



MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
SUPERINTENDENCIA DE INDUSTRIA Y COMERCIO

RESOLUCIÓN NÚMERO - - 26273 DE 2011
(2 0 MAY 2011)

No. de Radicación: 11-001883

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

EL SUPERINTENDENTE DELEGADO PARA LA PROTECCIÓN DE LA COMPETENCIA (E)

en ejercicio de sus facultades legales, en especial de las previstas en los numerales 2 y 3 del artículo 1, y en los numerales 3 y 5 del artículo 8 del Decreto 1687 de 2010, y,

CONSIDERANDO

PRIMERO: Que el artículo 333 de la Constitución Política de Colombia establece que la libre competencia económica es un derecho de todos, e impone al Estado el deber de impedir que se obstruya o se restrinja la libertad económica y evitar o controlar cualquier abuso que personas o empresas hagan de su posición dominante en el mercado nacional.

SEGUNDO: Que el artículo 3 de la Ley 1340 de 2009 estableció como propósitos de las actuaciones administrativas *“velar por la observancia de las disposiciones sobre protección de la competencia; atender las reclamaciones o quejas por hechos que pudieren implicar su contravención y dar trámite a aquellas que sean significativas para alcanzar en particular los siguientes propósitos: la libre participación de las empresas en el mercado, el bienestar de los consumidores y la eficiencia económica”*.

TERCERO: Que de conformidad con lo dispuesto en el numeral 2 del artículo 1 del Decreto 1687 de 2010, es función de la Superintendencia de Industria y Comercio *“velar por la observancia de las disposiciones sobre promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas en los mercados nacionales (...)”*.

CUARTO: Que los numerales 3° y 5° del artículo 8 del Decreto 3523 de 2009 modificado por el Decreto 1687 de 2010, respectivamente, establecen como funciones del Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia *“iniciar de oficio, o por solicitud de un tercero, averiguaciones preliminares acerca de infracciones a las disposiciones sobre protección de la competencia”, así como “tramitar la averiguación preliminar e instruir la investigación tendiente a establecer la infracción a las disposiciones sobre protección de la competencia”*.

QUINTO: Que el artículo 1° del Decreto 1663 de 1994 establece que *“[d]e conformidad con lo establecido en el artículo 333 de la Constitución Política, en la Ley 155 de 1959, en el Decreto 2153 de 1992, en el Decreto-ley 1298 de 1994 y en el presente Decreto, el Estado garantizará la libre y leal competencia dentro del mercado de los servicios de salud, dentro del cual se entiende comprendido el de los insumos y equipos utilizados para la prestación de dichos servicios. (...) En consecuencia, el Estado garantiza a las Entidades Promotoras de Salud, a los promotores de éstas, a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, a los profesionales del sector de la salud, a las asociaciones científicas o de profesionales o auxiliares de dicho sector y a todas las personas naturales o jurídicas que en él participen, el derecho a la libre y leal competencia en el mercado de los servicios de salud, en igualdad*

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

de condiciones, dentro de los límites impuestos por la ley y por el presente Decreto."

SEXTO: Que el 11 de enero de 2011, el Ministerio de Protección Social, en adelante MPS, remitió al Despacho del Superintendente de Industria y Comercio el informe denominado "*Reporte de información del Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud-Unidad de Pago por Capitación 2009 y de los actuales mecanismos de ajuste de riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación*"¹ con el fin de que esta Superintendencia adelantara las actuaciones administrativas correspondientes de conformidad con el ámbito de las competencias asignadas a ésta por la ley, el cual fue trasladado a esta Delegatura mediante memorando No. 11-2876 del 4 de febrero de 2011. De conformidad con el mencionado informe la Ministra de Protección Social (E), Beatriz Londoño Soto, puso de presente los siguientes hechos, que se resumen a continuación:

- Que corresponde a la Comisión de Regulación en Salud, en adelante CRES², definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación, en adelante UPC, de los regímenes contributivo y subsidiado, el cual debe ser revisado cada año antes de iniciar la siguiente vigencia fiscal, siendo determinado de conformidad con estudios técnicos previos.
- Que el MPS, en su condición de órgano rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en adelante SGSSS, con el objeto de apoyar las decisiones de la CRES elaboró un estudio técnico para determinar la suficiencia de la UPC para la financiación del Plan Obligatorio de Salud, en adelante POS, necesario para determinar el monto de la UPC para la vigencia fiscal del año 2011.
- Que para la elaboración del mencionado estudio el MPS tuvo en cuenta la información que fue solicitada y remitida por parte de las EPS, relacionada con todas y cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados a los afiliados con los que se garantizó el POS contemplado en cada uno de los regímenes.

Ahora bien, el MPS informó que el proceso de solicitud y recolección del estudio de 2010 se efectuó en dos etapas:

(i) *Primera etapa:* Que inició en octubre de 2009, a través de la solicitud a las EPS de la información de servicios de salud del primer semestre de 2009, que fue enviada al MPS en enero de 2010 y cuya retroalimentación en doble vía EPS-MPS se realizó hasta mayo de 2010.

(ii) *Segunda etapa:* El MPS solicitó información del segundo semestre de 2009 o en su defecto enviar la totalidad de la información de los servicios garantizados por las EPS para todo el 2009. Esta solicitud la efectuó el MPS en abril de 2010 para ser entregada en el mes de julio de 2010 cuya retroalimentación se llevó a cabo en octubre de 2010.

Respecto del mencionado proceso de solicitud y recolección de información de las EPS para la elaboración del estudio técnico de suficiencia de la UPC, la Ministra de Protección (E) informó a esta Entidad tres situaciones a saber:

¹ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, folios 1-19

² Numeral 3 del Artículo de la Ley 1122 de 2007.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

"(...)

1. El no reporte de la información solicitada por algunas EPS, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, fue informado por el Ministerio de la Protección social a la Superintendencia Nacional de Salud- SNS- (...)

2. La cobertura de la información enviada por algunas EPS de ambos regímenes una vez se cerró la segunda etapa, no soporta el gasto mínimo requerido para el estudio. La cobertura de la información corresponde a registros de atenciones en salud que soporten al menos 90 de cada 100 pesos gastados para garantizar el Pos durante el año 2009, certificados por el representante legal de la entidad.

3. La falta de calidad de la información enviada por algunas EPS, que aunque cumple con los requisitos de cobertura y calidad mínima exigida en el estudio una vez se cierra la segunda etapa, **los análisis de los datos detectaron inconsistencias diferentes a las que se reportan con los siete procesos de calidad establecidos en el estudio durante los últimos seis años, especialmente en lo referente a medicamentos** (...) ³ (Subrayado y Negrilla fuera de texto)

La Ministra de Protección Social (E) informó que la confiabilidad de las cifras remitidas por las EPS se vio afectada, restringiendo la posibilidad de tomar una decisión definitiva con base a dichos datos, por cuanto la información reportada presentó inconsistencias sobre frecuencias de uso y gasto médico, especialmente en lo referente a medicamentos, razón por la cual la CRES expidió el Acuerdo 19 de diciembre de 2010, según el cual de manera transitoria y ante la imposibilidad de alcanzar una decisión con fundamento en los estudios técnicos⁴, decidió fijar el incremento del valor de la UPC con base en la inflación causada para el sector salud con corte a noviembre de 2010, certificada por el DANE, equivalente al 4.25%, porcentaje que sería ajustado a la variación anual del índice general de precios al consumidor con corte a 31 de diciembre de 2010 certificado por el DANE.

De igual forma, el informe remitido por el MPS explicó el proceso de solicitud y recolección de la información a las EPS, el cual inició con una solicitud formal a todas las EPS autorizadas para cada uno de los regímenes del sistema, la cual fue acompañada con un instructivo⁵ que contenía el marco legal, los objetivos, la instrucción general del envío de los archivos, los requerimientos de información detallados frente a la cobertura y las calidades exigidas para la remisión de la información.

De esta forma, señaló el MPS que la cobertura de la información en relación al gasto se establece en función de: (i) El gasto soportado en las bases de datos enviadas por las EPS por las atenciones a sus afiliados y (ii) La declaración de gasto y formato de cobertura suscrito por el representante legal de cada una de las entidades en el periodo de estudio, que para este caso corresponde al 2009. Y que, la cobertura mínima requerida para que la EPS forme parte del estudio debía corresponder a aquella que soportara al menos 90 pesos

³ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, folio 2

⁴ "(...) Los estudios fueron revisados por el Comité Técnico de la CRES del 27 de diciembre de 2010, que tenía como objetivo la presentación y análisis de alternativas de actualización del POS y de cálculo de la UPC 2011. Dichos estudios fueron realizados y presentados por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo -CID de la Universidad Nacional de Colombia-, la CRES, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público y el Ministerio de la Protección Social (...). Documento obrante en el Cuaderno No. 1, folio 3.

⁵ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 20-50

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

en atenciones a salud registradas en las bases de datos de cada 100 pesos declarados por el representante legal de la entidad.

Ahora bien, el MPS estableció la calidad de la información reportada por las EPS a través de siete procesos que tuvieron como propósito garantizar la estructura de los archivos, la consistencia de diferentes variables de la información, la identificación de valores extremos y la verificación de los derechos de los usuarios. El resultado de los procesos de validación de la información fue remitido a cada una de las EPS para su consecuente retroalimentación, revisión y ajuste. Una vez terminado dicho proceso el MPS procedió a seleccionar las EPS que cumplieran con la calidad y la cobertura exigida por el estudio.

Para el caso del régimen contributivo, el MPS recibió información de 22 EPS de las 24 EPS autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, en adelante SNS, para operar en dicho régimen, de las cuales seleccionó 12 EPS y 1 EAS con base en las coberturas estimadas en calidad ⁶, con el criterio de cobertura de valor mayor a 90%. Las EPS seleccionadas cubren el 92% de los afiliados al régimen contributivo y son las que se relacionan en la tabla a continuación:

EPS	NOMBRE	% COB VALOR CALIDAD
EAS016	EPM	93,56%
EPS001	ALIANSALUD	99,96%
EPS002	SALUD TOTAL EPS	99,48%
EPS003	CAFESALUD	97,05%
EPS005	EPS SANITAS SA	99,77%
EPS008	COMPENSAR	99,23%
EPS010	SURA	97,31%
EPS013	SALUDCOOP	98,96%
EPS016	COOMEVA	98,41%
EPS017	EPS FAMISANAR LTDA	91,75%
EPS018	S.O.S. EPS	99,74%
EPS023	CRUZ BLANCA EPS	98,32%
EPS037	NUEVA EPS	93,22%

Fuente: MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 34. Documento obrante en CD en el Cuaderno No 1, folio 272

Respecto de la información de las 12 EPS antes relacionadas y que fue utilizada para la elaboración del estudio, el MPS presentó en el informe remitido a esta Superintendencia, las siguientes conclusiones respecto al régimen contributivo:

"Teniendo en cuenta que este es el sexto año consecutivo que se realiza el Estudio de Suficiencia POS-UPC y que hay unas tendencias de uso y severidad de los servicios de salud,

⁶ Los procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud se encuentran contenidos en Instructivo 2010 denominado "SOLICITUD DE INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL ESTUDIO DE SUFICIENCIA PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN 2009 Y DE LOS ACTUALES MECANISMOS DE AJUSTE DEL RIESGO DETERMINANTES DEL GASTO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN". Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 20-50

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

una vez realizada la selección en el régimen contributivo, **se observó un incremento en el valor de los servicios frente a lo esperado**; por esta razón, se revisó el gasto de las EPS seleccionadas para el Estudio, desde los datos agregados a los más desagregados.

