exclusiva.

No obstante estas diferencias, en especial en lo que a contenidos se refiere, hemos encontrado dificultades frente al ente de control quien con base en un concepto del Ministerio nos señala lo siguiente: Tal como lo expresó el Ministerio de la Protección Social el pasado 3 de junio de 2005, “los planes Adicionales de Salud, han sido concebidos como un conjunto de beneficios adicionales a los que ya tienen la persona que adquiere el plan”. Por lo anterior, no tiene ningún sentido que los usuarios paguen dos (2) veces por el mismo Plan Obligatorio de Salud.

En este sentido debe diferenciarse el sistema de salud obligatorio de la medicina privada, pudiendo el individuo comprar por fuera del sistema obligatorio todos los

servicios de salud que así lo desee ya sea de manera directa (acudiendo al especialista o institución prestadora de servicios de salud de su preferencia) o a través de un seguro de salud o plan de medicina prepagada en donde el individuo selecciona unas coberturas en salud y una manera de acceso a las mismas.

Impedir esta compra privada y directa de servicios de salud con recursos diferentes del sistema general de seguridad social en salud, atentaría contra el desarrollo de la libre personalidad, autonomía de la voluntad y la libre empresa entre otros. Esta interpretación nos llevaría entonces a afirmar que ninguna clínica del país podría vender servicios directamente a los usuarios si estos se encuentran contenidos dentro del Plan Obligatorio de Salud, pues el usuario estaría pagando por lo que ya pagó en el sistema y de esta manera se estaría limitando el acceso a los servicios de salud.

En esta medida se mantiene la legislación vigente específica en cada uno de los planes y toda vez que para el caso que nos ocupa el 1570 de 1993, permite que dentro del plan de prepago se incluyan servicios requeridos para el tratamiento de la enfermedad y el mantenimiento y recuperación de la salud, es probable que se encuentren contenidos similares a los del POS. Por supuesto, es opcional de quien suscribe el contrato pagar por servicios a los cuales puede también acceder a través de su EPS en condiciones similares o diferentes, tomar otro plan o simplemente cuando así lo desee efectuar comprar directa de los

servicios de salud sin que esté obligado a acudir a la red de la EPS y sigue siendo adicional en la medida en que se cuenta con una cobertura obligatoria.

3.2 CIRCULAR EXTERNA 039 DE 2006 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD.

La circular externa 039 es un documento expedido por la Superintendencia Nacional de Salud que regula, aprueba, modifica suspende y cancela planes adicionales de salud , es por ello que se hace relevante mencionarla a continuación con el análisis que de ella se hizo para poder contextualizar su importancia en nuestra investigación documental.

Se pueden plantear los siguientes aspectos:

1. Sobre el sistema obligatorio de garantía de calidad, específicamente el numeral “2.1.1. Sobre situaciones administrativas y contractuales”(…) indica: “4.1 Mecanismo de verificación permanente de la afiliación activa al Sistema General de Seguridad Social en Salud, de quienes hayan contratado o deseen acceder a los beneficios adicionales de un plan de atención complementario”.

Del anterior numeral podemos decir que desborda lo previsto en el 1485 de 1994, según el cual no se pueden celebrar ni renovar este tipo de contratos "con las personas que no se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social

en Salud, estando obligadas a ello de conformidad con la Ley" y el 806 de 1998, según el cual, al momento de la contratación de un plan prepago se debe verificar la afiliación al régimen contributivo o a un régimen de excepción. Por ende, se debe permitir el acceso al resto de la población que no está obligada a pertenecer a uno u otro régimen, al estar por fuera de la condición obligatoria referida en la norma.

2. El literal B de la Circular que trata de la aprobación de planes de medicina prepagada, complementarios y de servicios de ambulancia prepagados, señala: "Todos los planes de medicina prepagada, complementarios y servicios de ambulancia prepagados, que se pretendan comercializar en el país, atendiendo lo establecido en el artículo 15 del 1570 de 1993, deberán ser aprobados previamente por la Superintendencia Nacional de Salud".

