

EPS Y MEDICINA PREPAGADA

UN PROBLEMA SOCIAL

***Perilla Karen**

***Pulido Angélica**

Universidad: UNICOC

Historia

La salud es una de las cosas más importantes en la vida de las personas, pues gracias a esta es posible realizar en la vida todas aquellas actividades que hacen parte del diario vivir y las cuales permiten tener una vida plena en la cual se puedan disfrutar de todas las actividades que llenan las vidas de las personas, por lo tanto para mantener una buena salud que permita que las condiciones de vida estén en óptimas condiciones, lo más adecuado es recurrir a las entidades que prestan los servicios de salud y que dan cabida a mantener un nivel adecuado de salud previniendo o tratando las diferentes

enfermedades y atendiendo casos de accidentes, los cuales se presentan tanto en la vida de las personas, así las EPS son uno de los mayores sustentos que tienen a disposición las sociedades para contar con una buena salud, que de cabida a un desarrollo adecuado de la vida. (Artículo.ORG., 2012)

Como se puede entender las EPS juegan un papel de vital importancia dentro de la sociedad, de tal forma vale la pena resaltar su calidad realizando la definición de EPS y todo lo que esto significa y los alcances que tiene.

La definición de EPS hace referencia a las entidades prestadoras de salud, las cuales pueden ser tanto empresas como instituciones de naturaleza privada o pública, las cuales brindan una completa protección en salud, al permitir a sus usuarios el acceso a diferentes medios de atención, por medio de citas médicas de carácter preventivo, tratamientos y terapias, a partir de lo cual se dictan

recetas medicas y se brindan medicamentos, también se atienden casos de urgencias, citas odontológicas y muchos otros medios de prestación de servicios de salud, de tal forma son muchas las maneras de brindar los servicios que se derivan de la definición de EPS.

En razón a las condiciones propias que caben dentro de la definición de EPS, se puede decir que las EPS pueden contar en ciertas ocasiones con una infraestructura propia y en muchos otros casos les pertenecen a terceros, además las EPS pueden contar con una única sede, pero en dentro de la definición de EPS también es posible que la entidad se encuentre distribuida en una gran red con una sede principal y diferentes puntos de atención distribuidos en puntos estratégicos de una ciudad o de un territorio, lo que permite una mayor cobertura para la prestación de los servicios de salud y mejores

condiciones para los diferentes usuarios. (MagaSeguros, 2013)

En al definición de las EPS, vale la pena resaltar que estas se encuentran vigiladas o sujetas a controles, para que cumplan con ciertas condiciones de calidad, así de esta función de vigilancia sobre las EPS se encuentran las superintendencias encargadas de la salud, las cuales son una manera de manifestacion del gobierno.

Entre las principales ventajas que se pueden ubicar en la definición de EPS, se destacan:

- Los usuarios de las EPS, tiene a su disposición una gran alternativa de servicios y planes de atención en salud, los cuales además deben ser de la mas alta calidad y competencia, lo cual en la definición de EPS favorece a la búsqueda de mejorar cada día en la prestación de servicios.

- De la definición de EPS, se desprende la idea de planes de educación en salud, buscando ante toda la prevención de las enfermedades con citas médicas, campañas de vacunación, evitando posibles complicaciones y avance de las enfermedades.

- Mayor cobertura, como atención de enfermedades preexistentes, salud mental, dental, atención en nutrición y dietética, amplia atención de casos de embarazo y periodo de lactancia, entre muchos otros medios de prestaciones en salud. (MinSalud, 2010)

Las Entidades Prestadoras de Salud, EPS, fueron creadas en el año 1997 y son empresas distintas a EsSalud, cuyo único objetivo es el de prestar servicios de atención para la salud, con infraestructura propia y de terceros, sujetándose a los controles indicados por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, SEPS.

La EPS le brinda atención ambulatoria, hospitalaria, de emergencia, de maternidad, odontológica, oftalmológica y oncológica cuando usted lo necesite. Adicionalmente cubre la necesidad de prótesis quirúrgica y salud mental, además de atenciones preventivas anuales, control del niño sano e inmunizaciones y un curso de preparación para el parto – psicoprofilaxis. (UIGV, 2012)

La Medicina Prepagada como política gubernamental está relacionada en América Latina con el surgimiento de la reforma liberal y de mercado de finales de los años ochenta. A pesar de ello, algunos países como Chile, iniciaron el proceso al empezar la década de los años ochenta (1981), pues su sistema político estaba asociado tempranamente a las ideas neoliberales que posteriormente se convirtieron en el eje ideológico de la región.