El valor total reportado para el estudio 2009 presenta un incremento del 18% en las EPS de la selección y del 57% incluyendo a la Nueva EPS, en relación al año de 2008, tal como se discrimina en la tabla a continuación (ver Tabla 4). Se presentan los datos de 2009 con y sin la Nueva EPS debido a que en el año 2008 la Nueva EPS no estuvo dentro del estudio y no serían comparables las cifras. Es importante precisar que en el año de 2009 no se realizó incrementos en las coberturas del POS y la variación anual del Índice de Precios al Consumidor (IPC) fue del 2%. (...)

Los valores totales están a expensas de las frecuencias y las severidades. Las frecuencias se analizan agregadas en tres bloques por actividades, intervenciones y procedimientos (AIP): medicamentos; e insumos. En el 2008 se observan frecuencias de AIP de 8,36350392 y de insumos de 0,17988693, y para el 2009 de AIP de 8,74436119 y de insumos de 0,16338656, valores ambos dentro de lo esperado. **En el caso de los medicamentos se observa un incremento de frecuencia de 1,34431768 en el 2009, lo que representa un 27 % en relación con las frecuencias del 2008. La selección sin Nueva EPS aporta una frecuencia de 6,36992811 y la Nueva EPS de 6,75891915. El agregado de frecuencia se incrementa en 7,79628315 a expensas de los medicamentos, en el total de las EPS. (...)**

Por su parte, los valores totales en las AIP e insumos presentas incrementos dentro de lo esperado de un año a otro, pero no pasa lo mismo con los medicamentos, los cuales presenta un incremento de \$1.030.113.255.844, lo que representa un incremento del 166% sin la Nueva EPS." (Subrayado y Negrilla fuera de texto)

De otra parte, para el caso del régimen subsidiado el MPS recibió información de 46 EPS de 50 EPS autorizadas por la SNS, de las cuales fueron seleccionadas 8, con coberturas estimadas en calidad 7, con el criterio de cobertura de valor mayores a 90%, cuya participación en el mercado es del 14%. Finalmente con respecto al régimen subsidiado parcial el MPS recibió información de 3 EPS, sin que la misma aprobara los procesos de calidad y de cobertura de la información. Frente a estos dos regímenes el MPS no efectuó ninguna conclusión o consideración en el citado informe que se relacione con el gasto en medicamentos.

SÉPTIMO: Que en desarrollo de las facultades conferidas a esta Entidad por el numeral 38⁸ y 39⁹ del artículo 1 del Decreto 3523 de 2009, modificado por el artículo 1 del Decreto 1687 de 2010, se efectuaron los siguientes requerimientos de información a las siguientes autoridades estatales:

- Comunicación No. 11-001883-2 del 8 de marzo de 2011¹⁰, dirigida al Ministerio de Protección Social.
- Comunicación No. 11-001883-3 del 8 de marzo de 2011¹¹, dirigida a la Comisión de Regulación en Salud.

⁷ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 7-9

⁸ "Realizar visitas de inspección, decretar y practicar pruebas y recaudar toda la información conducente, con el fin de verificar el cumplimiento de las disposiciones legales cuyo control le compete y adoptar las medidas que correspondan."

⁹ "Solicitar a las personas naturales y jurídicas el suministro de datos, informes, libros y papeles de comercio que se requieran para el correcto ejercicio de sus funciones."

¹⁰ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 52-53

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

- Comunicación No. 11-00883-7 del 13 de abril de 2011¹², dirigida al Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

De igual forma se practicó visita administrativa¹³ a las instalaciones del Ministerio de la Protección Social, el 11 de abril de 2011.

OCTAVO: Que mediante comunicación No. 11-001883-4 del 23 de marzo, la CRES, remitió a esta Delegatura la información requerida previamente por esta Entidad, relacionada con las labores que se adelantaron por dicha autoridad para la definición de la UPC para el año 2011.

La CRES remitió, entre otros, el documento denominado "*FORMATO AYUDA MEMORIA*"¹⁴, el cual fue elaborado durante el Comité Técnico llevado a cabo en la CRES el 27 de diciembre de 2010, durante el cual se realizó la presentación y análisis de las alternativas de actualización del POS y del cálculo de la UPC 2011, por parte de funcionarios¹⁵ del MPS, del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, en adelante MINHACIENDA, y de la CRES, cuyo estudio técnico fue elaborado por el Centro de Investigaciones para el Desarrollo, en adelante CID de la Universidad Nacional. De las presentaciones de los estudios técnicos se pueden resaltar las siguientes conclusiones:

"(...)

6. Resumen

- Los estudios realizados detectaron un incremento elevado en el gasto.
- Los análisis detallados encontraron que buena parte del aumento en el gasto se origina en los medicamentos.
- Los reportes de los medicamentos registran inconsistencias en cuanto a frecuencias y precios.

¹¹ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 54-55

¹² Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folio 273

¹³ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 270-271

¹⁴ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 59-112

¹⁵ En el expediente obra el documento denominado "*CONTROL DE ASISTENCIA REUNIONES Y CAPACIONES EXTERNAS*" de la CRES, en el que se encuentra el listado de todos los participantes al Comité Técnico llevado a cabo el 27 de diciembre de 2011 en la CRES. Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 110-111.

RESOLUCIÓN NÚMERO 26273 DE 2011 Hoja N.º 7

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

ESTUDIO	ANÁLISIS	AJUSTE PROPUESTO
U Nacional	Crecimiento del gasto per-cápita explicado en un 78% por los reportes de medicamentos	Estimar el gasto per cápita en medicamento por cada asegurador, y utilizar para el cálculo de la UPC el valor promedio + una desviación estándar.
CRES	Crecimiento del gasto en medicamentos centrándose en el comportamiento de lo reportado en el código MEDIAMBU	Ajuste sobre la bolsa MEDIAMBU
MPS	Crecimiento del gasto explicado por el gasto en medicamentos, específicamente en el reporte de los servicios del segundo semestre de 2009. Análisis del efecto de la pandemia (AH1N1) en el gasto. Análisis de dosis máximas recomendadas y precios de mercado para un grupo de medicamentos.	Utilización de frecuencias y valores de 2008

Con los ajustes propuestos en razón a las inconsistencias observadas en la información base para los estudios técnicos, la Universidad Nacional- CID, la CRES y el Ministerio de la Protección Social efectuaron unos estudios técnicos conducentes a la estimación de la UPC para el año 2011; el Ministerio de Hacienda y Crédito Público realizó el ejercicio a precios del mercado. Los resultados mostraron alta variabilidad por efecto de las inconsistencias encontradas en la información que reportaron las EPS para la realización de los cálculos que soportan los estudios técnicos y las propuestas de ajuste aplicadas, por lo cual se presenta incertidumbre de los mismos que impiden al Comité Técnico efectuar alguna recomendación a la Comisión de Regulación en Salud.¹⁶

NOVENO: De conformidad con el numeral anterior, la CRES también envió a esta Delegatura el estudio elaborado por el CID, denominado "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA"¹⁷, dicho informe fue desarrollado en cumplimiento del Contrato No. 040 de 2010¹⁸ celebrado entre estas dos entidades. Ahora bien, el Comisionado Experto Vocero de la CRES, señor GUSTAVO ADOLFO BRAVO DIAZ, manifestó en la comunicación remitida a esta Delegatura lo siguiente:

" (...)

- En el Acuerdo 19 de 2009 de la CRES, se presentan una serie de consideraciones que fundamentalmente hacen referencia a la información que debe ser aportada por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB- en donde se evidenció la imposibilidad de calcular la Unidad de Pago por Capitación - UPC- con base en ella. De esta forma y de suerte que las inconsistencias encontradas impidieron una evaluación precisa, no se tiene certeza de la información y por consiguiente no existen estudios finales y aprobados que permitan establecer el valor definitivo de la UPC para el 2011.

¹⁶ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 67-68

¹⁷ Documento obrante en el Cuaderno No. 1, Folios 114-266

¹⁸ "Objeto: Desarrollar la metodología y los estudios necesarios para actualizar el Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, establecido mediante Acuerdo 008 de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud, en sus aspectos generales y los contenidos de los planes de beneficios de los regímenes Contributivo y subsidiado, garantizando la participación amplia de los actores del SGSSS y la ciudadanía y realizar los estudios técnicos y elaborar los documentos necesarios que soporten las decisiones de la Comisión de Regulación Social en Salud - CRES, respecto a la definición del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC, para los regímenes Contributivo y Subsidiado (pleno y parcial) de salud, cuotas moderadoras y copagos." Contrato No. 040 de 01 de Octubre de 2010. Véase en: Página Oficial de la CRES: <http://www.cres.gov.co/ContratoUniversidadNacional.aspx>.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

- De acuerdo a lo anterior, los estudios desarrollados con base en la información inconsistente no se consideran documentos terminados ni se les otorga viabilidad técnica, impidiendo su difusión y socialización. Los estudios con la nueva información recibida del gasto 2009 y parte del 2010 se están desarrollando actualmente y serán la base de la decisión que se tome por parte de la Comisión de Regulación en Salud con miras a la definición del valor de la UPC que regirá a partir del 1 de abril de 2011.
- El informe que usted solicita, es un borrador para discusión que no corresponde a un documento final aprobado por la CRES, por lo que técnicamente no constituye un referente avalado por esta Comisión."

Teniendo en cuenta lo manifestado por el citado Comisionado en la comunicación antes transcrita, esta Delegatura se permite aclarar que de conformidad con las competencias de esta Superintendencia, el estudio del CID no será utilizado para efectuar ninguna propuesta relacionada con el cálculo de la UPC, por cuanto dicha labor es competencia única de la CRES, razón por la cual no se discute que el mismo se encuentre en discusión y no corresponda a un documento definitivo que permita a la CRES tomar una determinación respecto del cálculo de la UPC para el año 2011.

Sin embargo, esta Delegatura si considera que dicho estudio, así como el estudio elaborado por el MPS, denominado "*Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011*", el cual se expondrá más adelante dentro de la presente resolución, deben ser objeto de análisis, en especial las conclusiones que se realizan en los mismos respecto de las inconsistencias encontradas en la información reportada por las EPS del régimen contributivo al MPS en relación al aumento en el gasto de medicamentos. En este orden de ideas, la Delegatura procede a resumir a continuación las conclusiones del estudio del CID frente al particular.