Al respecto, podemos manifestar que no se puede hacer una aplicación retroactiva del inciso transcrito, pues la Circular 77 concretó el art. 15 del Decreto 1570 de 1993, sin modificarlo ni derogarlo. De tal suerte que antes de la expedición de la norma que nos ocupa, existían dos tipos de regímenes de aprobación general y el régimen de aprobación individual o previo, según las condiciones de cumplimiento de la normatividad legal vigente en la que estuviera las empresas de medicina prepagada.

3. Del concepto de preexistencia la Circular 39 de 2006 dice: "20. Concepto de preexistencia: El cual deberá ajustarse al pronunciamiento de la Corte

Constitucional en Sentencia SU 039 del 19 de febrero de 1998". Este pronunciamiento señala: contrato de medicina prepagada - Exclusión de preexistencias previa, expresa y taxativamente

Las actuaciones destinadas a garantizar una prestación eficiente del servicio de medicina prepagada deben adecuarse a los parámetros constitucionales que consagran la garantía de la prestación del servicio público de salud y la protección de los derechos a la vida, salud, integridad personal y dignidad humana de los individuos, circunstancia que no desconoce el ejercicio de la libertad contractual propia de los mismos; por lo tanto, la exoneración de la empresa de medicina prepagada de llevar a cabo algunas actividades, mediante el señalamiento y determinación de preexistencias, debe constar en forma expresa y taxativa en el texto del contrato o en los anexos a él incorporados y que precisamente por esa condición no resultan cubiertos por las obligaciones contractuales; de manera que, las enfermedades y afecciones que no sean determinadas oportunamente, deberán ser asumidos por la entidad de medicina prepagada con cargo al contrato convenido. No es posible admitir que con posterioridad a la celebración del respectivo contrato se modifiquen en forma unilateral las prestaciones que deben ser asumidas por la entidad de medicina prepagada, ya que una interpretación o cláusula en sentido diferente resulta abiertamente inconstitucional, en cuanto rompe con el equilibrio contractual de las partes, vulnera el principio de la buena fe que debe imperar en la ejecución del contrato y amenaza los derechos reconocidos y protegidos en la Constitución Política.

Introducir de hecho sentencias de tutela de la Corte Constitucional, en la norma, hace extensivos y obligatorios efectos que solo competen a las partes en conflicto frente a la violación de un derecho fundamental; aparte de que se encuentra desbordando claramente la normatividad vigente frente a la materia.

4. De la afiliación al régimen contributivo la Circular 039 expresa: “23. Afiliación al régimen contributivo: Es preciso informar al usuario en cláusula dedicada a este aspecto su obligación de estar afiliado al régimen contributivo, acogiendo los principios señalados en la Carta Circular 039 de 2000 y el artículo 20 del 806 de 1998”. Para la aplicabilidad de este inciso debería preverse una sanción para quien no esté afiliado al régimen contributivo estando obligado por reunir las condiciones y requisitos para ser cotizante o beneficiario.

5. Del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tenemos que la Superintendencia Nacional de Salud asigna funciones a las empresas de medicina prepagada, que son propias de su competencia, como es el caso de las relacionadas a continuación:

- Verificar que la institución prestadora de servicios de salud, tenga posesionado el revisor fiscal ante la Superintendencia Nacional de Salud, mediante la presentación de la copia del acta de posesión del revisor fiscal expedida por la Secretaría General de la Superintendencia Nacional de Salud.

- Verificar que las Instituciones Prestadoras de Salud, se encuentren a paz y salvo con el pago de la tasa anual que deben pagar a la Superintendencia Nacional de Salud por concepto del desarrollo de las funciones de supervisión, mediante la presentación de la copia de la resolución de liquidación de la tasa y del último recibo de consignación.

- Verificar que la IPS esté al día con el reporte de información que debe enviar a la Superintendencia Nacional de Salud en la Circular Externa 11 del 2004 las IPS de naturaleza privada y la Circular 12 de 2004 las IPS de naturaleza pública; a través del registro de envío publicado en la página Web de esta Superintendencia.

4. CONCLUSIONES

1. Como primera medida, se debe establecer en aras de garantizar la sana competencia y garantizar la supervivencia de las compañías de medicina prepagada en el sector de la salud, se propone la unificación de las reglas para acceder a esta clase de productos, pues los problemas derivados de la autorización previa de los contratos y de los productos, además de los criterios de supervisión en materia de régimen tarifario, generan una barrera discriminatoria.

