

II. Análisis de las redes de servicios de salud em Colombia

Capítulo 3. Las redes integradas de servicios de salud en el Sistema General de la Seguridad Social (SGSSS) de Colombia

Ingrid Vargas Lorenzo
Amparo Susana Mogollón-Pérez
María Luisa Vázquez Navarrete

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÉN-PÉREZ, A. S., and VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L. Las redes integradas de servicios de salud en el Sistema General de la Seguridad Social (SGSSS) de Colombia. In: VÁZQUEZ NAVARRETE, M. L., VARGAS LORENZO, I., MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S., SILVA, M. R. F., UNGER, J. P., and PAEPE, P. , eds. *Redes integradas de servicios de salud en Colombia y Brasil*. Un estudio de casos. [online]. Bogotá: Editorial Universidad del Rosario, 2018, pp. 47-62. Textos de Medicina y Ciencias de la Salud Collection. ISBN: 978-958-738-812-1. Available from: <https://books.scielo.org/id/xbqty/pdf/vazquez-9789587388121-11.pdf>. <https://doi.org/10.12804/tm9789587388121>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Capítulo 3

Las redes integradas de servicios de salud en el Sistema General de la Seguridad Social (SGSSS) de Colombia

INGRID VARGAS LORENZO, AMPARO SUSANA MOGOLLÓN-PÉREZ
Y MARÍA LUISA VÁZQUEZ NAVARRETE

En este capítulo se presentan las características generales del sistema de salud colombiano y de las redes de servicios de salud definidas en las políticas sanitarias. Su contenido se basa en el análisis de los documentos oficiales: leyes, normas y decretos, y se orienta en el marco conceptual del proyecto.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia

Durante la década de los noventa, Colombia inició una reforma de su sistema de salud con el objetivo de garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad (Céspedes, 2002). En el momento de la reforma, contaba con un sistema de salud segmentado por grupos de población, en función de la capacidad adquisitiva y estatus laboral, en el que cada subsistema funcionaba autónomamente (Hernández, 2002): el seguro obligatorio que atendía a trabajadores formales o asalariados y empleados públicos, a cargo del Instituto Colombiano de Seguros Sociales y diversas cajas de seguros; el sistema público, a cargo del Ministerio de Salud, dirigido a la

población con menos recursos, empleados fundamentalmente en la economía informal; y el sistema privado —consultorios, clínicas y seguros privados— para la población con poder adquisitivo.

El proceso de reforma tuvo dos etapas: con la Ley 10 de 1990 se fortaleció la descentralización política y administrativa del sistema público de salud, dándoles más competencias sobre la atención primaria a los gobiernos municipales, y sobre los hospitales de II y III nivel a los departamentos; y con la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo modelo de aseguramiento público: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El SGSSS está comprendido básicamente por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población con menos capacidad económica. La población que no logra afiliarse en ninguno de los dos regímenes se denomina ‘vinculada’, y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin. Para el año 2013, del total de la población colombiana, 20.150.266 personas (42,72 %) se encontraban afiliadas al régimen contributivo; y 22.669.543 personas (48,06 %), al régimen subsidiado, persistiendo un 8,31 % de población sin afiliación al sistema (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014a). El SGSSS fue diseñado siguiendo un modelo de competencia gestionada (Céspedes, 2002) en el que se plantea la competencia, por una parte, entre las aseguradoras que deben competir por la afiliación de la población y garantizar paquetes de beneficios a cambio de un pago *per cápita* (Yepes, 2000) —Entidades Promotoras de Salud (EPS y EPS-S)—, y, por otra parte, entre los proveedores —Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)— por el establecimiento de contratos con las aseguradoras (Yepes, 2000). Tanto en el ámbito del aseguramiento como en el de la provisión, se permitió y estimuló la entrada de instituciones privadas, con y sin ánimo de lucro (Jaramillo-Pérez, 2002).

Financiación

Las fuentes principales de financiación del SGSSS son las cotizaciones obligatorias, los copagos y cuotas moderadoras, y otros ingresos públicos, como los impuestos, los recursos recolectados por los municipios y departamentos, y los recursos provenientes de la explotación de recursos petroleros. Estos recursos son administrados por un fondo central: el Fondo

de Solidaridad y Garantía (Fosyga), cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, y los fondos territoriales de salud (FTS). El Fosyga se subdivide en cuatro subcuentas independientes: la de compensación interna del régimen contributivo, la de solidaridad del régimen subsidiado en salud, la de promoción de la salud y la de eventos catastróficos y accidentes de tránsito (ECAT) (República de Colombia, 1993).