9.1 Consideraciones del CID respecto de las limitaciones de la información utilizada para desarrollar el estudio

En primer lugar el estudio del CID refirió ciertas limitaciones de la información disponible para efectuar el cálculo de la UPC, información que corresponde a aquella enviada al MPS por parte de las EPS, que se resumen a continuación:

Primera Limitación: Que la información recopilada de la base de servicios, de recobros, de tutelas y CTC, las declaraciones de gasto de los representantes legales de las EPS y los estados financieros de las EPS procede de las EPS, razón por la cual se constituyen como la única fuente de información disponible en la práctica para realizar la regulación del sistema de aseguramiento en salud, lo que en términos analíticos para el CID no brinda la posibilidad de contrastación empírica.

Segunda limitación: Los cambios en la forma de presentar la información al MPS cada año, impide comparar las frecuencias y costos de los distintos servicios en las diferentes vigencias, lo cual resulta un aspecto fundamental para establecer las tendencias del gasto, la frecuencia y la prima pura.

Tercera limitación: La ausencia de información suficiente sobre servicios por parte de algunas administradoras de planes de beneficios, insuficiencia que se refiere a aquellas entidades que no entregaron información alguna de servicios, aquellas que entregaron

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

información no completa y las que entregaron un porcentaje de servicios con un elevado grado de agrupamiento que imposibilita el análisis.

9.2 Las fuentes de información utilizadas por el CID

Ahora bien, respecto a la información estudiada por el CID para efectuar el estudio de estimación de la UPC para el 2011, se utilizó información básica de los afiliados a través de la cual realizó el análisis de los servicios y sus costos. La información recolectada fue la siguiente:

- Servicios de salud prestados a los afiliados por las Entidades Promotoras de salud del régimen Contributivo de los años 2007, 2008 y 2009
- Servicios de salud prestados a los afiliados de las Entidades Promotoras de salud del régimen Subsidiado de los años 2007, 2008 y 2009
- Base de datos única de afiliados al Sistema General de Seguridad Social - BDUA, discriminada por mes, de los años 2007, 2008 y 2009
- Base de datos de afiliados compensados mes a mes del periodo anterior, que incluye cotizantes, beneficiarios y adicionales de los años 2008 y 2009.
- Estados financieros presentados por las EAPB a la Superintendencia de Salud.

Para la sistematización de la información de los servicios de salud prestados a los afiliados por las EPS del RC y del RS el CID tuvo en cuenta las bases de datos de los años 2007 y 2008, para el 2009 validó la estructura de los archivos de servicios con los parámetros definidos por el MPS y con el fin de asegurar la calidad del proceso, realizó la verificación de las cifras con el MPS, para lograr coincidencia entre los datos. Ahora bien, el CID efectuó el análisis del régimen contributivo incluyendo todas las EPS que reportaron información en la base de datos de servicios.

9.3 Entidades que fueron consideradas por el CID para el cálculo de la UPC-2011 para el Régimen Contributivo

Las entidades que fueron consideradas en el estudio son las que presentaron registros financieros ante la SNS y hacen parte de la selección realizada para el cálculo de la prima pura, que se relacionan a continuación:

ENTIDADES ASEGURADORAS EN EL ANALISIS FINANCIERO	
EPS001	ALIANSA SALUD EPS S.A.
EPS003	CAFESALUD EPS S.A.
EPS012	COMFENALCO VALLE EPS
EPS008	COMPENSAR EPS
EPS016	COOMEVA EPS S.A.
EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.
EPS009	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD PROGRAMA COMFENALCO ANTIOQUIA de la Caja de Compensación familiar "COMFENALCO ANTIOQUIA"
EPS010	EPS I SURA
EPS017	FAMISANAR LTDA. CAFAM -COLSUBSIDIO EPS
EPS039	GOLDEN GROUP S.A. EPS
EPS014	HUMAN HEART S.A. EPS
EPS034	SALUD COLOMBIA
EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
EPS035	RED SALUD ATENCIÓN HUMANA EPS S.A.
EPS015	SALUD COLPATRIA EPS

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
EPS013	SALUDCOOP EPS
EPS033	SALUDVIDA EPS S.A.
EPS005	SANITAS S.A. EPS
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S. EPS
EPS026	SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO SOLSALUD S.A.

Fuente: CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 69. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 182

9.4 Resultados del crecimiento del gasto en salud del Régimen Contributivo obtenidos por el CID con información de 2009

El análisis del gasto para el RC que efectuó el CID se realizó de forma discriminada para cada uno de los CUPS y códigos de medicamentos e insumos y otros contenidos en la base, consignando para cada uno el número de veces que había sido registrado, prestado o cobrado el servicio, medicamento o insumo, el menor y el mayor valor registrado, el costo promedio, la desviación estándar y el coeficiente de variación, calculando así el número de servicios por afiliado equivalente, así como el valor del gasto por afiliado equivalente, para los años 2007, 2008 y 2009.

Dicho análisis, se efectuó con base en la información del RC que fue reportada por las EPS al MPS. Para los cálculos del año 2009 se utilizó información de 21 EPS, incluyendo la información reportada por la NUEVA EPS, sin embargo, para los cálculos correspondientes al año 2008 no se contaba con información de esta aseguradora, razón por la cual el CID al contrastar los resultados de las muestras para los años de 2008 y 2009 encontró resultados que no eran comparables, en consecuencia, el CID retiró de la base de datos del 2009 a la NUEVA EPS, para hacer comparables las frecuencias y gastos de servicios en salud de los dos periodos. Sin embargo, no la retiró del cálculo final de la prima de 2009 para apreciar las diferencias entre uno y otro periodo.

La conclusión del CID es que *"el crecimiento en el gasto de 2008 a 2009 es del 31% en el per-cápita que arroja utilizando como denominador los afiliados activos equivalentes de la BDUA y oscila entre el 35 y el 38% entre las muestras de los dos años, pero si se igualan las bases sin la Nueva EPS y el seguro social, el crecimiento del gasto entre los dos periodos oscila entre el 23 y el 24%, siendo el resto del porcentaje el mayor costo de la Nueva EPS en la muestra del 2009"*¹⁹.

9.5 Análisis del CID respecto del incremento del 24% del gasto en salud del Régimen Contributivo - AUMENTO EN EL GASTO DE MEDICAMENTOS

Los resultados arrojados para el gasto en salud del RC entre el 2008 y 2009, fueron considerados por el CID como una cifra de crecimiento importante, razón por la cual dentro del estudio el grupo de investigación efectuó un análisis de las causas que propiciaron dicho aumento, frente al particular encontró que:

¹⁹ CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 63. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 176

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

"(...) El análisis realizado sobre este particular muestra que buena parte del aumento obedece al comportamiento del rubro de medicamentos: del 100% del incremento del gasto, el 79,1% lo explica este rubro, que en valores absolutos involucra un crecimiento de \$64.320 per-cápita, que equivale al 15,7% del total del gasto per cápita. (...)"²⁰
(Subrayado y negrilla fuera de texto)

En este sentido, el CID encontró que el comportamiento del aumento resultaba atípico, por lo cual revisó la base de datos, en especial aquellos ítems relacionados con medicamentos, lo que arrojó que para el año 2009 el código denominado MEDIAMBU, que agrupaba en los años anteriores facturaciones no detalladas de medicamentos ambulatorios, presentó un gran crecimiento en las EPS señaladas, y que al mismo tiempo se presentó un decrecimiento en otros ítems de servicios ambulatorios, razón por la cual separó dicho código en el análisis del gasto presentado ante la CRES el 15 de diciembre de 2010, con el propósito de establecer si las EPS incluyeron capitaciones en MEDIAMBU que no correspondieran sólo a medicamentos. Sin embargo, de manera posterior el MPS aclaró al CID que el agrupamiento del ítem MEDIAMBU correspondía exclusivamente a medicamentos ambulatorios, por lo que este gasto sí podía ser agrupado con el de medicamentos discriminados.

Ahora bien, como se puede apreciar en el cuadro a continuación, se relacionan los principales componentes del aumento en el gasto en salud del RC para el periodo 2008-2009, en el cual se resalta la participación del 79,1% en medicamentos en el total del incremento en el gasto:

"Cuadro 1. Principales componentes del incremento del gasto 2008-2009"

	Valor incremento	% sobre total del gasto	% del incremento anual
Total	81.312	24,12%	100%
medicamentos	64.320	15,37%	79,1%
insumos	5.028	1,20%	6,2%
Med. Gral	7.769	1,86%	9,6%
laboratorio	3.237	0,77%	4,0%
radiología	4.066	0,97%	5,0%
UCI	3.616	0,86%	4,4%

Nota: los incrementos suman más de 100, pues otros rubros decrecen

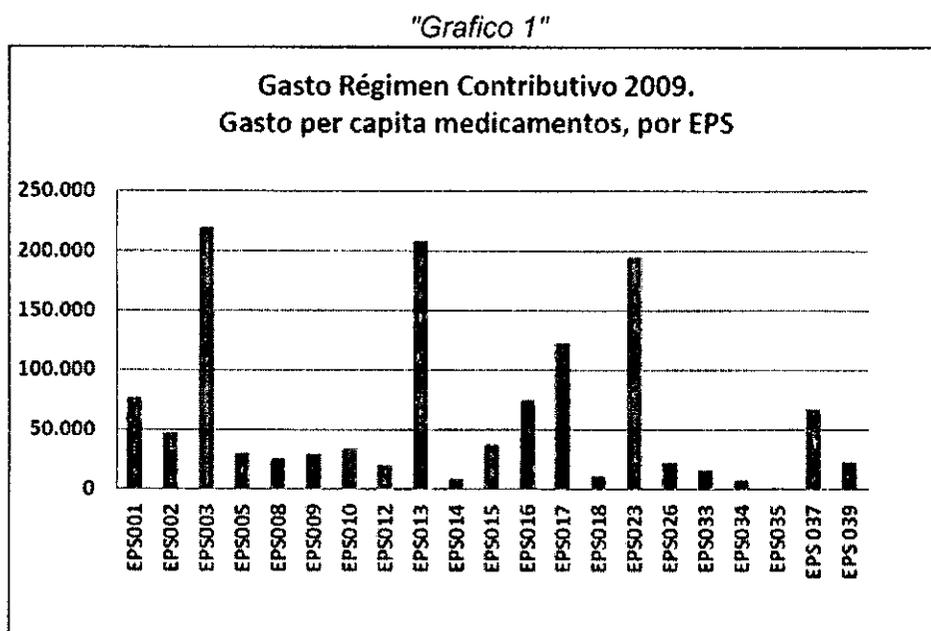
Fuente: CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 120. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 233