En términos generales, el análisis de la política de salud había determinado que existían bajos niveles de eficiencia y eficacia en la asignación de recursos. En otras palabras, que incrementar el gasto público en salud -recomendación histórica de los expertos en el tema- no se traducía en un aumento de la calidad de los servicios prestados, pues el sistema no estaba atado a la realidad, de manera que se privilegiaban los "free riders", es decir, polizones que no aportaban al sistema, pero buscaban recibir todos los beneficios.

El sistema de mercado, por el contrario, fue concebido como un esquema en el que el libre juego de la oferta y la demanda debería presionar a los oferentes de servicios de salud a incrementar la calidad y la eficiencia, al tiempo que le permiten a los ciudadanos elegir qué tipo de cobertura quieren. (BuenaSalud, 2012)

La Medicina Prepaga no está basada en los principios de solidaridad. Por el contrario, el fundamento es que cada uno recibe en proporción a los aportes realizados. El que paga mensualmente US\$480 y el que cotiza sólo US\$18 tienen derecho a sistemas radicalmente opuestos en términos de cubrimiento y calidad.

La Medicina Prepaga no funciona desde el punto de vista legal como un sistema de seguridad social, sino como un contrato de aseguramiento. En este sentido, los usuarios determinan los grados de cobertura y los tipos de beneficios para el afiliado individual o para el afiliado y su grupo familiar.

Según Titelman, los beneficios ofrecidos varían según la cotización y el riesgo médico del asegurado. En este aspecto se presenta la mayor cantidad de polémicas, sostiene Santiago Murgueitio de Ciudadela Salud en Colombia, un proyecto avalado por el

Banco Mundial que los convertirá en la única entidad Nivel 4 de América Latina. Según el experto, el sistema es complejo, en la medida en que para realizar el contrato se hace una evaluación de la historia médica del paciente, con el fin de establecer si padece de alguna(s) enfermedad(es) que haga(n) inviable o más costosa la afiliación.

Las Empresas de Medicina Prepagada funcionan de dos maneras diferentes. O bien, tienen contratos con la mayor cantidad -o totalidad- de Clínicas y Centros Hospitalarios (Estilo las Health Maintenance Organizations HMO en Estados Unidos) o funcionan con una red propia de entidades prestadoras de servicios. (Eclac, 2012)

Problemas de la Medicina Prepaga

Se requiere también de un sistema de auditoría médica para garantizar el mejoramiento de la calidad de los servicios, un sistema de control del gasto médico asistencial e incentivar la calidad mediante la promoción del principio de libre escogencia .

Así, la gente puede seleccionar las entidades que más le satisfagan, las que más le convengan y no verse sometida a recurrir a las que les toque, por obligación.

Las nuevas medidas buscan también establecer criterios para que las empresas de medicina prepagada se acrediten y, sobre todo, para que cumplan con ciertos requisitos mínimos para poder funcionar como entidades que prestan servicios de salud a los usuarios. (Tiempo, 1994)

Desde diferentes puntos de vista, las empresas de medicina prepagada son

entidades intermedias entre las instituciones prestadoras de los servicios de salud y los usuarios. Deberían establecer tarifas regulares y programas específicos que lleven a la eficiencia, con un adecuado control de costos que se refleje en un aumento racional de las tarifas y no de una manera irregular y desbordada .

Hoy en día no existe una revisoría fiscal en ninguna entidad. Hay algunas que han subido entre un 90 y un 150 por ciento sus tarifas, y ésta es una queja frecuente de los usuarios. Unas nacieron muy bien y van en bajada; otras se mantienen muy estables. Se requiere de un plan único de cuentas con pautas específicas para registrar los egresos e ingresos de estas entidades. Que sean uniformes en algunas materias. (Tiempo, 1994)

La idea es tener un número adecuado de usuarios que les permita a estas empresas tener un punto de equilibrio.