Aunque estadísticamente se pueda apreciar un incremento año a año en los ingresos por ventas de contratos de medicina prepagada de las diferentes empresas del sector, esto obedece a los incrementos de tarifas y no al incremento en número de usuarios.

En efecto, el principio de la libre competencia implica, tal como lo ha señalado la Corte Constitucional, que los particulares puedan ejercer su actividad industrial o comercial dentro de un sistema competitivo sin que sean obstaculizados en general por reglamentaciones o prohibiciones del Estado.

En el inciso 2 del artículo 333 de la Constitución Política se enuncia de la siguiente manera: “la libre competencia económica es un derecho de todos que supone responsabilidades”

Así las cosas, cuando varias personas compiten dentro del marco de una misma actividad, tienen el derecho a hacerlo sin obstáculos por parte del Estado, por lo tanto la libre competencia se considera como un aspecto propio de la libre empresa.

La competencia está basada en la libertad de decisión de los que participan en el mercado, en un contexto en el que las reglas de juego son claras para todos y se cumplen efectivamente.

2 Los criterios que generan discriminación entre la medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas de Hospitalización y Cirugía redundan en un problema fundamental, la Política de regulación del estado, ésta ha tenido un efecto directo para las entidades de Medicina Prepagada y aquellas EPS que comercializan Planes Complementarios a raíz de la discriminación generada por las políticas de regulación del estado en esa materia tal como pudo apreciarse en los comparativos presentados en esta investigación.

3. Al realizar el comparativo de la normatividad que reglamenta a las compañías de salud a vigiladas través de la Superintendencia Nacional de Salud y a las compañías de seguros vigiladas a través de la Superintendencia Financiera; consideramos que una de las principales amenazas para el sector, es la normatividad aplicada por cada uno de estos entes en la expedición de un plan adicional de Salud, donde existe una marcada discriminación en materia de regulación. Esta consideración, a nuestro juicio, debe contar con criterios similares para el ejercicio de las funciones de control y vigilancia.

Con respecto a los entes de Control:

La Superintendencia Financiera es sólida estructuralmente, tiene un tiempo de permanencia en el sector de mas de 50 años, el recurso es mas especializado y con amplia experiencia en el sector y dentro de su filosofía se encuentra la eficiencia, servicio y calidad; mientras que la Superintendencia Nacional de Salud

lleva en el sector aproximadamente desde los años 90, aprendiendo con todos los cambios normativos que de manera regular se presentan.

Con respecto a la legislación para la expedición de un nuevo plan:

La SF esta claramente regida por el estatuto orgánico del sistema financiero, la circular básica jurídica y el código de comercio a diferencia de la SNS quien tiene innumerable legislación (cambiante por demás) como es el Decreto 1570 de 1993, el Decreto 1486 de 1994, circular 077 de 1998, circular 016 de 1995, 806 de 1998, 783 de 2000, circular 137 de 2002, circular 039 de 2006, ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007.

Con respecto a los tramites ante las entidades de control para la expedición de un nuevo plan:

La SF solicita depositar de manera "previa" a la fecha de su utilización en el mercado (no hay termino mínimo), mediante carta donde se expresa que se hace en cumplimiento en lo previsto en el parágrafo del Art.. 1047 del CC, los siguientes documentos: a.) Modelo de la Póliza b.) Anexos c.) Nota técnica. Lo anterior en físico y en medio magnético (numerales 1.2.3.1.), 1.2.3.3. circular básica jurídica titulo sexto - Capitulo segundo), mientras las SNS solicita radicar 30 días hábiles antes de la comercialización del plan de MPP incluida la suscripción del primer

contrato, la solicitud de expedición de la resolución que otorgue a la CIA el derecho sobre el plan de MPP y convalide su comercialización, con los siguientes documentos: a.) Descripción del plan b.) Viabilidad financiera del plan c.) Nota técnica de tarifas d.) Minuta del contrato (numeral 2.1.2 circulas 077 de 1998.