Respecto de los valores encontrados, el CID analizó la estructura del gasto en medicamentos para cada una de las 21 EPS que fueron parte del estudio, así como un análisis por tipo de medicamento para establecer las causas del elevado crecimiento, para

²⁰ CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 66. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 179

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

determinar que EPS están aportando más al elevado valor per cápita reportado en el 2009, como se muestra en la siguiente gráfica:



Fuente: CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 121. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 234

Las conclusiones a las que llega el CID, respecto de los resultados que se muestran en la grafica anterior fueron:

" (...) Como se puede observar tres EPS, la 003 Cafesalud, la 013 Saludcoop y la 023, Cruz Blanca, presentan un gasto per cápita en medicamentos cercano a los 200.000 pesos (220.155, 208,654 y 194,562), muy alejados de las demás EPS, que muestran un gasto promedio por afiliado de tan sólo 36.324 pesos, aun incluyendo en este promedio la EPS 17 Famisanar, que alcanza los 122.342 pesos, cifra también muy elevada con respecto a la mayoría de EPS. El gasto per cápita en medicamentos supera el 40% del gasto per cápita total en las tres EPS señaladas, mientras el gasto per cápita en medicamentos para todas las EPS, incluidas las tres citadas, es del 19% del gasto total y 15 de las 21 muestran un porcentaje inferior o igual al 15%. (...) "²¹

"Cuadro 2. Gasto per cápita total y gasto per cápita en medicamentos por EPS, 2009"

EPS	Gasto Total per cápita	Gasto per cápita en medicamentos	Porcentaje
EPS001	518.560	76.780	15%
EPS002	455.573	41.136	10%
EPS003	476.566	220.155	46%
EPS005	614.350	29.906	5%
EPS008	474.688	25.610	5%
EPS009	467.855	29.305	6%
EPS010	471.258	33.331	7%
EPS012	399.630	20.068	5%

²¹ CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 121. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 234

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

EPS013	469.071	208.654	44%
EPS014	248.763	8.816	4%
EPS015	307.287	37.412	12%
EPS016	512.228	74.945	15%
EPS017	449.987	122.342	27%
EPS018	438.186	11.125	3%
EPS023	431.810	194.562	45%
EPS026	118.724	22.060	19%
EPS033	288.698	15.934	6%
EPS034	68.810	7.834	11%
EPS035	73.386	1.258	2%
EPS037	763.384	67.173	9%
EPS039	105.736	22.436	21%

Nota: se destacan las tres EPS cuyo gato en medicamentos supera el 40% del gato total"

Fuente: CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 121-122. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folios 234-235

El CID verificó el número de unidades de servicios de medicamentos registrados en la base de datos y encontró que el per cápita de las EPS señaladas en la tabla anterior, resultaba un poco mayor al promedio de 5.5 servicios por afiliado equivalente año (7,13, 8,07 y 7,51), lo que según el estudio, podría explicar cerca del 40% del mayor gasto, pero no un costo cinco veces mayor que el promedio. De conformidad con esta revisión, el CID comparó el precio registrado en la base de datos para los 25 medicamentos más utilizados o de mayor volumen de despachos y lo comparó con el promedio registrado en las bases de datos de servicios para los mismos medicamentos. Los mencionados medicamentos se encuentran relacionados en la tabla a continuación:

CODIGO	FARMACO	FF/CONC
N02BA001011	Acetaminofén	500 mg tableta
M01AN002141	Naproxeno	250 mg tableta o cápsula
M01AD015701	Diclofenaco sódico	75 mg/3 mL solución inyectable
A02BO002101	Omeprazol	20 mg Cápsula
N02BA001221	Acetaminofén	150 mg/5 ML (3%) jarabe
M01AI002011	Ibuprofeno	400 mg tableta
A03BH013021	Hidrocina-N-butil bromuro	10 mg gragea
N02BD026701	Dipirone	40 - 50% solución inyectable
R06AL016011	Loratadina	10 mg tableta
C03AH006011	Hidrocortizida	25 mg tableta
B04AL016011	Lovastatina	20 mg tableta
M03BM015011	Metocarbamol	750 mg tabletas
C09AE002012	Enalaprilmaleato	20 mg tableta
A07CS002251	Sales de rehidratación oral, fórmula	Polvo para disolver en un litro de agua. Componentes:
J01CA025142	Amoxicilina	500 mg de base tableta o cápsula
M01AD015021	Diclofenaco sódico	50 mg gragea
A03FM016701	Metoclopramida (clorhidrato)	10 mg/2 mL de base solución inyectable
R06AC026221	Clorfeniramina	2 mg/5 mL jarabe
B03AH011161	Hierro (ferroso) sulfato anhidro	100 - 300 mg tableta o tableta recubierta
B03BF014011	Fólico ácido	1 mg tableta
R06AL016221	Loratadina	5 mg/5 mL (0,1%) jarabe
J01DC008142	Cefalexina	500 mg tableta o cápsula
A03FM016011	Metoclopramida (clorhidrato)	10 mg de base tableta
R03BB002451	Beclometasonadipropionato	50 mcg/dosis solución para inhalación (aerosol)

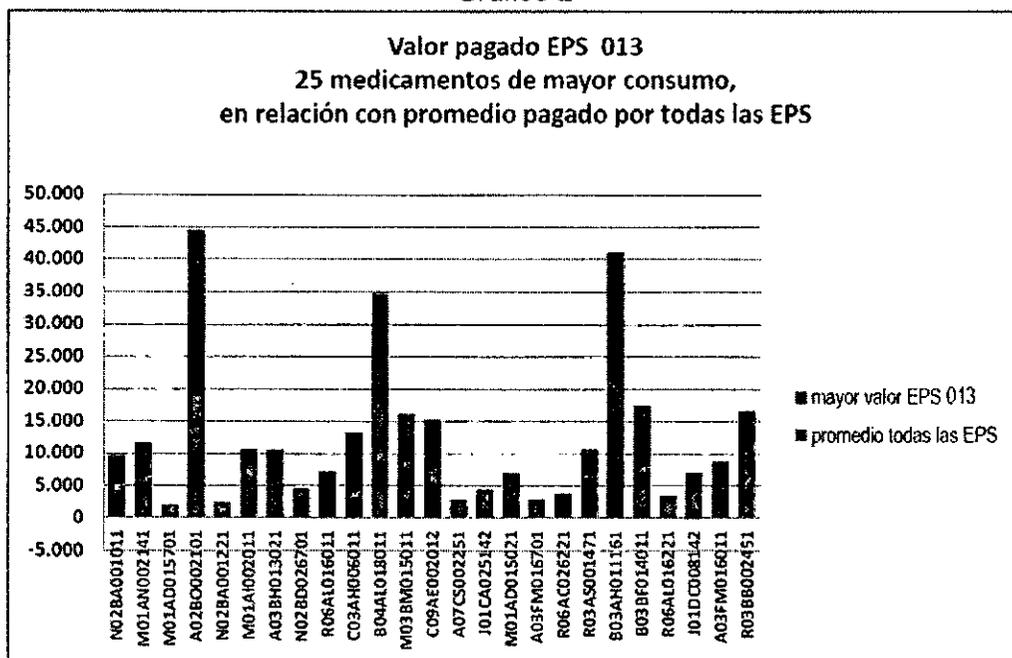
S.C.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Fuente: CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 123. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 236

Ahora bien, a manera de ejemplo, el CID efectuó un análisis del gasto de la EPS013, SALUDCOOP, respecto de los precios pagados por esta por cada uno de los 25 medicamentos de mayor consumo, en relación con el promedio pagado por todas las EPS que hicieron parte del estudio, encontrando que corresponden a unos precios muy superiores al promedio reportado por el conjunto de EPS, aun incluyendo en este promedio las tres EPS con reporte de gasto más elevado, como se muestra en el siguiente gráfico:

"Grafico 2"



Fuente: CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 122. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 235

Las conclusiones presentadas por el CID frente al aumento en el gasto de los medicamentos refieren que:

" (...) La consultoría considera, en consecuencia, **fuera de proporción el gasto per cápita en medicamentos registrado por las EPS citadas, a un nivel superior al 40% del gasto total por afiliado, cifra que no tiene antecedentes en las notas técnicas.** Aun considerando que el método de registro hubiera trasladado la totalidad de los medicamentos hospitalarios a este rubro, **el gasto per cápita está fuera de proporción para el Plan de Beneficios del Régimen Contributivo.**

Si se aplican medidas de tendencia central al gasto en medicamentos, **se encuentra que un dato máximo esperado de gasto promedio de una EPS con millones de despachos farmacéuticos no debería ser superior a la mediana de las EPS más una desviación estándar, es decir 58.442 pesos con una mediana de 27.458. Incluso considerando las EPS con gran desviación, la mediana permanece en 29.906 pesos y la mediana más una desviación en 97.828,** límite de gasto en el rubro que debería ser considerado para el cálculo de la UPC.

Cuadro 54. Medidas de tendencia central en el gasto per cápita en medicamentos

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Concepto	Cálculos con todas las EPS	Cálculos sin las EPS de valores extremos
Promedio	60.802	36.304
Mediana	29.906	27.458
Desv. Estandar	67.922	30.984
Prom + Desv.	128.724	67.288
Mediana + Desv.	97.828	58.442

(...)²²(Subrayado y negrilla fuera de texto)

DÉCIMO: Que de conformidad con la visita administrativa practicada el día 11 de abril de 2011 a las instalaciones del MPS y su división denominada Dirección de Gestión de la Demanda en Salud, fue entregado a esta Superintendencia el "*Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011*", documento que constituye la base del informe remitido por el MPS a esta entidad el 11 de enero de 2011, denominado "*Reporte de información del Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud-Unidad de Pago por Capitación 2009 y de los actuales mecanismos de ajuste de riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación*" al cual se hizo mención en el numeral sexto de la presente resolución.

Como se mencionó, el estudio de suficiencia UPC-POS elaborado por el MPS en los últimos seis años, corresponde a una investigación que, año a año, determina la suficiencia de la prima (UPC), para financiar los planes de beneficios, y evaluar los mecanismos de ajuste de riesgo, a efectos de brindar elementos para la toma de decisiones y recomendar a las autoridades competentes (en la actualidad la CRES) el valor anual de la UPC y los ajustes y modificaciones a los ponderadores.²³

En ese sentido, el MPS utiliza diferentes fuentes de información, especialmente la reportada por las EPS, para desarrollar su estudio de suficiencia, información que se encuentra sometida a verificación y aplicación de una serie de procesos de calidad, previstos por el Ministerio, para así seleccionar las EPS cuya información será tenida en cuenta en el análisis. Adicionalmente, debido a que cuentan con la información de las frecuencias de uso y las severidades de los cinco años anteriores, también desarrollan análisis comparativos respecto a estos años.