El régimen contributivo se financia principalmente a través de las cotizaciones obligatorias (12,5 % del salario base - 8,5 % a cargo del empleador y 4 % del trabajador) (República de Colombia, 2007f). En el caso de trabajadores independientes o pensionados, estos deben asumir de manera íntegra la cotización (República de Colombia, 1993). El régimen subsidiado se financia con los recursos de la cuenta de solidaridad del Fosyga, transferencias e ingresos propios de los entes territoriales —municipios y departamentos—, y los recursos de las cajas de compensación familiar. Los fondos de la subcuenta de solidaridad proceden del 1,5 % de los aportes de los afiliados del régimen contributivo y aportes del presupuesto nacional (República de Colombia, 2007f). La financiación de la atención de la población vinculada se realiza a partir de recursos transferidos y propios de los entes territoriales.

La Ley 100 también establece cuotas moderadoras con el objeto de regular la utilización de servicios, que se aplican sobre los afiliados del régimen contributivo que utilizan los servicios, y copagos que se aplican sobre los beneficiarios de los cotizantes (cónyuges, hijos, etc.) con la finalidad de ayudar a financiar el sistema (Defensoría del Pueblo, 2005). Según la Ley 100, los copagos y las cuotas moderadoras no pueden aplicarse simultáneamente sobre un servicio. Ambos se aplican teniendo en cuenta el ingreso base del afiliado (República de Colombia, 2004). Para los usuarios afiliados al régimen subsidiado, se han establecido copagos, de acuerdo con la clasificación otorgada por el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). El Sisbén es un instrumento para obtener información socioeconómica y clasificar a la población de acuerdo con variables de calidad de vida. A los indigentes e indígenas, al control prenatal, atención al parto y al niño durante el primer año de vida, no se aplican copagos. Los individuos clasificados con el nivel 1 no realizan copago (República de Colombia, 2007f). Para el nivel 2 y 3, el copago máximo es del 10 % del valor de la cuenta, sin que el

cobro por un mismo evento exceda la mitad de un salario mínimo legal mensual vigente (SMLMV) y siendo el valor máximo por año calendario, un SMLMV (República de Colombia, 2004). Para el año 2013, el cobro máximo por evento sería de \$294.750 (126,33 €) y el valor máximo por año \$589.500 (252,67 €). La recaudación de copagos y cuotas moderadoras, información a los usuarios sobre cuantías y la decisión sobre la frecuencia de aplicación recae sobre las EPS (República de Colombia, 2004). La población no asegurada debe realizar un pago por los servicios utilizados. En el caso de que tenga carné del Sisbén, aunque no esté afiliada a una EPS-S, se le aplican los mismos copagos en función de su nivel socioeconómico que a la población asegurada al régimen subsidiado.

A cambio de cubrir las prestaciones incluidas en el paquete de beneficios, se asigna una unidad de pago por capitación (UPC) tanto a EPS del régimen contributivo como subsidiado. Esta cantidad monetaria se determina anualmente y se relaciona con el perfil epidemiológico de la población y el coste de los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud correspondiente (POS o POS-S) (Rosa, 2004). La fórmula de ajuste de la cápita contempla variables como la edad, el sexo y residencia en departamentos con dificultad en el acceso a los servicios de salud (Gómez, 2003). Desde 1999, el valor de la UPC ha crecido a un ritmo similar al del salario mínimo (Rosa, 2004). En el año 2007, la UPC del régimen contributivo era 134,7 €, mientras que la del régimen subsidiado era casi la mitad, 75,8 €. Tras la aprobación del Auto 262 de 2012 de la Corte Constitucional que dio cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008, que exigía la equiparación de las UPC del régimen subsidiado y contributivo, las diferencias se han reducido (UPC-C de 243,86 € y UPC-S de 218,17 €, en 2013).