Con respecto a la evaluación de las entidades de control:

La SF: a.) Revisar y evaluar la póliza para verificar si cumple con los requisitos jurídicos y técnicos señalados en el art. 184 numeral 2 del EO del SF y con los previstos en el capítulo segundo del título sexto de la circular básica jurídica, y hacer observaciones a fin de que se adecuen lo cual también podrá hacer en visitas de supervisión b.) Revisa y evalúa las tarifas, para verificar si cumple con los requisitos jurídicos y técnicos, las cuales deben permanecer a disposición debidamente clasificadas. Si hay incumplimiento a lo anterior, podrá prohibir la utilización de la póliza o de la tarifa, e incluso suspenderse el certificado de autorización de la CIA cuando sean sistemáticos, mas las sanciones administrativas (inciso 5 numeral 1.2.3.1. , numerales 1.2.3.2., 1.2.3.3. y 1.2.4. circular básica jurídica título sexto capítulo segundo) mientras La SNS en cumplimiento del Decreto 1259/94 podrá en cualquier momento: a.) Revisar y evaluar el plan de MPP para verificar si cumple con todos los requisitos establecido en la circular 077 de 1998 y podrá ordenar la suspensión de su comercialización e

imponer las sanciones correspondientes b.) Revisar y evaluar las tarifas, para verificar que se encuentren justificadas y acordes con los principios inicios de equidad, suficiencia, homogeneidad y representatividad, quedando la CIA sujeta al régimen de autorización individual por un período hasta 18 meses e impone las sanciones correspondientes. Numeral 4 Art. 26 Decreto. 1570 de 1993. Art. 10 Decreto. 1486 de 1994.

BIBLIOGRAFÍA

BOLIS.M. **Nuevos Determinantes de la Regulación de Salud**. VIII Curso Taller. **Legislación de Salud, Mecanismos de Regulación Internacional en Salud y Seguridad Social**, México D.F, Septiembre.

FERREIRO, A. **El Papel de la Superintendencias en los Seguros de Salud**. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud.

GONZALEZ, V. **La Reglamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Integralidad y Contradicciones con la Ley 100 de 1.993 y sus Principios**. Bogotá, Fescol 1.994.

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD, **La Regulación en el sistema de salud Colombiano**. Observatorio de la seguridad social. Medellín, Diciembre 2002

JARAMILLO, I. **El futuro de la salud en Colombia, la puesta en marcha de la ley 100**. Bogotá, Fescol 1.997

KERGUELEN, Carlos Alfonso. **Calidad en Salud ¿Qué es?** . Centro de Gestión Hospitalaria. Septiembre 2003.

LONDOÑO, J. **El sistema colombiano de seguridad social en salud: ¿ejemplo a seguir?** México, Porrúa, 1999

LONDOÑO, J . **Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia**. Lecturas de economía. 2002

MOLINA, Carlos Gerardo, TRUJILLO, Juan Pablo, GIEDION Ursula. **La Seguridad Social en Colombia** Editorial Guadalupe, Julio 2003.

MOZZO AHUMADA, Mónica Juliana, MENDOZA BLANCO Marcela, CALLE ARANGURE, Andrés, MONJE BARRERA, Alejandro, JARAMILLO BRICEÑO, Edgar, CUBIDES GALINDO, Hernando, SALGADO JARAMILLO, Patricia, REYES LATORRE Cesar Augusto, BONNET NARVÁEZ, Jorge Eduardo, VILLALBA NÚÑEZ Augusto, SÁNCHEZ PALACIOS, Fernando, MUÑOS PEREZ Alberto, CORCI RODRÍGUEZ, Luis Eduardo, RUEDA GUILLERMO Manuel, DE URBINA URIBE Luis Fernando. **Seguros Temas Esenciales**. Ediciones Ecoe. Mayo de 2005.

PORTER, Michel **Redefiniendo la Competencia en el Sector Salud**. Revista Harvar Business Review, América Latina

VILLEGAS GOMEZ, Oscar. **El Seguro de vida**. Colegio de Estudios Superiores de Administración. CESA. Agosto 2001.