Ahora bien, el "*Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011*" presentado en diciembre de 2010, tiene como periodo de análisis la información del año calendario inmediatamente anterior (2009), para proponer los ajustes a las UPC de los regímenes contributivo y subsidiado para el año 2011, y su universo de estudio está

²² CID "INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA" Diciembre de 2010. p. 124. Documento obrante en el Cuaderno No 1, folio 237

²³ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 1. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

constituido por todas las entidades aseguradoras autorizadas para administrar estos regímenes.²⁴

A continuación se presentan los principales resultados del estudio, relacionados con las conclusiones descritas por el reporte enviado por el MPS a esta Superintendencia, el cual se expuso en el numeral sexto de la presente resolución.

Como se mencionó, luego del proceso de validación que realizó el MPS sobre la información reportada por las EPS en el año 2010, sólo 12 EPS del régimen contributivo y 1 EAS fueron seleccionadas, con base en los criterios de calidad y cobertura de la información exigidos por el MPS, las cuales son: EPM, ALIANSA SALUD, SALUD TOTAL, CAFESALUD, EPS SANITAS, COMPENSAR, SURA, SALUDCOOP, COOMEVA, EPS FAMILIAR, SOS EPS, CRUZ BLANCA y NUEVA EPS.²⁵

Una vez realizada la selección en el régimen contributivo, el MPS observó un incremento significativo en el valor total de los servicios, con respecto a los años anteriores, razón por la cual revisó el gasto desde los datos agregados a los más desagregados en las EPS seleccionadas para el Estudio.

En términos agregados, el MPS efectuó un análisis comparativo 2008-2009 del valor total de la prestación de los servicios, compuesta por la frecuencia y la severidad, de cada uno de los servicios que componen el POS, encontrando que el valor total reportado en 2009 presenta un crecimiento del 18% en las EPS de la selección²⁶, en relación con el año 2008. Con respecto a este crecimiento, el MPS precisó que en el año 2009 no se realizaron incrementos en las coberturas del POS y que el IPC fue del 2%²⁷, por lo tanto, éstos no son considerados factores que expliquen tal aumento.

Adicionalmente, el MPS analizó las frecuencias agregadas en tres bloques: AIP (Actividades, Intervenciones y Procedimientos), medicamentos, e insumos, observando que en 2009 tanto las frecuencias AIP como las frecuencias de los insumos, se encontraban dentro de lo esperado en comparación con el año 2008²⁸, a diferencia de las frecuencias de los medicamentos en las que encontraron un incremento del 27%²⁹. Igual situación fue identificada por el MPS al estudiar el valor total del gasto en cada bloque, pues mientras para las AIP e insumos se presentaron incrementos dentro de lo esperado entre 2008 y

²⁴ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 4. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

²⁵ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p.34. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

²⁶ Excluyendo a NUEVA EPS.

²⁷ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 47. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

²⁸ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 47-48. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

²⁹ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 48. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

2009, en el caso de los medicamentos el incremento ascendió a 166%, esto es, un gasto de \$1.030.113.255.844 adicionales en este rubro.³⁰

En razón a lo anterior, el MPS concentró su revisión del gasto en términos desagregados, en el análisis del gasto en medicamentos, por cuanto corresponde al grupo de servicios que contiene el incremento no esperado en el valor total de los servicios. En primer lugar, luego de un análisis de verificación, encontró que 350.167 personas a las que se les suministraron medicamentos no habían recibido ningún servicio en los que se los hubiesen formulado, lo que representaba en valor \$46.920.013.451.³¹

En segundo lugar, el MPS consultó los afiliados reportados a los que se les suministraron medicamentos y los contrastó con los afiliados que recibieron consultas de medicina y odontología tanto general como especializada, así como los que fueron atendidos de urgencias, y los que recibieron atención domiciliaria, encontrando que a 429.307 personas se les suministraron medicamentos sin recibir ningún servicio de los establecidos como condiciones de acceso a los mismos, esto representó en valor \$86.938.045.353.³²

Adicionalmente, el MPS seleccionó, para efectos de su análisis, los 20 medicamentos que mostraron el mayor incremento en valor total con relación a 2008, con el propósito de analizarlos detalladamente, para cada una de las EPS de la selección, mes a mes, en relación al número de afiliados, las cantidades promedio suministradas por afiliado y el valor por presentación del POS de cada medicamento, para tener referencia de las dosis máximas que deben suministrarse tomaron como guía parámetros internacionales³³, cuyo análisis mostró, entre otras inconsistencias, que en muchos casos la dosis suministrada a los afiliados por parte de las EPS excedían las dosis permitidas para cada medicamento, de igual forma, que existían grandes diferenciales de precios por medicamento entre una EPS y otra, frente al particular el MPS concluyó:

"En suma, la información por parte de las EPS del régimen contributivo evidenció cambios de una magnitud significativa, en particular en los rubros de medicamentos, en las variables afiliados, uso, dosis y costos tal como se evidencia en la información de este acápite. Lo anterior lleva a preguntarse sobre la consistencia de la información puesto que, en principio, no se identifican a primera vista cambios demográficos, epidemiológicos o de tecnologías en salud que expliquen los cambios evidenciados anteriormente.

De esta manera, se considera que la información de 2009 en lo que refiere a medicamentos, no debe ser empleada para la estimación del cálculo de la UPC, hasta tanto no se hayan explorado

³⁰ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 48. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

³¹ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 55. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

³² MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 56. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

³³ Índice de Dosis Diarias Definidas (DDD) del Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud (OMS), metodología de las estadísticas de medicamentos (*WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*) y la base de datos del Programa de Dosis Máximas de Medicamentos de España, establecida con el propósito de evitar errores de medicación.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

*en mayor profundidad las causas de dicho comportamiento y se haya validado la consistencia, precisión y veracidad de la información."*³⁴

DÉCIMO PRIMERO: Que de la información recopilada por esta Entidad en desarrollo de la presente actuación administrativa y del análisis de la misma, esta Delegatura encuentra pertinente describir el mercado relacionado con los hechos objeto de investigación:

11.1 El Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS, es el conjunto de mecanismos que permiten regular el servicio público esencial de la salud y la generación de condiciones para el acceso a los servicios de salud a todos los habitantes del territorio nacional.

La dirección del SGSSS se encuentra en cabeza del MPS³⁵ quien tiene como objetivos principales la formulación, adopción y dirección de planes, programas y políticas en materia de salud, así como la coordinación, ejecución, control y seguimiento de las mismas y del Sistema y además cuenta con entidades públicas adscritas y vinculadas al mismo³⁶, entre las que se encuentran, la CRES, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud en adelante CNSSS y la SNS, que dentro de sus competencias y el cumplimiento de funciones específicas, apoyan la consecución de las políticas públicas del Sistema.

Las entidades mencionadas se encargan de regular, supervisar, controlar y vigilar a los agentes que participan del Mercado de Aseguramiento en Salud que está compuesto de dos regímenes, el contributivo y el subsidiado. Los agentes que participan en este mercado son las Entidades Promotoras de Salud del régimen contributivo (EPS-C), las Entidades Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

A continuación, se define el mercado presuntamente afectado así como cada uno de los agentes que participan en él. Este es el mercado de aseguramiento en salud del régimen contributivo en Colombia.

11.2 Mercado de Aseguramiento en Salud del Régimen Contributivo

³⁴ MPS. "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011". Diciembre de 2010. p. 58. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

³⁵ El artículo 170 de la Ley 100 de 1993 dispuso que la dirección del Sistema General de Seguridad Social en Salud se haría "bajo la orientación, regulación, supervisión, vigilancia y control del Gobierno Nacional y del Ministerio de Salud y atenderá las políticas, planes, programas y prioridades del Gobierno en la lucha contra las enfermedades y en el mantenimiento y educación, información y fomento de la salud y la salud de conformidad con el plan de desarrollo económico y social y los planes territoriales de que tratan los artículos 13 y 14 de la Ley 60 de 1993".

³⁶ Son entidades adscritas: El Instituto Nacional de Cancerología, el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, el Sanatorio de Agua de Dios, el Sanatorio de Contratación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF, el Instituto Nacional de Salud, el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, Invima, el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, el Fondo de Previsión Social del Congreso de la República, el Fondo del Pasivo Social de Ferrocarriles Nacionales de Colombia y la Caja de Previsión Social de la Superintendencia Bancaria, Capresub, entre otras.

Son entidades vinculadas: El Instituto de Seguros Sociales, ISS, la Caja Nacional de Previsión Social, Cajanal, la Caja de Previsión Social de Comunicaciones, Caprecom, la Empresa Territorial para la Salud, Etesa, y la Promotora de Vacaciones y Recreación Social, Prosocial, en liquidación, entre otras.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

En el **mercado de aseguramiento en salud**, los aseguradores³⁷, denominados EPS³⁸, reciben una prima, denominada UPC³⁹, a cambio de la garantía de prestación del POS⁴⁰ a los afiliados, quienes actúan como tomadores del servicio de aseguramiento en salud y a su vez actúan como beneficiarios del mismo, adicionalmente cuentan con la facultad de incluir dentro de los servicios de aseguramiento a su núcleo familiar, quienes si bien no son tomadores del seguro de salud, por cuanto no son cotizantes, si se constituyen como asegurados y beneficiarios de los servicios de salud. Tanto los contenidos del POS como el valor y composición de la UPC⁴¹ son fijados por la CRES.

Para comprender mejor la dinámica de las interacciones entre agentes y el funcionamiento del mercado del riesgo de salud, se procederá a identificar las variables que indican la intensidad de competencia en el mercado, esto es: i) Los Agentes (Oferentes y Demandantes) y su interacción en el Mercado de Aseguramiento en Salud; ii) Producto y/o Servicio y las variables de competencia en la prestación del servicio, y iii) el precio.

La Oferta: Servicio de Aseguramiento en Salud

³⁷ "En la reglamentación vigente, las entidades encargadas de garantizar la prestación de los servicios de salud son denominadas Entidades Promotoras de Salud, EPS. Antes de entrar en vigencia la Ley 1122 de 2007 las entidades del régimen subsidiado se denominaban Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS; en la actualidad todas se denominan EPS (art. 14, Ley 1122 de 2007 – 'Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento. Las entidades que a la vigencia de la presente ley administran el régimen subsidiado se denominarán en adelante Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado (EPS). [...]'" En: COLOMBIA. Corte Constitucional. Sentencia T – 760 del 31 de julio de 2008. M.P. Dr. Manuel José Cepeda Espinosa.

³⁸ De acuerdo al artículo 177 de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, las EPS son "... las entidades responsables de la afiliación, y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de solidaridad y garantía. Su función básica será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la presente ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación al fondo de solidaridad y garantía, de que trata el título III de la presente ley." Las funciones, campo de acción y requisitos de constitución de las EPS, están establecidos, respectivamente, en los artículos 178, 179 y 180 de la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993, mientras los tipos, los ingresos y las prohibiciones de las mismas, están señaladas, en su orden, en los artículos 181, 182 y 183 de la misma norma.