Así mismo, diseñar un plan específico para pagarle a los médicos no por el número de consultas que atiendan sino con otros parámetros.

Las entidades de medicina prepagada tienen que ir pensando en buscar verdadera economía de beneficio al usuario. Con la Ley 100 pasarán a ser una opción dentro del marco de seguridad social y es obvio que no todas las llamadas van a ser las escogidas

Las grandes compañías pueden convertirse en promotoras, como lo dice la ley; las pequeñas deben fusionarse para conformar una promotora o pueden acabarse , explica el Superintendente.

También tienen que realizar una inversión para buscar infraestructura en el área ambulatoria. (SaludColombia, 2012)

En cuanto a las reglas que promoverán la eficiencia del sector y que tienen que ver con las empresas de medicina

prepagada y su papel futuro como entidades promotoras, se exigirá que estas entidades garanticen la estabilidad para el afiliado en el sentido de no permitir la terminación unilateral del contrato a menos que medie abuso o mala fe del usuario. Establecer sistemas de incentivos a la oferta de los servicios, dirigidos al control de costos, al aumento de la productividad y a la asignación de recursos utilizando criterios de costo-eficiencia. Igualmente se prevé ampliar el conocimiento y manejo del sistema por parte de los beneficiarios y promover un servicio de mayor calidad al usuario . (DNP, 2013)

Las entidades que prestan servicios de medicina prepagada están obligadas a emplear la debida diligencia en la prestación de los servicios a los clientes. Para este efecto se obliga a las entidades a disponer de una línea de 24 horas para atender al usuario en todo lo relacionado con información, prestación

del servicio y quejas , precisa el informe de Supersalud.

Muchos costos operacionales En el último informe de la Superintendencia de Salud sobre la situación de las Empresas de Medicina Prepagada (EMP), se encontró que las 24 firmas que funcionaban en el país el año pasado habían tenido un crecimiento muy bajo, debido en gran parte al limitado mercado en el que funcionan.

Mientras que cuatro empresas (Comfandi, Colsánitas, Coomeva y Seguros Colmena) controlan el 60 por ciento del mercado, 20 firmas de menor tamaño se reparten el 40 por ciento restante.

Las que tienen menor número de afiliados son Colsánitas Bolívar, Corsalud, Crear Salud, Fesalud Medellín, Fundación S.S, Vivir S.A., Fesalud Total, Medicinal, Medisánitas, Servital, Salud Antioquia, Bonsalud y EMI.

Entre las más poderosas y las de menos número de afiliados, hay un grupo que se reparte entre el 2 y el 10 por ciento del total de afiliados. Son Compensar, Medisalud, Susalud, Humana, Seguros Médicos Colpatria y Cafesalud.

Durante el segundo y tercer trimestre de 1993, las actividades que más realizaron las EMP fueron los exámenes de laboratorio, consultas médicas especializadas y generales. En menor rango se encuentran los rayos X, servicios de urgencias, cirugías y hospitalizaciones. (Tiempo, 2010)

A pesar de que estos dos últimos servicios son los que menos usan los afiliados a las EMP, representan la mayor parte en los costos de operaciones de las empresas, pues las personas reciben al mismo tiempo los servicios clínicos especializados de médicos y de las entidades hospitalarias, hecho que aumenta considerablemente los costos de operaciones.

Al tomar los costos operacionales de 13 EMP, la Superintendencia encontró que los servicios clínicos y hospitalarios representan en promedio el 41,26 por ciento de los costos operacionales; los servicios médicos, el 32,08 por ciento; los servicios de laboratorios, el 10,17 por ciento; los de radiología, el 6,2 por ciento y finalmente los otros servicios, el 6,27 por ciento. (Fedesarrollo, 2012)

Problemas de la EPS

Después de las desastrosas medidas tomadas durante el gobierno anterior, la salud se transformó en un negocio, por lo cual nos encontramos con que las entidades encargadas de la salud en Colombia sólo piensan en un beneficio económico, olvidándose que su trabajo principal es salvar vidas no recibir y provocar tutelas.