VALENCIA GIRALDO, Juan Carlos. **Propuesta de Reforma al Sistema, Basadas en la Evidencia**. Revista Hospitalaria, Junio 2004.

YEPES, F Y LUZ H. S. **La descentralización de la salud en Colombia. Estudio de casos y controles**. Bogotá, 2002

EL PAIS, **Se estresa la medicina prepagada**. Septiembre 29 de 2002

EL TIEMPO. **Un aporte del 12% del salario mensual debe asegurar la atención médica necesaria**. Septiembre 26 de 2006

www.ujaveriana.edu.co **Programas de Postgrado de Administración de Salud Énfasis en Seguridad Social**.

www.supersalud.gov.co

www.acemi.org.co **Planes adicionales de salud**

www.agustinianos.udea.co/economia/ges

www.colmedica.com

www.colpatria.com

www.miniproteccionsocial.gov.co

www.scielo.org.co

www.suprsalud.gov.co

www.idrc.ca/lacro/foro/seminario/yepes

www.periodicoelpulso.com

Ley 100 de 1993

Decreto 806/ 98

Decreto 1485/94

Decreto 2357/95

Decreto 1486/94

Decreto 1938/94

Decreto 046/00

Decreto 122/93

Decreto 1570/93

Resolución 1149 de 2006

ANEXOS

- Anexo No. 1 – Coberturas de MPP
- Anexo No. 2 – Coberturas Planes Complementarios
- Anexo No. 3 – Coberturas HYC
- Anexo No. 4 – Comparativo Normatividad
- Anexo No. 5 – Ingresos Compañías Medicina Prepagada



**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
INSTITUTO DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACIÓN EN SEGUROS Y SEGURIDAD SOCIAL
BOGOTÁ, D.C.
FEBRERO 2007**

**ISMAEL ENRIQUE CASTILLO BLANCO
JAVIER DE JESÚS DIAZ GRANADOS MONTERO
MÓNICA MARÍA DÍAZ BÁEZ
CLAUDIA JANETH ACOSTA JAIMES**

**DIRECTOR
Dr. ORLANDO SALINAS GÓMEZ**



NOMBRE DEL PROYECTO

Diferencias en la regulación de los contratos de medicina prepagada, planes de atención complementario y pólizas de seguros en Colombia desde la expedición de la ley 100 de 1993 hasta la fecha.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad las compañías de medicina prepagada están en desventaja frente a los planes de atención complementarios y las pólizas de seguros en cuanto a su normatividad y legislación, debido a que cada una de estas es vigilada por diferentes organismos de control. Mientras que la Medicina Prepagada y los planes de atención complementarios son vigilados por la Superintendencia de Salud, las pólizas de Hospitalización y Cirugía son vigiladas por la Superintendencia financiera a través de las compañías de seguros de vida.

OBJETIVO GENERAL

Diagnosticar la supervivencia de las compañías de medicina prepagada en el sector Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar los criterios que generan discriminación entre la medicina prepagada, los planes complementarios y las pólizas de seguros.
- Realizar un comparativo de la normatividad que reglamentan las compañías de salud y las compañías de seguros.

METODOLOGÍA

La investigación utilizó como fuentes primarias, la legislación vigente (Leyes, Decretos, Resoluciones y Circulares), y sus respectivas modificaciones. Planteamientos de reformas en el Congreso y Cámara, reglamentación y funcionamiento de las entidades de control, Superintendencia Financiera y Superintendencia Nacional de Salud.

De la misma manera, se tuvo en cuenta la posición asumida por las asociaciones que representan a las diferentes compañías de Medicina Prepagada y Planes Complementarios (ACEMI).

Como fuentes secundarias se hicieron entrevistas a representantes de compañías de Medicina Prepagada, de Pólizas de Hospitalización y Cirugía y de Planes Complementarios. A su vez, tuvimos en cuenta las experiencias de personas encargadas de comercializar los diferentes productos en el mercado.