Por lo tanto, el gasto en salud en Colombia se estimó para el año 2011 en un 6,5% sobre el PIB, del cual un 75,2% correspondería al gasto público y un 83,4% de este, al gasto en seguridad social (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014b). No obstante, alrededor del 17% del gasto está destinado a costes administrativos, de los cuales más de la mitad son para operaciones como gestión financiera, personal, información y procesos de afiliación (Cendex, 2000).

Rectoría

El Ministerio de Salud y Protección Social es el ente regulador del sistema (República de Colombia, 2007f), encargado de formular las políticas en materia de salud para todo el territorio nacional, establecer normas, formular y aplicar criterios de evaluación de eficiencia y calidad a EPS, IPS y entes territoriales, y administrar el Fosyga (Restrepo, 2007). La Ley 1122 de 2007 crea la Comisión de Regulación en Salud (CRES), adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, para asumir funciones relacionadas con el aseguramiento: definición del Plan Obligatorio de Salud; el monto de la cotización, el valor de la unidad de pago por capitación (UPC), copagos y cuotas moderadoras; tarifas de servicios y honorarios de los profesionales; y establecimiento de los criterios de selección de los beneficiarios del régimen subsidiado (República de Colombia, 2007f). El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) pierde con la Ley 1122 muchas de las funciones de regulación del aseguramiento asignadas por la Ley 100 de 1993 y queda principalmente con un papel de concertación entre el gobierno, las administradoras del seguro obligatorio, las instituciones prestadoras de servicios de salud, los gremios y los trabajadores; y de asesor del Ministerio y la Comisión de Regulación (Restrepo, 2007). Los consejos territoriales de la seguridad social son los encargados de asesorar y velar por el cumplimiento de las políticas de salud a nivel de los entes territoriales. Por último, la Superintendencia Nacional de Salud cumple, entre otras funciones, el control presupuestal y financiero, la inspección y vigilancia de las entidades participantes en el SGSS para garantizar la adecuada afiliación y acceso a los servicios de salud; controla el uso de los recursos financieros por parte de las aseguradoras e IPS del sistema, así como las transferencias que realizan las entidades territoriales al sector salud.

Aseguramiento

En el régimen contributivo se consideran beneficiarios los trabajadores con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionistas con ingresos superiores a un salario mínimo mensual y trabajadores independientes con capacidad de pago que devengan más de dos salarios mínimos (República de Colombia, 1998) y sus familias (cónyuge o compañera permanente, hijos menores de 18 años, con discapacidad, o menores de 25 años

en condición de estudiantes). En el régimen subsidiado es beneficiaria la población clasificada en los niveles 1 y 2 de pobreza, según el Sisbén. La población clasificada en el nivel 3 del Sisbén puede afiliarse al régimen subsidiado mediante un subsidio parcial que da derecho a recibir algunos contenidos del POS-S (República de Colombia, 2007f).

El Plan Obligatorio de Salud (POS) del régimen contributivo incluye los servicios de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías (cerca del 90 % de las patologías propias del perfil epidemiológico del territorio colombiano) (Hernández, 2002), y excluye procedimientos de tipo estético, tratamiento para la infertilidad, periodoncia, ortodoncia y prótesis parciales o implantes, entre otros (República de Colombia, 2011f). Para los afiliados al régimen subsidiado, el POS-S incluía hasta el año 2012 prestaciones de atención de primer nivel y para enfermedades de alto costo, dejando fuera un gran número de patologías y la cobertura de servicios a lo largo de un mismo episodio de enfermedad (Quintana, 2002; República de Colombia, 2005). A pesar de que la Ley 100 contemplaba la equiparación de los POS subsidiados y contributivos, esta no tuvo lugar hasta 2012, efectuándose de manera escalonada por grupos poblacionales, manteniéndose la indefinición sobre la cobertura de algunos procedimientos que no fueron contemplados dentro del POS. La Ley 100 dispone que, mientras no se produzca la equiparación de los planes, la población debe recibir los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los contratados por las entidades territoriales (Jaramillo-Pérez, 1999). Por lo tanto, los individuos para un mismo episodio de enfermedad pueden recibir unos servicios en la red de prestadores contratados por las EPS-S y otros en los hospitales contratados por las secretarías de salud (Jaramillo-Pérez, 1999).