³⁹ La UPC es definida en el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, como un valor per cápita "...que el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud (...) (y que) [S]e establecerá en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería, y será definida por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud³⁹, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud".

⁴⁰ Según el artículo 162 de la Ley 100 de 1993 "[e]ste Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan." Adicionalmente, el POS fue reglamentado mediante la Resolución 5261 de 1994, que establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS).

⁴¹ PULIDO ALVAREZ, Adriana, BOLIVAR VARGAS, Mery, CASTRILLON CORREA, Johanna y ALFONSO, Eduardo Andrés. "Evaluación del Plan Obligatorio de Salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el sistema general de seguridad social en salud colombiano y lineamientos para su reforma – 2008". Página 4. Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia. Bogotá D.C., 2008.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Las personas jurídicas especializadas en la promoción del aseguramiento⁴², reguladas y autorizadas por el Estado para garantizar la prestación del servicio público esencial de salud, son las Entidades Promotoras de Salud (EPS),⁴³ quienes tienen la función de gestionar el proceso de aseguramiento en salud de los afiliados al Sistema, de acuerdo al artículo 14 de la Ley 1122 de 2007.⁴⁴ A su vez, les corresponde a las EPS definir procedimientos para garantizar el libre acceso⁴⁵ de los afiliados y sus familias, a las IPS, con las cuales hayan establecido convenios o contratos.

La Demanda del Servicio de Aseguramiento en Salud

Los usuarios del servicio de aseguramiento en salud del régimen contributivo corresponden a la población con capacidad de pago y su núcleo familiar. Por un lado, son tomadores los asalariados, quienes se vinculan al sistema mediante el pago de la cotización (12,5% mensual del salario devengado, para trabajadores dependientes). De otro lado, para los independientes, el sistema hace una presunción de ingresos, según variables como educación, edad, patrimonio, y se establece el ingreso base de cotización. Adicionalmente, el 1% de la cotización de los afiliados al régimen contributivo se traslada al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga), que administra los recursos para contribuir al financiamiento del régimen subsidiado.

Interacción entre los agentes que participan del mercado.

En el mercado de aseguramiento en salud, la interacción de los agentes se realiza en torno a cuatro funciones básicas de los actores: a) la regulación; b) la afiliación; c) la administración de recursos y; d) la prestación de servicios. La población ingresa al sistema través de la afiliación, una vez afiliadas en el RC, las EPS-C, recaudan las cotizaciones de los empleadores y de los independientes. Del monto recaudado, se compensa el valor de la UPC conforme al número de afiliados, se descuenta el porcentaje de cotización correspondiente a las licencias de maternidad, incapacidades, programas de promoción y prevención, con el propósito de girar los excedentes al FOSYGA a través del proceso de compensación. Por su lado, las EPS-S reciben el valor correspondiente a la UPC, de acuerdo al número de afiliados de la población que son objeto de subsidio, dicho valor es transferido por el FOSYGA.

El Producto: Plan Obligatorio de Salud - POS

⁴² Según la Sentencia C-828 de 2001 de la Corte constitucional, concordante con el Capítulo IV, artículo 4° de la Ley 1122 de 2007, "[e]l papel que desempeñan las EPS se ajusta a la idea del contrato de aseguramiento, en el que el prestador asume el riesgo y la administración de los recursos. Sin embargo, no se trata de un contrato de seguros clásico porque constituye un manejo financiero de prestación media para todos por igual, y los recursos, una vez son captados por el Sistema de Salud, no le pertenecen a quien los cancela, sino al sistema en general".

⁴³ Las EPS tienen como finalidad la promoción de la prestación de los servicios de salud de sus afiliados y la administración idónea de los recursos públicos. Sentencia C-106 de 1997, Corte Constitucional.

⁴⁴ "La administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice, el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores, sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior, exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud".

⁴⁵ Literal g del artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

El POS-C es el conjunto de servicios de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho, en caso de necesitarlos, todo afiliado al RC⁴⁶. Dentro de éste se incluyen todas aquellas actividades, intervenciones, procedimientos, insumos y medicamentos que deben ser ofrecidos por las EPS-C a todos sus afiliados con cargo a la UPC-C.

Variables de Competencia en la Prestación del Servicio

El mercado de aseguramiento en salud funciona bajo la modalidad de competencia regulada, por cuanto variables como el precio y el producto son determinados por las autoridades competentes y no por la interacción entre las fuerzas del mercado, aún así, las EPS compiten en la búsqueda de tener mayores afiliados mediante la diferenciación de los servicios que prestan y en esta medida la competencia entre ellas se da en los siguientes términos⁴⁷: (i) Calidad técnica y administrativa del servicio, (ii) Cobertura geográfica, (iii) Cobertura del aseguramiento, (iv) Facilidad y Oportunidad del acceso a los servicios.

La Unidad de Pago por Capitación

La UPC⁴⁸ es una variable que condiciona tanto la atención de salud dentro del SGSSS, como a cada uno de sus agentes, en la medida que ésta corresponde al valor de la prima de aseguramiento en salud que el sistema reconoce, con algunas distinciones, por persona afiliada o beneficiaria, y se establece en función del perfil epidemiológico de la población relevante, de los riesgos cubiertos y de los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería.⁴⁹ Éste valor debe cubrir el costo promedio del POS y los costos de administración.

La autoridad del SGSSS encargada de definir el valor de la UPC es la CRES.⁵⁰ Dicha entidad calcula el valor de la UPC a partir de los estudios técnicos de suficiencia de la misma, realizados por la CRES, el MINHACIENDA y el MPS. La CRES toma en cuenta los riesgos que afectan la salud de las personas en cada sector de la población y los costos de atención médica, y varía en función de la edad, el género del afiliado y la ubicación geográfica,⁵¹ con base en la información suministrada al MPS de costos e ingresos derivados de la prestación de los servicios por parte de las aseguradoras (EPS y EPS-S).

⁴⁶ Las principales normas que definen el POS-C desde 1994 son los acuerdos expedidos por el CNSSS y por la CRES. (i) **CNSSS**: Acuerdo 8 de 1994, Resolución 5261 de 1994, Acuerdo 23 de 1995, Acuerdo 49 de 1996, Acuerdo 53 de 1997, Acuerdo 83 de 1997, Acuerdo 106 de 1998, Acuerdo 110 de 1998, Acuerdo 117 de 1998, Acuerdo 226 de 2002, Acuerdo 228 de 2002, Acuerdo 236 de 2002, Acuerdo 254 de 2003, Acuerdo 263 de 2002, Acuerdo 282 de 2005, Acuerdo 289 de 2005, Acuerdo 302 de 2005, Acuerdo 313 de 2005, Acuerdo 336 de 2006, Acuerdo 350 de 2006, Acuerdo 368 de 2007, Acuerdo 380 de 2008. (ii) **CRES**: Acuerdo 8 de 2009. Véase Ministerio de la Protección Social, Plan Obligatorio de Salud. En: <http://www.pos.gov.co/Paginas/ActualizacionesPOS.aspx>. Fecha de consulta 14 de marzo de 2011.

⁴⁷ Véase: Ministerio de la Protección Social. Diseño y cálculo de un ordenamiento ranking de entidades promotoras de salud. En: <http://mps.minproteccionsocial.gov.co/pars/library/documents/DocNewsNo16245DocumentNo5301.PDF>

⁴⁸ Literal f del artículo 156 de la Ley 100 de 1993.

⁴⁹ Artículo 182 de la Ley 100 de 1993

⁵⁰ De conformidad con lo establecido en el numeral 3 del Artículo 7 de la Ley 1122 del 9 de enero de 2007, esta función le fue entregada a la Comisión de Regulación en Salud – CRES. Dicha Comisión entró en funcionamiento el 4 de junio de 2009, de conformidad con lo establecido en el Concepto 2009 ER3111 del 20 de marzo de 2009, expedido por la Directora Jurídica del Departamento Administrativo de la Función Pública y según fue reconocido por el Ministerio de la Protección Social en el "Considerando" de su Resolución 4805 del 4 de diciembre de 2009.

⁵¹ En los municipios pobres el valor de la UPC es 33% más alto por afiliado.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Así las cosas, la CRES anualmente debe reajustar el valor de la UPC con el fin de conciliarla con la realidad del sistema y con el costo que implica atender a cada persona afiliada al régimen contributivo y al régimen subsidiado⁵². Para racionalizar el uso del servicio y complementar el financiamiento del sistema, se establecen las cuotas moderadoras y los copagos⁵³, que son recaudados directamente por las firmas aseguradoras (EPS), y que comprenden los pagos que deben efectuar los afiliados para tener acceso al servicio.⁵⁴

DÉCIMO SEGUNDO: Que esta Delegatura considera de especial interés comparar las conclusiones expuestas en el estudio del CID denominado "*INFORME DE AVANCE DEL CÁLCULO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - NOTA TÉCNICA*" y en el estudio del MPS denominado "*Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011*", en relación al aumento en el gasto de medicamentos para el periodo 2008-2009.

En primer lugar, esta Delegatura encuentra que los dos estudios tienen como objeto proponer un valor para definir el cálculo de la UPC para el año 2011, por su parte el estudio del CID efectuó su análisis del gasto por EPS y gasto per-cápita, mientras que el MPS realizó sus cálculos con base en los valores totales de gasto por EPS.

A su vez, la muestra utilizada por el CID corresponde a un total de 21 EPS del RC, mientras que la del MPS tan solo comprendió 12 EPS del RC y una empresa adaptada al sistema (EAS), a pesar de lo anterior, de los dos universos de estudio se encontró que las 12 EPS que analizó el MPS se encontraban contempladas dentro de la muestra utilizada por el CID.

Respecto de las conclusiones que presentaron ambos estudios, esta Delegatura resalta el hecho de que, no obstante la metodología y la muestra fueron diferentes, los resultados presentaron coincidencias respecto del gasto en medicamentos como principal determinante del incremento del gasto total en salud de las EPS.

Ahora bien, una vez definido por ambos estudios que el ítem de medicamentos tenía un peso representativo en el gasto total en salud, los dos efectuaron un análisis de algunos medicamentos, por su parte el CID seleccionó los 25 medicamentos más utilizados o de mayor volumen de despachos, mientras que el MPS utilizó una muestra de los 20 medicamentos que presentaron el mayor incremento en valor total entre 2008 y 2009. Esta Delegatura encontró que 8 de los medicamentos resultaban coincidentes para ambos estudios, y como conclusión que existió un aumento desmedido del gasto en medicamentos para unas EPS en comparación con otras que al parecer se encontraban dentro del promedio.

⁵² Numeral 3 del artículo 7 de la Ley 1122 de 2007.

⁵³ Los copagos se establecen con base en el estrato socioeconómico del afiliado. Este valor no puede exceder 10%, 15% o 20% del valor del tratamiento ni superar dos salarios mínimos mensuales. Para el caso del subsidiado, si el afiliado pertenece al sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (Sisben).