MARCO ESPACIAL

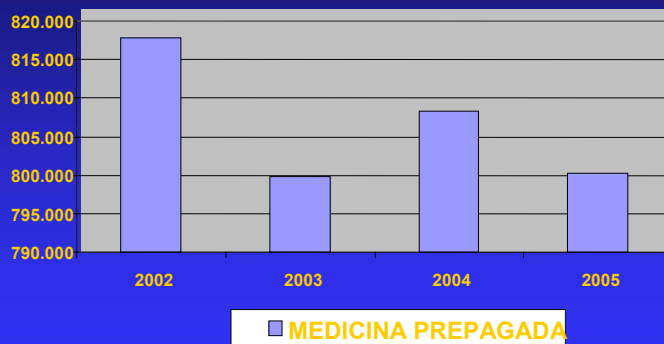
Este proyecto se realizó con base en las estadísticas registradas en las diferentes compañías del sector, Fasecolda, ACEMI, SNS, SF.

DIAGNÓSTICO SECTORIAL

Las diferentes posiciones asumidas en el último período, por el ente de control frente a la existencia de los planes de medicina prepagada y la relación con los contenidos del Plan obligatorio de Salud, dándole el mismo tratamiento que la ley otorga a los planes complementarios y el régimen de autorización de los mismos, han dificultado enormemente la comercialización de nuevos productos generando situaciones de desventaja a las compañías de Medicina Prepagada frente a los productos equivalentes, impactando en el mercado y la economía de dichas empresas

DIAGNÓSTICO SECTORIAL

POBLACION AFILIADA



DIAGNÓSTICO SECTORIAL

Todas estas situaciones ponen de manifiesto el futuro poco prometedor de ese tipo de productos comerciales, privados y voluntarios. La excesiva y desbordante reglamentación por parte de la superintendencia de salud se encuentra en franca contradicción con el derecho a la libertad económica, contraria el principio de la autonomía de la voluntad.

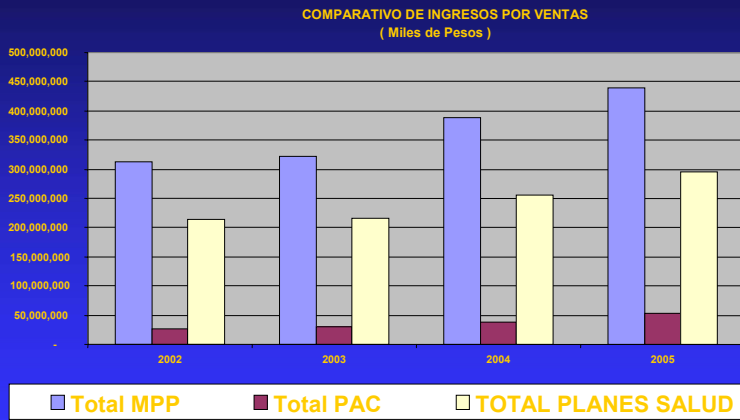
En el mercado actual se tiene acceso por parte de los usuarios a varios tipos de productos:

1. Pólizas de seguro
2. Planes de medicina Prepagada
3. Planes complementarios.

DIAGNÓSTICO SECTORIAL

En términos generales se ha colocado al mercado de las entidades de medicina prepagada y planes complementarios vigilado por la Superintendencia de Salud, en clara desventaja frente al sector asegurador vigilado por la Superintendencia Financiera con un impacto negativo dentro del mercado general, de acuerdo a las estadísticas registradas hasta el año 2005

DIAGNÒSTICO SECTORIAL



DIAGNÒSTICO SECTORIAL

Se observa como los usuarios de MPP han venido presentando un decrecimiento año a año, mientras que los planes complementarios presentan un crecimiento en número de usuarios analizado en el mismo período.

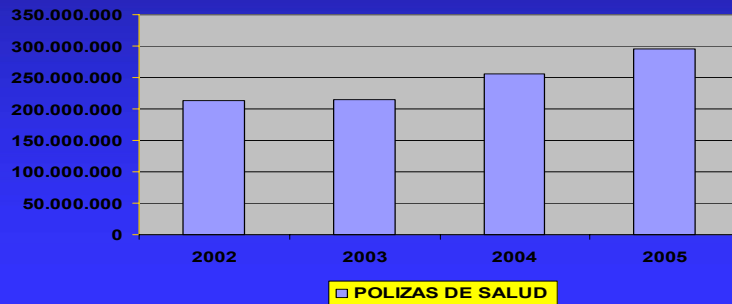
COMPARATIVO POBLACION AFILIADA MPP vs PLANES COMPLEMENTARIOS

COMPANÍAS	2002	2003	2004	2005
MEDICINA PREPAGADA	817,749	799,833	808,313	800,299
COMPLEMENTARIOS	82,352	92,255	108,120	119,314