Gestión del aseguramiento

Las *entidades promotoras de salud (EPS)* tienen como funciones principales la afiliación, registro de afiliados y recaudación de sus cotizaciones por delegación del Fosyga; garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados de manera directa o indirecta; y divulgar información sobre los derechos y deberes a los usuarios en relación con el sistema de salud. Además, las EPS pueden ofrecer planes adicionales de salud a los

asegurados del régimen contributivo, que pueden contratarlos y pagarlos directamente.

Las EPS pueden actuar tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado (República de Colombia, 1993). Actualmente, en el régimen contributivo predominan las EPS de tipo privado —87,2% de la afiliación— y su concentración en 6 EPS. La EPS pública más importante, el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, fue transformada en una empresa mixta con capital privado y posee el 12,8% de la afiliación (Colombia. Supersalud, 2013).

Las *entidades territoriales* —municipios, distrito y departamentos—, a través de sus secretarías de salud, son las responsables de dirigir y coordinar el sector salud y el SGSSS en los territorios, garantizar el proceso de aseguramiento al sistema de salud y desarrollar políticas de salud pública. Su papel en el aseguramiento comprende desde la identificación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, su afiliación a las EPS-S, establecer contratos con las EPS-S y asignarlos de forma capitativa, y a las IPS públicas para la prestación de la población no asegurada. En relación con la salud pública, son responsables de formular e implementar las políticas en su territorio, entre ellos el plan de intervenciones colectivas (PIC), la coordinación intersectorial en el territorio y los servicios de salud bajo el marco de la estrategia de atención primaria en salud.

Provisión de servicios de salud

La Ley 100 de 1993 define a las instituciones prestadoras de servicios de salud como entidades oficiales, mixtas, privadas, comunitarias y solidarias, que se organizan para la prestación de servicios de salud a los afiliados al SGSSS, previo cumplimiento de los requisitos de habilitación y su inclusión en el registro especial de salud ante las entidades departamentales y distritales de salud (República de Colombia, 2006, 2007e). Las IPS públicas han adoptado la fórmula de Empresas Sociales del Estado (ESE), entidades públicas descentralizadas, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. En esta transformación, los hospitales públicos han llevado a cabo un proceso, aún en curso, de cambio de financiamiento, desde el subsidio a la oferta —aportes directos del Estado por la vía presupuestaria— al subsidio a la demanda, a través de contratos con las administradoras, principalmente del régimen subsidiado (República

de Colombia, 1996). Las ESE de I nivel están adscritas territorialmente y deben rendir cuentas ante las secretarías de salud municipales —si el municipio ha obtenido el certificado para asumir la responsabilidad de administrar los hospitales de I nivel—. Las IPS públicas de más complejidad están adscritas a los departamentos. Del total de IPS en el país, el 89,28 % son privadas (Guerrero, 2011).

Las redes de servicios de salud en las políticas de salud

En Colombia no existe una política pública específica para la implementación de redes integradas de servicios de salud, sino distintas normativas sobre el diseño del Sistema General de Seguridad Social y la organización de la prestación, que contienen referencias a las redes.

La creación de redes de servicios de salud va unida a los dos grandes procesos de reforma del sistema de salud colombiano en la década de los noventa: la introducción de un nuevo modelo de aseguramiento basado en el modelo de competencia gestionada y la descentralización político-administrativa del sistema público de salud.

El primero propone la organización de redes de servicios por parte de las EPS para sus afiliados tanto en el régimen subsidiado como en el contributivo —*redes basadas en la afiliación voluntaria*— (República de Colombia, 1993), y por las entidades territoriales para atender la población vinculada; mientras que el segundo formula la organización y consolidación de redes de prestación a nivel territorial por parte de los entes territoriales, conformadas por IPS públicas y privadas —*redes basadas en la afiliación geográfica*— (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c; República de Colombia, 2001, 2007e, 2011d). Aunque para ambos el diseño propuesto por las políticas es muy limitado, el de las redes territoriales tiene un mayor desarrollo.

Además, pese a que en el proceso de modernización de las IPS públicas, como consecuencia de la introducción de la competencia en la prestación, se ha hecho referencia a redes de prestadores exclusivamente públicos basadas en la afiliación geográfica y coordinadas y administradas por los entes territoriales (Departamento Nacional de Planeación, 2014; Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c; República de Colombia, 2001, 2011d), no se evidencia un desarrollo concreto frente a ello.