⁵⁴ Dependiendo de los ingresos del afiliado, la cuota moderadora puede ser equivalente a 10%, 40% y hasta 105% de un día de salario mínimo. Las firmas de aseguramiento tienen libertad para establecer el valor de la cuota moderadora a sus afiliados, siempre que este valor se encuentre dentro de estos parámetros.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Adicionalmente, otra de las coincidencias encontrada por esta Delegatura entre los estudios del CID y el MPS, es que **ambos consideran que existen inconsistencias en la información reportada por las EPS**, por cuanto los altos incrementos en el gasto en medicamentos por parte de éstas, no es el esperado de acuerdo con su variación normal año a año, teniendo en cuenta que las variables determinantes del gasto en medicamentos no han tenido cambios significativos que expliquen tan altos incrementos.

De otra parte, esta Delegatura realizó un análisis de los datos presentados por el MPS en su informe, del cual se pueden destacar los siguientes hallazgos:

- El medicamento reportado con mayor incremento en valor total fue **medicamentos ambulatorios**, que representa un agregado, con una diferencia de \$460.458.334.542, que corresponde a un crecimiento del 620% en relación con el 2008, seguido por el **factor antihemofílico**, el **interfelon alfa**, la **lovastatina** y el **omeprazol**, con diferencias de \$9.448.506.446, \$3.463.844.904, \$1.719.681.550 y \$1.016.832.907, respectivamente, cuyos sendos crecimientos ascendieron a 221%, 1916%, 270%, 506%.
- En términos porcentuales se destacan la **azatioprina** y el **carboplatino**, con incrementos de 5171% y 3597%, respectivamente.
- Ahora bien, del análisis de cada uno de los medicamentos para cada EPS, mes a mes, el MPS encontró, entre otras inconsistencias, que SALUDTOTAL, FAMISANAR y S.O.S., reportaron incrementos inusitados de un mes para otro en el número de afiliados a los que suministraban medicamentos, en efecto, en varios de los medicamentos analizados, este excepcional incremento se presentó a partir del mes de julio de 2009, lo cual se vio reflejado en el valor gastado por medicamento y las cantidades suministradas, que para algunos casos excedían las dosis recomendadas de acuerdo con el MPS. A continuación se presenta un ejemplo de dicha irregularidad, para las tres EPS mencionadas, sin perjuicio de que se encuentre igual comportamiento en otras EPS:

EPS	OMEPRAZOL					
	Afiliados Promedio Ene-Jun	Afiliados Promedio Jul-Ago	Valor (\$) Promedio Ene-Jun	Valor (\$) Promedio Jul-Ago	Variación (%) Afiliados	Variación (%) Valor
SALUDTOTAL	113	25.463	\$1.820.753	\$252.887.154	22433,6%	13789,1%
FAMISANAR	2.555	10.725	\$399.560.777	\$2.326.286.804	319,8%	482,2%
SOS	8	1.276	\$160.191	\$3.207.263	15847,9%	1902,1%

Fuente: Elaboración SIC con base en el "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011" del MPS. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

- Otra irregularidad relevante ocurre con las EPS SALUDCOOP, CAFESALUD y CRUZ BLANCA, las cuales reportaron para varios de los medicamentos en estudio, cantidades suministradas a sus afiliados que en promedio unitario resultaban excesivas con respecto a los parámetros de dosis máximas y recomendadas utilizados por el MPS, esta irregularidad se encontró especialmente para los primeros cuatro meses del año 2009 en más de 10 de los 20 medicamentos analizados, para las tres EPS. En el cuadro a continuación se presenta un ejemplo para uno de los medicamentos en los que se encontró esta inconsistencia, lo anterior, sin perjuicio de que se encuentre igual comportamiento en otras EPS:

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

METOPROLOL				
EPS	Mes	Afiliados	Cantidad	Cantidad unitaria por afiliado
SALUDCOOP	1	22.309	7.030.077	315
	2	16.201	2.703.589	167
	3	16.144	2.122.885	131
	4	15.348	1.842.940	120
CAFESALUD	1	4.902	1.558.883	318
	2	3.486	564.521	162
	3	3.413	424.288	124
	4	3.350	379.796	113
CRUZ BLANCA	1	2.689	844.991	314
	2	1.840	279.798	152
	3	1.901	190.091	100
	4	1.866	209.861	112

Fuente: Elaboración SIC con base en el "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011" del MPS. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

Como se puede apreciar en la tabla anterior, para las tres EPS, las cantidades unitarias promedio del medicamento metoprolol suministradas a sus afiliados, se encontraba en el rango 100 - 318 unidades, lo cual resulta cuestionable por cuanto de acuerdo con los parámetros de dosis máximas y recomendadas expuestas por el MPS en su informe, la dosis recomendada para este medicamento es de 60 unidades mensuales, con un máximo de 120 unidades, de lo cual se desprende que existen dos alternativas igualmente preocupantes, o bien las EPS están suministrando dosis excesivas a sus usuarios o la información reportada no es veraz.

- Igualmente, esta Delegatura encuentra importante destacar los grandes diferenciales de precios unitarios por medicamento entre EPS, situación interesante en la medida que cabría esperar precios que oscilaran en un intervalo no muy amplio, dado el gran número de participantes en el mercado de oferta y demanda de medicamentos, que a pesar de no contar con precios regulados, se caracteriza por ser competitivo.

En la tabla a continuación se relacionan los rangos en los que oscilan algunos de los medicamentos analizados, señalando las EPS que reportaron los mayores precios unitarios:

Medicamento	Rango del precio		EPS de mayor precio	Precio unitario promedio anual	Rango del precio de las otras EPS*
	Límite inferior	Límite superior			
Azatioprina	\$104	\$540.714	COOMEVA	\$218.490	\$104 - \$5.654
			NUEVA EPS	\$10.665	
Acetaminofén	\$18	\$34.380	SOS	\$7.479	\$18 - \$396
Amlopidino	\$33	\$10.223	SOS	\$9.406	\$33 - \$1.272
			FAMISANAR	\$3.719	
Calcitrol	\$105	\$44.565	FAMISANAR	\$21.262	\$105 - \$2.269
			SOS	\$12.903	
			NUEVA EPS	\$3.624	

* Excluyendo las entidades con mayores precios promedio.

Fuente: Elaboración SIC con base en el "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011" del MPS. Documento obrante en CD en el Cuaderno No. 1 folio 272.

- Adicionalmente, el análisis comparativo de los precios de los 20 medicamentos en las 12 EPS de la selección, permiten concluir que una EPS como SALUDCOOP, presenta

bc.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

precios, que aun cuando no se acercan al límite superior del rango de precios, si son superiores al precio promedio unitario de las otras EPS, lo cual es cuestionable, en particular por cuanto corresponde a la EPS que mayor cantidad de afiliados tiene y que mayores ingresos percibe, con respecto a las demás EPS del régimen contributivo, y por ende la que cuenta con mayor poder de negociación al momento de adquirir los medicamentos requeridos para suministrarlos a sus usuarios.

Cabe aclarar que los hallazgos anteriormente mencionados corresponden a sólo algunos de los hechos desatacados de la información sistematizada por el MPS a partir de lo reportado por las EPS seleccionadas del régimen contributivo.

Finalmente, esta Delegatura considera hacer especial énfasis en la importancia de la información que proveen las EPS a los entes reguladores del SGSSS, toda vez que las asimetrías de información que caracterizan al mercado de aseguramiento en salud, impiden a estos entes la toma de decisiones sin la obtención de información, que para este caso tiene una fuente única, la EPS.

En este orden de ideas, tal fue la magnitud de las inconsistencias encontradas en la información que fue reportada al MPS para el cálculo de la UPC-2011, que la CRES se vio impedida para tomar una decisión respecto del cálculo de la misma, teniendo así que efectuar el aumento con base en la inflación a tal punto que a la fecha, aún no ha sido definida la UPC con base en los estudios técnicos de suficiencia.

Hechos como los que puso de presente el MPS en su informe, como que a 350.167 personas a las que se les suministraron medicamentos no habían recibido ningún servicio en los que se los hubiesen formulado, lo que representaba en valor \$46.920.013.451, o que a 429.307 personas se les suministraron medicamentos sin recibir ningún servicio de los establecidos como condiciones de acceso a los mismos, lo que representó en valor \$86.938.045.353, llaman la atención sobre la forma mediante la cual las EPS están efectuando sus reportes de información a los entes reguladores, así como la veracidad de la misma.

Las inconsistencias encontradas en los estudios, consecuencia de información carente de soporte y veracidad según las conclusiones del MPS y el CID, ponen de presente una situación que evidenciaría el interés de las EPS-C de aumentar el gasto en salud, con el fin de inducir un aumento en la UPC, toda vez que el cálculo de la misma depende del gasto en salud que reporten las EPS al MPS, todo lo cual afectaría directamente la transparencia en el mercado de aseguramiento así como el debido funcionamiento del SGSSS.

DÉCIMO TERCERO: Que esta Delegatura identificó que las empresas que prestan servicios de aseguramiento que podrían estar involucradas en los hechos antes referidos dentro de la presente resolución, son las EPS-C cuya información reveló inconsistencias respecto del aumento en el gasto de medicamentos para el 2009.

Bajo este entendido, si bien el estudio del CID utilizó información de 21 EPS-C, esta Delegatura encuentra pertinente estudiar el comportamiento de las 12 EPS-C que fueron el soporte del estudio efectuado por el MPS, por cuanto fue la información de estas 12 EPS la que presentó mayores inconsistencias, además de que en conjunto ostentan el 92% de participación del mercado de aseguramiento en salud del régimen contributivo, el cual es un porcentaje significativo para dicho mercado.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Dichas empresas aseguradoras se relacionan a continuación: ALIANSALUD, SALUD TOTAL, CAFESALUD, EPS SANITAS, COMPENSAR, SURA, SALUDCOOP, COOMEVA, EPS FAMISANAR, SOS EPS, CRUZ BLANCA y NUEVA EPS.

DÉCIMO CUARTO: Que el análisis de la información recaudada por esta Delegatura en desarrollo de la actuación administrativa No. 11-001883, así como las circunstancias referidas en los considerandos anteriores prestan mérito suficiente para iniciar investigación en contra de las EPS-C ALIANSALUD, SALUD TOTAL, CAFESALUD, EPS SANITAS, COMPENSAR, SURA, SALUDCOOP, COOMEVA, EPS FAMISANAR, SOS EPS, CRUZ BLANCA y NUEVA EPS, por la presunta infracción de las siguientes normas:

14.1 Sobre la presunta violación de lo establecido en el artículo 1 de la Ley 155 de 1959:

La Ley 155 de 1959, por medio de la cual se dictaron algunas disposiciones sobre prácticas comerciales restrictivas, en el artículo 1 (modificado por el artículo 1 del Decreto 3307 de 1963) establece que:

"ARTÍCULO 1. Modificado. Decreto Especial 3307 de 1963, Art. 1. Quedan prohibidos los acuerdos o convenios que directa o indirectamente tengan por objeto limitar la producción, abastecimiento, distribución o consumo de materias primas, productos, mercancías o servicios nacionales o extranjeros y en general, toda clase de prácticas y procedimientos o sistemas tendientes a limitar la libre competencia y a mantener o determinar precios inequitativos".