DIAGNÓSTICO SECTORIAL

En cuanto a los ingresos registrados por ventas en las pólizas de salud encontramos un crecimiento sostenido desde el año 2002 hasta el año 2005, lo cual nos muestra que el producto de pólizas de Hospitalización y cirugía ha tenido una mayor participación en el mercado de la Salud.

EVOLUCION DE VENTAS



REFERENCIA	NORMATIVIDAD APLICABLE A LAS CIAS DE SEGUROS DE VIDA	NORMATIVIDAD APLICABLE A LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA
NORMAS CONSULTADAS	Estatuto orgánico del sistema financiero, circular básica jurídica, código de comercio	Decreto 1570 de 1993, dto. 1496 de 1994, circular 077 de 1998, circular 016 de 1995, decreto 806 de 1988, decreto 783 de 2000, circular 137 de 2002
OBJETIVO DEL PLAN	Indemnizar un siniestro	Garantizar la prestación de servicio de salud
TIPO DE PLAN ADICIONAL DE SALUD	Póliza de Hospitalización y cirugía	Plan de Medicina prepagada
AUTORIDAD COMPETENTE	Superintendencia Financiera	Superintendencia Nacional de Salud
TIPO DE AUTORIZACION	No requiere autorización previa para su comercialización, por que no se esta ante la autorización inicial como compañía, ni ante la explotación de un nuevo ramo. (Art. 84 del EOF)	No requiere autorización individual ni previa para su comercialización, por que no ante el primer plan de MPP, por que no hay orden la SNS, por que no se la ha suspendido ningún plan de MPP a la Cia, no estamos en ningún programa de saneamiento o recuperación económica o ajuste de capitalización, no habíamos sido sancionados durante los 6 meses anteriores (numeral 2.2.1. cir 077 de 1998)