Concepto de redes y sus objetivos

La incorporación del concepto de redes integradas de servicios de salud en la legislación colombiana no se produce hasta la Ley 1438 de 2011. Las normas anteriores utilizan otras denominaciones para referirse a las redes: red de servicios de salud (República de Colombia, 1993, 2001), red de prestadores o de prestación de servicios (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c; República de Colombia, 2001, 2007e) y redes de atención (República de Colombia, 2011d). Se encuentran dos definiciones en las normativas analizadas en las cuales se identifican varias características claves (República de Colombia, 2007d, 2011a, 2011c, 2011d): son redes que *prestan servicios* o bien de forma directa o mediante acuerdos a una *población definida sin una base geográfica, que se coordinan por medio del sistema de referencia y contrarreferencia establecido* por la entidad que los financia —*aseguradora o ente territorial*—.

Tabla 3.1. Definiciones de red integrada de servicios de salud en las políticas analizadas

Red de prestación de servicios	“Conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contrarreferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos” (República de Colombia, 2007d).
Redes integradas de servicios de salud	“Integración de organizaciones o redes que prestan servicios o hacen acuerdos para prestar servicios de salud más eficientes, equitativos, integrales, continuos a una población definida dispuesta conforme a la demanda” (República de Colombia, 2011a, 2011c, 2011d).

Los objetivos de las RISS recogidos en las definiciones contenidas en las políticas (República de Colombia, 2007e, 2011d) son la mejora de la eficiencia, equidad, integralidad y continuidad de la atención. El Decreto 4747 de 2007 añade la garantía de la accesibilidad, de la calidad de la atención y la respuesta adecuada a las necesidades de la población.

Además de estos objetivos, que son los que de forma común se encuentran en la literatura de redes, las políticas de organización de la prestación contemplan las redes principalmente como una fórmula para garantizar la sostenibilidad financiera de los proveedores en un mercado en el que compiten con los prestadores privados por los contratos con las

aseguradoras (Departamento Nacional de Planeación, 2014; Colombia Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). Las políticas establecen que la integración permite mejorar la eficiencia al obtener economías de escala mediante la integración de funciones administrativas, como, por ejemplo, la contratación conjunta (República de Colombia, 2011d) o la integración de servicios asistenciales (República de Colombia, 2001).

El diseño de las redes en las políticas

El diseño de las redes contenido en las políticas analizadas destaca por su elevado nivel de indeterminación en relación con aspectos fundamentales para su desarrollo, como las funciones de las entidades que las organizan, el ámbito geográfico en el que se deben desarrollar, la amplitud, profundidad y concentración geográfica mínima de las redes, la definición de mecanismos de financiación que incentiven la eficiencia global y la coordinación de las redes, o el modelo organizativo de las redes. La definición de criterios en el diseño se realiza de forma tímida, y, cuando tiene lugar, se incluyen excepciones para no vulnerar la autonomía de aseguradoras y prestadores privados.

En cuanto a las *funciones de las entidades que participan* en las redes, un vacío importante en la normativa es el referido a los contenidos de la función de coordinación o ‘articulación’ de las EPS en las redes a pesar de ser uno de sus cometidos principales (República de Colombia, 1993, 2007f). Únicamente se establece que estas entidades serán las encargadas de diseñar y organizar el sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes en sus redes (República de Colombia, 2007e), y tendrán la obligación de reportar a la Superintendencia Nacional de Salud información correspondiente a la red de IPS con la que contratan.

Con respecto a las redes territoriales, la Ley 1438 de 2011, que es la norma que desarrolla con más amplitud este tipo de redes, otorga la responsabilidad de la coordinación a los entes territoriales, en coordinación con las entidades promotoras de salud (EPS) a través de los consejos territoriales de seguridad social. Aunque se definen los contenidos principales de la función de coordinación —identificación y clasificación en niveles de riesgo de la población por atender, consenso en torno a la implementación del modelo de atención, desarrollo conjunto de sistemas de gestión e información compartidos, y coordinación de servicios—, ni la Ley 1438 ni la

normativa posterior desarrollan cómo se efectuará la coordinación entre los entes territoriales y las aseguradoras, ni determinan los mecanismos para transferir poder de decisión desde las aseguradoras a los entes y consejos en la articulación de las redes, ni el papel de los consejos territoriales del SGSSS. En este sentido, la norma solo establece que la coordinación por parte del ente territorial no podrá vulnerar la autonomía de las EPS e IPS que conforman la red (República de Colombia, 2011b).