Con la actualización del POS (Plan Obligatorio de Salud) muchas personas que necesitan de gran variedad de medicamentos o de un procedimiento de alto riesgo deben subsidiarlo de sus

propios ingresos porque el POS no lo cubre. (SaludColombia, 2011)

Existe la posibilidad de que para algunas personas sea sencillo y no le den mayor importancia, pero existen otras que no pueden subsidiar de esa manera ni sus medicamentos ni mucho menos procedimientos de alto riesgo que serían subsidiados por la EPS en un mínimo porcentaje.

Pero el problema no solo radica en la utilización del POS. Se han presentado casos en los que las personas que necesitan atención médica inmediata no son atendidas por no tener seguro médico o no estar al día en la EPS varias de estas personas llegan a morir en una sala de urgencias debido a la negligencia y a la poca humanidad.

Los problemas sociales en Colombia son una problemática bastante importante, pero que en pocas ocasiones

es tomada en cuenta por el gobierno nacional porque es más importante el negocio y el ganar que la propia salud del pueblo. Además en este país importa mucho el estrato social siendo que hay personas que no pueden vivir dignamente y además tampoco pueden subsidiar muchos de los medicamentos que deben consumir o peor aun no llegan a ser atendidas de la manera correcta solo por eso, su estrato o por que la empresa en la que trabajan no les paga la EPS y en los peores casos, por no tener seguro médico.

Problemas entre las EPS Y Medicina prepagada

•Ineficiencia en la prestación de servicios de salud por parte de la Eps.

Uno de los problemas más comunes, es la imposibilidad de que en un tratamiento se incluyan medicamentos y procedimientos no incluidos en el POS,

frente a lo cual, la única vía para exigirlos, es la acción de tutela, e inclusive ni siquiera eso es suficiente.

Pero hay otro problema tanto o más grave.

Además de que las EPS no pueden formular x o y medicamento o procedimiento, resulta que no tienen médicos suficientes. Ya no basta con la ausencia de medicamentos y tratamiento, sino que tampoco ha médicos. (Gerencie, 2012)

Es normal, que un paciente para obtener una cita con un médico especialista, deba esperar un mes, y hay casos que hasta tres meses, lo cual es absurdo. Se supone que la EPS debe garantizar la atención a sus usuarios, y eso implica tener el personal suficiente para que la atención sea ágil, oportuna, pero so nunca sucede en una EPS.

Frente a estas situaciones, el usuario está completamente desprotegidos; no

hay forma de obligar a la EPS que le atienda oportunamente.

Son muchos los casos en que cuando llega la fecha de la cita, el paciente ya lleva semanas de muerto, y parece que a nadie le interesa esa problemática.

Desafortunadamente, quienes tienen las herramientas para imponer controles a las EPS, no se interesan en el asunto, puesto que estos personajes, o bien tienen medicina prepagada donde no se presenta este problema, o tienen suficientes recursos para pagar por su cuenta. Pero quien sólo depende de la EPS, deberá rogar por no morirse antes de que llegue la fecha de su lejana cita.

Debería existir un reglamento que ponga límite en el tiempo a la obligación de las EPS para atender a sus usuarios. Se supone que cuando alguien acude al médico es porque está enfermo, y no puede permitirse que no se le atienda sino semanas después, cuando en muchos casos es fatal esa

espera, puesto que puede llevar a que la enfermedad, por falta de atención oportuna, lleva al paciente a la muerte.

**•No deberían existir las
EPS**

El papel de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, siguen siendo la eterna discusión en los diferentes debates que se han realizado en el país, debido a la reforma a la salud que tramita el Gobierno y la cual ha sido muy cuestionada por el mismo Congreso de la República y las diferentes entidades del sector.

Para el senador Robledo, "las EPS sobran..., no se necesitan", ya que estos entes están trabajando para generar ganancias y no para solucionar la crisis de la salud que se debe a un aspecto financiero y carente de calidad en los servicios.

Según Robledo "hay que acabar con la ganancia como mecanismo de estímulo. Uno de los puntos más graves que tiene la reforma es unir el negocio de las prepagadas y aseguradoras con lo que hoy es el negocio de las EPS y habrá pago anticipado de los negocios". (Pais, 2012)

Ante esto, Minsalud apoyó la idea de que la salud debe ser manejada por un "gran administrador", pero mostró su desacuerdo en el asunto de las ganancias, puesto que para él los estímulos son importantes para garantizar el buen trabajo de los gestores de salud, "generemos un mini incentivo para que hagan lo que tienen que hacer, de lo contrario fracasaría", dijo.