REFERENCIA	NORMATIVIDAD APLICABLE A LAS CIAS DE SEGUROS DE VIDA	NORMATIVIDAD APLICABLE A LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA
TRAMITE ANTE LAS ENTIDADES DE CONTROL	<p>Depositar ante la SF de manera previa a la fecha de su utilización en el mercado (no hay termino mínimo), mediante carta donde se expresa que se hace en cumplimiento en lo previsto en el párrafo del Art. 1047 del CC, los siguientes documentos:</p> <p>a.) Modelo de la Póliza b.) Anexos c.) Nota técnica</p> <p>Lo anterior en físico y en medio magnético (numerales 1.2.3.1., 1.2.3.3. circular básica jurídica título sexto - Capítulo segundo)</p>	<p>Radicar ante la SNS 30 días hábiles antes de la comercialización del plan de MPP incluida la suscripción del primer contrato, la solicitud de expedición de la resolución que otorgue a la Cia el derecho sobre el plan de MPP y comvalide su comercialización, con los siguientes documentos:</p> <p>a.) Descripción del plan b.) Viabilidad financiera del plan c.) Nota técnica de tarifas d.) Minuta del contrato (numeral 2.1.2 circulas 077 de 1998)</p>
EVALUACIÓN DE LAS ENTIDADES DE CONTROL	<p>La SF en cumplimiento de la ley 389/97 y de los artículos 184 numeral 4 y 326 del EO del sistema financiero, podrá en cualquier momento:</p> <p>a.) Revisar y evaluar la póliza para verificar si cumple con los requisitos jurídicos y técnicos señalados en el art. 184 numeral 2 del EO del SF y con los previstos en el capítulo segundo del título sexto de la circular básica jurídica, y hacer observaciones a fin de que se adecuen lo cual también podrá hacer en visitas de supervisión</p> <p>b.) Revisar y evaluar las tarifas, para verificar si cumple con los requisitos jurídicos y técnicos, las cuales deben permanecer a disposición debidamente clasificadas. Si hay incumplimiento a lo anterior, podrá prohibir la utilización de la póliza o de la tarifa, e incluso suspenderse el certificado de autorización de la Cia cuando sean sistemáticas, mas las sanciones administrativas (inciso 5 numeral 1.2.3.1., numerales 1.2.3.2., 1.2.3.3. y 1.2.4. circular básica jurídica título sexto capítulo segundo)</p>	<p>La SNS en cumplimiento del dto. 1259/94 podrá en cualquier momento:</p> <p>a.) Revisar y evaluar el plan de MPP para verificar si cumple con todos los requisitos establecido en la circular 077 de 1998 y podrá ordenar la suspensión de su comercialización e imponer las sanciones correspondientes</p> <p>b.) Revisar y evaluar las tarifas, para verificar que se encuentren justificadas y acordes con los principios inicios de equidad, suficiencia, homogeneidad y representatividad, quedando la cia sujeta al régimen de autorización individual por un periodo hasta 18 meses e impone las sanciones correspondientes. Numeral 4 Art. 26 dto. 1570 de 1993. Art. 10 dto. 1486 de 1994</p>
REGLAS DE LAS TARIFAS	<p>Equidad: Prima y riesgo deben presentar una correlación positiva de acuerdo a las condiciones objetivas del riesgo. Suficiencia: la tarifa debe cubrir razonablemente la tasa del riesgo y los costos propios de la operación (costos de adquisición y administrativos), así como las utilidades. Homogeneidad: Muestra aleatoria con características comunes de tipo cuantitativo y cualitativo. Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un numero objetivo de elementos de la población que garanticen un nivel de significación razonable y cubra un periodo adecuado, de manera que el calculo de los estimadores presente un bajo nivel de error. Riesgos especiales o novedosos: Cuando no resulte viable obtener información para efectuar estudio estadístico, puede prescindirse de sustenar la tarifa con las exigencias enunciadas, siempre que los respalde un reasegurador, el cual debe definir la tasa pura de riesgo siendo responsabilidad de la entidad aseguradora señalar el factor de gastos (numeral 1.2.2 circular básica jurídica, numeral 3 art 184 EOSF)</p>	<p>Equidad: correlación positiva entre la tarifa y el plan. Suficiencia: la tarifa debe cubrir razonablemente la tasa del riesgo y los costos propios de la operación (costos de adquisición, administrativos y asistenciales), así como las utilidades Homogeneidad: Información estadística con características comunes de tipo cuantitativo y cualitativo Representatividad: El tamaño de la muestra debe corresponder a un numero objetivo de elementos de la población que garanticen un nivel de significación razonable y cubra un periodo adecuado, de manera que el calculo de los estimadores presente un bajo nivel de error. (numeral 4 Art. 26 Decreto 1570/93)</p>

CONCLUSIONES

1. Como primera medida, se debe establecer la unificación de las reglas para acceder a esta clase de productos en aras de garantizar la sana competencia y de la misma manera, garantizar la supervivencia de las compañías de medicina prepagada en el sector de la salud, pues los problemas derivados de la autorización previa de los contratos y de los productos, además de los criterios de supervisión en materia de régimen tarifario, generan una barrera discriminatoria.

2. Los criterios que generan discriminación entre la medicina prepagada, los PC y las pólizas de H y C redundan en un problema fundamental, la Política de regulación del estado, ésta ha tenido un efecto directo para las entidades de MPP y aquellas EPS que comercializan PC a raíz de la discriminación generada por las políticas de regulación del estado en esa materia tal como pudo apreciarse en los comparativos presentados en esta investigación

3. Al comparar la normatividad que reglamenta a las compañías de salud a vigiladas través de la Superintendencia Nacional de Salud y a las compañías de seguros vigiladas a través de la Superintendencia Financiera; consideramos que una de las principales amenazas para el sector, es la normatividad aplicada por cada uno de estos entes en la expedición de un plan adicional de Salud, donde existe una marcada discriminación en materia de regulación. Esta consideración, a nuestro juicio, debe contar con criterios similares para el ejercicio de las funciones de control y vigilancia.