Las políticas también asignan a los entes territoriales la responsabilidad de formular los planes bienales de inversión en salud en infraestructura, dotaciones y equipos públicos y privados según necesidades de la población. Aunque se establece que, en el caso de que las IPS públicas o privadas realicen inversiones fuera de estos planes, no podrán recibir financiación o ser contratadas con recursos del SGSSS, no definen el mecanismo de control para garantizarlo (República de Colombia, 2001, 2011d).

Finalmente, en el proceso de configuración de las redes de prestación, las políticas atribuyen al ente rector del sector salud —el Ministerio de Salud y Protección Social— algunas funciones sin desarrollar su contenido o los instrumentos para llevarlas a cabo, como la promoción de las redes (República de Colombia, 2001), la habilitación (República de Colombia, 2011d), la regulación de la cantidad y calidad de la oferta pública y privada (República de Colombia, 2001), la reglamentación de la función coordinadora de los entes territoriales en las redes territoriales (República de Colombia, 2011d). En cuanto al proceso de habilitación, aunque la Ley 1438 expone varios criterios para la habilitación de las redes, no ha habido un desarrollo normativo posterior que determine los estándares de habilitación específicos para este tipo de organización.

En el caso de las redes territoriales, el *ámbito geográfico* es establecido por el municipio, exceptuándose aquellos que no se encuentran certificados, en cuyo caso sería el departamento el responsable de su definición, no obstante, no se define cuál es la *amplitud* mínima que deben tener. La definición de estos criterios es fundamental en el diseño de redes para evitar la implementación de redes en ámbitos geográficos muy reducidos, por ejemplo, a nivel municipal, que no dispongan de los niveles de atención necesarios para garantizar la integralidad de la atención. En cuanto a las redes organizadas por las aseguradoras, la Ley 100 de 1993 y la normativa

posterior establecen únicamente que su amplitud la determina el plan de beneficios que contiene los servicios que deben garantizar a sus afiliados.

Los documentos analizados tampoco contienen criterios en relación con el número de unidades médicas necesarias para la provisión de los servicios de salud según características poblacionales específicas —*profundidad*—, ni su distribución en el espacio geográfico —*concentración geográfica*—. Únicamente la Ley 1122 de 2007, así como el Decreto 4747 de 2007, enuncian que las aseguradoras deben garantizar servicios de salud de baja complejidad de manera permanente en el municipio de residencia del afiliado, aunque les dan autonomía para decidir proporcionarlos fuera del municipio si consideran que los servicios disponibles no cuentan con la calidad suficiente (República de Colombia, 2007a). En el caso de la atención de la población pobre, en las prestaciones no cubiertas con subsidios a la demanda, se establece que estas deberán contratar con ESE habilitadas y, en caso de que no existiese en el municipio o en su área de influencia la oferta necesaria, podrán contratar con otras instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren habilitadas (República de Colombia, 2007b). Esta misma ley establece que en cada municipio existirá una ESE o una unidad prestadora de servicios integrante de una ESE (República de Colombia, 2007c).

Las normas contemplan un amplio abanico de *formas de colaboración interorganizativas* entre las entidades que conforman las redes, por determinar de forma autónoma por las entidades, e introduce algunas limitaciones en su uso: 1) *entre las aseguradoras y los prestadores*, la integración bajo la misma titularidad en el régimen contributivo —en el subsidiado no está permitido—, con un valor máximo del 30 % del gasto en salud asignado (República de Colombia, 2007f), o la contratación de servicios —en el régimen subsidiado, al menos un 60 % del gasto debe ser con prestadores públicos del área de residencia del afiliado si cumplen con los indicadores de calidad, resultados y tarifas competitivas, y en el régimen contributivo, únicamente se establece de forma que las EPS les deberían dar prioridad en los procesos de contratación— (República de Colombia, 2007f); 2) *entre las entidades territoriales*, se ha enunciado la posibilidad de establecer asociaciones para organizar conjuntamente la prestación de servicios públicos, como la gestión de centros o puestos de salud en red, con el fin de producir economías de escala (República