El foro inició con la intervención de Gaviria, quien defendió cuatro aspectos que considera fundamentales en la reforma y es la creación de Salud Mía como un ente que afilie el sistema,

recaude y distribuya los recursos; una mayor cobertura, calidad y servicios de salud, a través de Mi Plan; el papel de las EPS como Gestoras de Servicios de Salud y la prestación de servicios mucho más cerca a los usuarios.

Igualmente, Minsalud explicó que aunque se tramite una reforma por los diversos problemas que atraviesa el sector, hay aspectos positivos que se han conseguido en los más de 20 años de la Ley 100 como el mejoramiento en atención médica a madres durante el parto y el gasto para la salud en Colombia, ya que supuestamente es el más bajo en los países en desarrollo. (Universal, 2012)

"Cualquier intento de reforma debe proteger estos dos logros, es importante mantener los logros sociales", señaló Gaviria.

Sin embargo, el senador Robledo respondió ante la afirmación del Ministro de Salud y aseguró que los

gastos de salud en los últimos 20 años sí han aumentando y casi en un 50% y añadió que en lo que sí está de acuerdo es en el problema financiero por el que atraviesa el sector.

De acuerdo con el director de la ACHC, Salud Mía no puede ser capaz de cumplir con todas las funciones que se le atribuyen en la reforma, pues la integración vertical seguiría siendo el punto negro en este proyecto. Tampoco podría estar bajo el control de dos ministerios como lo son el de Salud y Hacienda, sino que debería ser vigilada por una especie de Contraloría.

"Cada quien debe hacer lo que debe hacer", indicó el directivo. De esta manera no se mezclarían las funciones y el sistema tendría un manejo "más limpio".

(Federación Médica Colombiana, 2012)

El representante de la Fundación Santa Fe mostró su acuerdo con lo planteado por Giraldo y Robledo e hizo un

llamado a fortalecer el Instituto Nacional de Salud como el gran rector de la salud en el país y a la eliminación total de la intervención vertical, puesto que aquí radica el problema de la desviación de recursos, que hoy han llevado a una deuda de más de 2 billones de pesos a hospitales y personal.

Mejoras de las Eps y la medicina prepagada

• Planes de medicina prepagada no pueden negar atención en POS

La Corte Constitucional fijó límites a la responsabilidad de las EPS frente a la prestación de servicios del Plan Obligatorio de Salud (POS), cuando su afiliado tiene contratado, a la vez, un plan de medicina prepagada.

Según el tribunal, si el contrato de medicina prepagada prevé servicios

incluidos en el POS, la empresa no puede negarse a proporcionarlos argumentando que ellos pueden ser prestados por la EPS a la que el usuario cotiza en el régimen contributivo. (Constitucional, 2012)

De acuerdo con el fallo, el afiliado puede elegir libremente si utiliza el POS –a cargo de la EPS– o el plan adicional de salud al momento de requerir atención médica. Advirtió que las entidades no podrán condicionar su acceso a la previa utilización del otro plan.

Las EPS y las empresas de planes adicionales de salud –incluidos, además, los planes complementarios y las pólizas de salud– tienen competencias específicas legales que no pueden eludir según las respectivas coberturas y requerimientos de sus beneficiarios.

El usuario –subrayó la Corte– tiene el derecho de optar entre si el servicio le es prestado por el contrato adicional de

salud o mediante el POS, sin que la entidad de medicina prepagada pueda unilateralmente desplazar su responsabilidad a la EPS correspondiente.

Según la Corte Constitucional, si las personas no están obligadas a contratar la medicina prepagada, mal puede entenderse que las compañías encargadas de ofrecer planes de esta naturaleza, estén habilitadas para trasladar su responsabilidad, originada en un vínculo contractual, a otras relaciones jurídicas existentes entre el afiliado y su EPS, con ocasión del POS. (Portafolio, 2014)

Las empresas de medicina prepagada, insistió, no pueden trasladar a las EPS su responsabilidad en la atención de enfermedades cubiertas en el contrato.

La Corte dijo que los contratos para la prestación de servicios adicionales de salud sólo pueden ser celebrados y renovados con los afiliados al POS.