de Colombia, 2011e); 3) *entre los prestadores*, admiten cualquier forma de asociación, como uniones temporales, consorcios, etc. (República de Colombia, 2011d); 4) *entre los prestadores públicos*, fórmulas de asociación dirigidas a la contratación conjunta de servicios para obtener economías de escala, como las cooperativas (Presidencia de la República de Colombia, 2010; República de Colombia, 2011d); 5) *entre prestadores público-privados*, se ha promovido la creación de asociaciones para la inversión en infraestructura en el largo plazo (República de Colombia, 2012; Colombia. Superintendencia Nacional de Salud, 2010a, 2010b).

Tabla 3.2. Características claves del diseño de las RISS en Colombia en las políticas analizadas

	RISS-aseguradoras	RISS-territoriales
Población definida	Afiliación voluntaria	Afiliación geográfica. Por definir en la habilitación de la red (municipio, departamento)
Amplitud	Determinada por el POS	Determinada por el POS
Profundidad	No se define	No se define
Concentración geográfica	Garantía de que la baja complejidad se provee en el municipio de residencia del afiliado	Prestación de servicios en ESE habilitadas en el municipio (Ley 1122 de 2007). En cada municipio debe existir una ESE
Formas de relación	Entre aseguradoras-prestadores: integración bajo misma titularidad o contratación de servicios Entre proveedores: consorcios, uniones temporales y tercerización de servicios, alianzas	Entre entidades territoriales: asociaciones para organizar conjuntamente prestación de servicios públicos (República de Colombia, 2011e) Entre proveedores: consorcios, uniones temporales y tercerización de servicios, alianzas, fusión ESE, asociaciones público-público y público-privadas
Mecanismos de asignación	Pago por capitación I nivel (República de Colombia, 2011d), por evento (o por servicio), por caso (o basado en casuística) y presupuestos globales fijos (República de Colombia, 1993, 2007e)	Pago de servicios a IPS públicas y privadas mediante 'paquetes de atención en salud' u otras alternativas de contratación
Modelo de organización de servicios	Marco genérico de organización por niveles de referencia y contrarreferencia (República de Colombia, 1994, 2001) Puerta entrada: I nivel Fortalecimiento baja complejidad (República de Colombia, 2011d)	Por niveles de atención y grados de complejidad a partir de los criterios de referencia y contrarreferencia, con I nivel como puerta de entrada (República de Colombia, 2001)

Las políticas contemplan también un amplio abanico de modalidades de pago entre las aseguradoras y los proveedores que componen las redes, por determinar de forma autónoma por las aseguradoras: el pago por capitación, pago por evento (o pago por servicio), pago por caso (o pago basado en casuística) y presupuestos globales fijos (República de Colombia, 1993, 2007e). Sin embargo, no se incluyen criterios o recomendaciones sobre las formas de pago más adecuadas para promover la coordinación entre niveles y la eficiencia global. La única limitación que se introduce es en el uso del pago por capitación a los servicios de media y alta complejidad, y la prohibición de la utilización de mecanismos de asignación o fórmulas de contratación que limiten el acceso a la atención a la salud o favorezcan la fragmentación de la atención, sin definir el mecanismo de control del ente rector para evitarlo.

Por último, la normativa únicamente define un marco genérico para *el modelo de organización de servicios*: su disposición por niveles de complejidad a partir de los criterios de referencia y contrarreferencia (República de Colombia, 1993, 2001), que ya había sido definido en 1994 por el *Manual de actividades, intervenciones y procedimientos (Mapipos)* (República de Colombia, 1994). Según este modelo, el acceso a la red debe ser por el I nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes, el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo con las normas definidas para ello. Dentro de este marco genérico, las aseguradoras son las responsables de definir cómo se organizan y relacionan los servicios que comprenden las redes que organizan.

Instrumentos para el desarrollo de las redes y estrategias para su fomento

La formulación de estrategias para fomentar la implementación de redes es escasa e inespecífica. Para el fomento de redes territoriales, únicamente se propone el desarrollo de programas de apoyo técnico, mecanismos de financiación para las redes públicas y sistema de habilitación de las redes, en fase inicial.

Se ha establecido un programa de apoyo técnico a las direcciones de salud de las entidades territoriales para el fortalecimiento de su capacidad de coordinación de redes y programas genéricos para la consolidación de redes de servicios prioritarias nacionales, como la red de urgencias

(Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). También se contemplan algunas estrategias para la reorganización de la red pública, como el apoyo técnico y financiero a las entidades territoriales en el proceso, el saneamiento de los pasivos prestacionales del personal vinculado con las instituciones y la definición e implantación de un sistema de seguimiento de la gestión asistencial y financiera de los proveedores públicos (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2014c). Se establecen dos mecanismos para la financiación de la reorganización de la red pública: la destinación de recursos de las rentas cedidas a las entidades territoriales y los créditos condonables a la nación y entes territoriales, si se demuestra el logro del equilibrio financiero, eficiencia y articulación de la red. Los créditos se establecen por contrato entre la entidad territorial y el Ministerio de Salud, siendo el Ministerio de Hacienda y Crédito Público el encargado de manejar el crédito con el ente territorial. No obstante, los recursos para el desarrollo de este programa fueron adquiridos por el gobierno colombiano a través de un crédito externo no condonable con el Banco Interamericano de Desarrollo (República de Colombia, 2010, 2011d).

En lo que compete al proceso de habilitación de redes integradas de servicios de salud, este es un proceso incipiente, dado que la única normativa que lo ha enunciado, sin que se hayan establecido los mecanismos para su implementación, ha sido la Ley 1438 de 2011, que describe de manera superficial los criterios que deben tenerse en cuenta para su conformación, entre otros, la definición de la población y territorio a cargo, la oferta de servicios y recursos de que se dispone, los mecanismos de referencia y contrarreferencia, y el cumplimiento de los estándares de habilitación de las instituciones prestadoras de servicios que integran la red. Elementos estos últimos que están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y Protección Social y que hacen parte de los alcances del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud (República de Colombia, 2013).

El único mecanismo de coordinación entre niveles asistenciales que las políticas analizadas proponen para las redes es el mecanismo de referencia y contrarreferencia, y, en el caso particular de las urgencias, el desarrollo de centros reguladores de urgencias y emergencias por parte de las direcciones territoriales para regular los servicios de urgencias de la población de su territorio y coordinar la atención en salud de la población

afectada por emergencias o desastres en su área de influencia (República de Colombia, 1993, 2007e, 2011d). Aunque el sistema obligatorio de garantía de la calidad destaca la importancia de crear sistemas de información integrados, su objetivo es la evaluación del desempeño de los servicios y no la transferencia de información clínica entre niveles asistenciales. Otros mecanismos, como el sistema de incentivos o el sistema de información, propuestos por la política de prestación de servicios, o el diseño y adopción de guías y protocolos clínicos, que han sido enunciados dentro de los lineamientos del sistema obligatorio de garantía de la calidad, se dirigen a los proveedores de forma individual y no para la red en su conjunto.

Conclusiones

En la legislación colombiana, la incorporación del concepto de RISS es relativamente reciente, existiendo dos tendencias en relación con su desarrollo: de una parte, la configuración de redes por parte de las empresas promotoras de salud, basadas en un modelo de aseguramiento; y, de otra, la configuración de redes que operan por ámbito geográfico, desarrolladas por las entidades territoriales. Aunque se ha llevado a cabo un mayor desarrollo normativo en cuanto a las redes territoriales, destaca la falta de claridad en las normativas y su falta de continuidad para ambos tipos de redes.

En las políticas analizadas, resalta la falta de criterios explícitos en relación con aspectos relevantes para la configuración de las redes, y, por lo tanto, en su desempeño, como las funciones de las entidades que las organizan, el ámbito geográfico en el que se deben desarrollar, el modelo organizativo o los mecanismos de coordinación que deben implementar.

A pesar de que el Estado debería ser el garante de la prestación de los servicios de salud, la indeterminación en el diseño de las redes detectada supone delegar a las EPS la responsabilidad de definir la configuración y organización de sus redes de servicios de salud.