Así, manifestó, la omisión de esta afiliación “obliga a la empresa a responder por la atención integral en salud de su afiliado sin consideración a las limitaciones pactadas, pues, de no hacerlo, la persona podría verse desprotegida ante las amenazas a la vida y a la salud no cubiertas por el plan de medicina prepagada”.

El Gobierno girará los recursos directamente a las IPS y no a los entes territoriales.

El Gobierno Nacional le descontará por la derecha a los municipios y otras entidades territoriales millonarios recursos con los cuales comenzará a pagar las deudas morosas que estas tienen con las EPS del régimen subsidiado de salud.

Como esas EPS también tienen gigantescas obligaciones en mora con la red de hospitales por la atención de sus afiliados, el Gobierno central les girará directamente a las IPS los dineros

atrasados, que pueden sumar un billón de pesos y afectan la atención a los pacientes. (Portafolio, 2014)

Los recursos que les serán descontados a las entidades territoriales provendrán del sistema general de participaciones para libre inversión, de regalías y del Fondo de Ahorro y Estabilización Petrolera (Faep), entre otras.

La medida está contenida en la Circular 47, expedida por el Ministerio de la Protección Social y busca evitar el colapso de la red pública hospitalaria, aquejada durante muchos años por las deudas en mora de las EPS del régimen subsidiado que argumentan que la situación se debe al no pago de las entidades territoriales.

• Beneficios de la Medicina Prepagada

Una urgencia médica le puede pasar a cualquiera. Si está afiliado a un Plan de

Medicina Prepagada, por ejemplo, tanto un día de hospitalización básico en una institución de buen nivel, como un examen le cuestan un vale o bono, que puede estar entre \$15.000 y \$20.000. Si acude a una EPS y el caso no es de urgencia, el paciente es remitido a una institución que tenga convenio con la EPS respectiva. Por lo general, son instituciones de menor calidad hotelera. El costo corresponde a una cuota moderadora de EPS que está entre \$5.000 y \$15.000, dependiendo del sueldo que tenga la persona que está cotizando. Pero si está por su cuenta y riesgo, un día de hospitalización básico vale más de \$300.000 y un examen especializado como un TAC del abdomen (el más usual cuando se cae un niño) cuesta \$625.000.

Es claro que si usted asume los costos y no cuenta con ningún seguro médico, se expone a un riesgo enorme, pues cualquier imprevisto puede significarle un fuerte gasto inesperado. Por el

contrario, si está afiliado a algún tipo de plan en salud, con una cuota mensual periódica puede proteger su salud y la de su familia. La cuota de un Plan Obligatorio de Salud, POS, si es empleado es del 4% del salario para el empleado (el empleador aporta otro 8%). Para Medicina Prepagada, MP, los precios difieren según el plan que se escoja, pues estas empresas tienen libertad en el régimen tarifario y de cobertura. Pero entre más usuarios, las tarifas son menores. Este pago no es muy elevado, si se considera que le puede evitar tener que sacar varios millones en algún momento dado. (RevistaDinero, 2013)

La decisión de afiliarse a un plan de MP o quedarse con su POS dependerá del servicio que usted desee, pues obviamente obtendrá instituciones, médicos y medicamentos de acuerdo con lo que esté pagando. El POS que ofrecen las Empresas Promotoras de Salud EPS cubre lo obligatorio. Aquí no

obtendrá sino lo que se encuentre en el manual de actividades, normas y procedimientos del POS (Mapipos), el cual es dictaminado por ley. Y si bien el servicio que ofrecen las EPS ha venido mejorando por efectos de la competencia, no es igual al obtenido en las empresas de medicina prepagada. Estas últimas le dan acceso a las mejores clínicas y centros médicos, así como a un más amplio directorio de profesionales y especialistas.

En algunas de estas compañías, el modelo de atención le permite acudir directamente a especialistas sin necesidad de pasar por el médico general (como en las EPS), lo cual hace que el servicio sea mucho más oportuno.

En la parte hospitalaria, hay habitaciones individuales, incluso hay planes que cubren cama del acompañante y hospitalización en casa. Por el contrario, el POS está sujeto a la

disponibilidad. Y por lo general, son habitaciones múltiples (compartidas).

La MP no requiere los trámites de aprobación que se hacen en las EPS ante una cirugía. Según las compañías de MP, cubren todos los medicamentos comerciales e intra hospitalarios hasta medicamentos de última generación. (MinSalud, 2012)

No obstante, las empresas promotoras de Salud EPS tienen una gran ventaja, pues cubren patologías preexistentes (que existían antes de la vinculación al contrato, sépalo o no el afiliado) o enfermedades congénitas, las cuales no son cubiertas por las empresas de medicina prepagada. Además, tienen un cubrimiento familiar y responden por algunos medicamentos que no están cubiertos por la MP.

Por esto, estos productos más que sustitutos deberían considerarse como complementarios. De hecho, muchas empresas de medicina prepagada tienen

también su EPS y ofrecen descuentos, planes especiales y servicios como transcripción de medicamentos para quien se afilie a los dos planes. Cabe recordar que para tener MP o una póliza de hospitalización y cirugía, debe tener POS.

La competencia ha hecho que las compañías se parezcan cada vez más en coberturas. Por esto, es frecuente que ofrezcan servicios adicionales, como descuentos en ópticas, farmacias, seguros de vida e incluso gimnasios, además de programas de prevención y control de enfermedades. (Dinero, 2012).

Bibliografía

Articulo.ORG. (2012). Obtenido de http://www.articulo.org/articulo/9219/definicion_de_eps.html

BuenaSalud. (2012). Obtenido de <http://www.buenasalud.com/lib/emailorprint.cfm?id=3109&type=lib>

Constitucional, C. (2012). Obtenido de <http://corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-064-12.htm>

Dinero. (2012). Obtenido de <http://www.dinero.com/Imprimir/26450>

DNP. (2013). Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=kAOLJQpFDbk%3D&tabid=1080>

Eclac. (2012). Obtenido de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/0/5640/lcl1425e.pdf>

FederaciónMedicaColombiana. (2012). Obtenido de http://www.federacionmedicacolombiana.com/OLD/index.php?option=com_content&view=article&id=2566:el-problema-de-la-reforma-a-la-salud-siguen-siendo-las-eps&catid=43:publicaciones&Itemid=145

Fedesarrollo. (2012). Obtenido de <http://www.fedesarrollo.org.co/wp-content/uploads/2011/08/La-sostenibilidad-financiera-del-Sistema-de-Salud-Colombiano-Libro-Sura-Final-20121.pdf>

- Gerencie. (2012). Obtenido de <http://www.gerencie.com/ineficiencia-en-la-prestacion-de-los-servicios-de-salud-por-parte-de-las-eps.html>
- MagaSeguros. (2013). Obtenido de <http://www.magaseguros corredores.com/eps/>
- MinSalud. (2010). Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/Proyecto%20de%20Ley%20Ordinaria%20Salud.pdf>
- MinSalud. (2012). Obtenido de <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Politica%20Farmac%C3%A9utica%20Nacional.pdf>
- Pais, E. (2012). Obtenido de <http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/eps-siguen-siendo-gran-problema-reforma-salud>
- Portafolio. (2014). Obtenido de <http://www.portafolio.co/economia/planes-medicina-prepagada-no-pueden-negar-atencion-pos>
- Portafolio. (2014). Obtenido de <http://www.portafolio.co/archivo/documento/DR-24068>
- RevistaDinero. (2013). Obtenido de <http://www.dinero.com/Imprimir/26450>
- SaludColombia. (2011). Obtenido de http://problemasdelasaludcolombia.blogspot.com/2011_05_01_archive.html
- SaludColombia. (2012). Obtenido de <http://www.saludcolombia.com/actual/salud32/noticia32.htm>
- Tiempo, E. (1994). Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento-2013/MAM-28337>
- Tiempo, E. (1994). Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento-2013/MAM-28337>
- Tiempo, E. (2010). Obtenido de <http://www.eltiempo.com/archivo/buscar?q=distrito&a=1994&pagina=42&m=01>
- UIGV. (2012). Obtenido de http://www.uigv.edu.pe/rrhh/todo_eps3.htm
- Universal, E. (2012). Obtenido de <http://www.eluniversal.com.co/cartagena/nacional/el-problema-de-la-reforma-la-salud-siguen-siendo-las-eps-119893>