14.2. Prohibición General de las prácticas restrictivas de la competencia dentro de los mercados de los servicios de Salud.

El artículo 3° del Decreto 1663 de 1994, en desarrollo de la Ley 155 de 1959 y el Decreto 2153 de 1992, dispone lo siguiente:

"Artículo 3. De conformidad con lo previsto en la Ley 155 de 1959, el Decreto 2.153 de 1992, el Decreto Ley 1.298 de 1994 y con lo establecido en el presente decreto, están prohibidos todos los acuerdos, actos o convenios, así como las prácticas y las decisiones concertadas que, directa o indirectamente tengan por objeto o como efecto impedir, restringir o falsear el juego de la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud; abusar de una posición de dominio sobre el mismo; o impedir, restringir o interrumpir la prestación de los servicios de salud. Dichas conductas tendrán objeto ilícito."

14.3 Acuerdos contrarios a la libre competencia dentro del mercado de los servicios de salud.

El artículo 5 del Decreto 1663 de 1994, en desarrollo de la Ley 155 de 1959 y el Decreto 2153 de 1992, dispone en sus numerales 1 y 10 lo siguiente:

"Artículo 5. Acuerdos contrarios a la libre competencia: Se consideran contrarios a la libre competencia en el mercado de los servicios de salud, entre otros, los siguientes acuerdos, convenios prácticas o decisiones concertadas":

1. Los acuerdos que tengan por objeto o tengan como efecto la fijación directa o indirecta de precios o tarifas.

(...)

50.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

10. Los que tengan por objeto o como efecto abstenerse de proveer a los usuarios o al Sistema General de Seguridad Social en Salud de información no reservada sobre la prestación de los servicios de salud, así como cualquier intento de ocultar o falsear la información y en general de impedir la debida transparencia en el mercado de los servicios de salud. (Negrilla fuera de texto).

14.4 Autorización, ejecución o tolerancia de las conductas anticompetitivas

Según lo establecido en el numeral 16 del artículo 4 del Decreto 2153 de 1992 modificado por el numeral 14 del artículo 3 del Decreto 1687 de 2010, están sujetos a las sanciones allí previstas, los administradores, directores, representantes legales, revisores fiscales y demás personas naturales que autoricen, ejecuten o toleren conductas violatorias de las normas sobre promoción de la competencia y prácticas comerciales restrictivas.

Así las cosas, los señores los señores: **HENRY GRANDAS OLARTE**, representante legal FAMISANAR E.P.S. LTDA, **MIGUEL ANGEL ROJAS CORTES**, representante legal de SALUD TOTAL E.P.S. S.A., **OCTAVIO DE JESUS AYALA MORENO**, representante legal de EPS SOS S.A., **CARLOS GUSTAVO PALACINO ANTIA**, ex representante legal de SALUDCOOP, **MARIA FERNANDA ISAACS CABRAL**, representante legal de CRUZ BLANCA E.P.S. S.A., **ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO**, representante legal de CAFESALUD E.P.S. S.A., **MARIA DE LOS ANGELES MEZA RODRIGUEZ**, representante legal de E. P. S. SANITAS S.A., **ANDRES BARRAGAN TOBAR**, representante legal de PROPENSAR E.P.S. S.A.S., **GABRIEL MESA NICHOLLS**, representante legal de E.P.S. SURA S.A., **PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELAEZ**, representante legal de COOMEVA E.P.S. S.A., **SANTIAGO SALAZAR SIERRA**, representante legal de ALIANSALUD E.P.S. S.A. y **JOSE FERNANDO CARDONA URIBE**, representante legal de NUEVA E.P.S. S.A., para la época de los hechos objeto de investigación pudieron haber infringido la norma citada anteriormente, al autorizar, ejecutar o tolerar los comportamientos descritos a lo largo del presente acto.

DÉCIMO QUINTO: Que en virtud de lo previsto en el artículo 14 de la Ley 1340 de 2009 y el Decreto 2896 de 2010 las personas vinculadas por medio de este acto administrativo, cuentan con la posibilidad de acceder a los beneficios por colaboración previstos en dichas normas.

En mérito de lo anterior, este Despacho,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: ABRIR investigación para determinar si las empresas Entidad Promotora de Salud Famisanar Limitada – **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, Entidad Promotora de Salud Salud Total S.A. – **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - **EPS SOS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo - **SALUDCOOP**, Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A – **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, Cafesalud Entidad Promotora de Salud S. A.—**CAFESALUD E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. – **E. P. S. SANITAS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Compensar S.A.S -- **PROCOMPENSAR E.P.S. S.A.S.**, Entidad Promotora de Salud y Medicina Prepagada Suramericana S.A. — **E.P.S. SURA S.A.**, Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – **COOMEVA E.P.S. S.A.**, Aliansalud Entidad Promotora de Salud S.A., - **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y Nueva Empresa Promotora de

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Salud S.A. – **NUEVA E.P.S. S.A.**, por presuntamente haber infringido lo dispuesto en el artículo 3 del Decreto 1663 de 1994.

ARTÍCULO SEGUNDO: **ABRIR** investigación para determinar si las empresas Entidad Promotora de Salud Famisanar Limitada – **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, Entidad Promotora de Salud Salud Total S.A. – **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - **EPS SOS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo - **SALUDCOOP**, Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A – **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, Cafesalud Entidad Promotora de Salud S. A.—**CAFESALUD E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. – **E. P. S. SANITAS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Compensar S.A.S -- **PROPENSAR E.P.S. S.A.S.**, Entidad Promotora de Salud y Medicina Prepagada Suramericana S.A. —**E.P.S. SURA S.A.**, Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – **COOMEVA E.P.S. S.A.**, Aliansalud Entidad Promotora de Salud S.A., - **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – **NUEVA E.P.S. S.A.**, por presuntamente haber infringido lo dispuesto en el artículo 5, numerales 1 y 10 del Decreto 1663 de 1994.

ARTÍCULO TERCERO: **ABRIR** investigación para determinar si las empresas Entidad Promotora de Salud Famisanar Limitada – **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, Entidad Promotora de Salud Salud Total S.A. – **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - **EPS SOS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo - **SALUDCOOP**, Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A – **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, Cafesalud Entidad Promotora de Salud S. A.—**CAFESALUD E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. – **E. P. S. SANITAS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Compensar S.A.S -- **PROPENSAR E.P.S. S.A.S.**, Entidad Promotora de Salud y Medicina Prepagada Suramericana S.A. —**E.P.S. SURA S.A.**, Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – **COOMEVA E.P.S. S.A.**, Aliansalud Entidad Promotora de Salud S.A., **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – **NUEVA E.P.S. S.A.**, por presuntamente haber infringido lo dispuesto en el artículo 1 de la Ley 155 de 1959.

ARTÍCULO CUARTO: **ABRIR** investigación para determinar si los señores: **HENRY GRANDAS OLARTE**, representante legal **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, **MIGUEL ANGEL ROJAS CORTES**, representante legal de **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, **OCTAVIO DE JESUS AYALA MORENO**, representante legal de **EPS SOS S.A.**, **CARLOS GUSTAVO PALACINO ANTIA**, ex representante legal de **SALUDCOOP**, **MARIA FERNANDA ISAACS CABRAL**, representante legal de **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, **ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO**, representante legal de **CAFESALUD E.P.S. S.A.**, **MARIA DE LOS ANGELES MEZA RODRIGUEZ**, representante legal de **E. P. S. SANITAS S.A.**, **ANDRES BARRAGAN TOBAR**, representante legal de **PROPENSAR E.P.S. S.A.S.**, **GABRIEL MESA NICHOLLS**, representante legal de **E.P.S. SURA S.A.**, **PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELAEZ**, representante legal de **COOMEVA E.P.S. S.A.**, **SANTIAGO SALAZAR SIERRA**, representante legal de **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y **JOSE FERNANDO CARDONA URIBE**, representante legal de **NUEVA E.P.S. S.A.**, por presuntamente haber incurrido en la responsabilidad establecida en el numeral 16 del artículo 4° del Decreto 2153 de 1992, modificado por el artículo 26 de la Ley 1340 de 2009, al haber colaborado, facilitado, autorizado, ejecutado o tolerado, las conductas referidas en los **ARTICULOS PRIMERO y SEGUNDO**, precedentes.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

ARTICULO QUINTO: NOTIFICAR personalmente el contenido de la presente Resolución a las empresas Entidad Promotora de Salud Famisanar Limitada – **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, Entidad Promotora de Salud Salud Total S.A. – **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - **EPS SOS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo - **SALUDCOOP**, Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A – **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, Cafesalud Entidad Promotora de Salud S. A.—**CAFESALUD E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. – **E. P. S. SANITAS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Compensar S.A.S -- **PROPENSAR E.P.S. S.A.S.**, Entidad Promotora de Salud y Medicina Prepagada Suramericana S.A. —**E.P.S. SURA S.A.**, Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – **COOMEVA E.P.S. S.A.**, Aliansalud Entidad Promotora de Salud S.A., **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. – **NUEVA E.P.S. S.A.**, a través de su representante legal o de quien haga sus veces; para que dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de la misma, soliciten o aporten las pruebas que pretendan hacer valer dentro de la investigación y rindan las explicaciones que consideren pertinentes en su defensa.

ARTÍCULO SEXTO: NOTIFICAR personalmente el contenido del presente acto administrativo a los señores **HENRY GRANDAS OLARTE**, representante legal FAMISANAR E.P.S. LTDA, **MIGUEL ANGEL ROJAS CORTES**, representante legal de SALUD TOTAL E.P.S. S.A., **OCTAVIO DE JESUS AYALA MORENO**, representante legal de EPS SOS S.A., **CARLOS GUSTAVO PALACINO ANTIA**, ex representante legal de SALUDCOOP, **MARIA FERNANDA ISAACS CABRAL**, representante legal de CRUZ BLANCA E.P.S. S.A., **ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO**, representante legal de CAFESALUD E.P.S. S.A., **MARIA DE LOS ANGELES MEZA RODRIGUEZ**, representante legal de E. P. S. SANITAS S.A., **ANDRES BARRAGAN TOBAR**, representante legal de PROPENSAR E.P.S. S.A.S., **GABRIEL MESA NICHOLLS**, representante legal de E.P.S. SURA S.A., **PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELAEZ**, representante legal de COOMEVA E.P.S. S.A., **SANTIAGO SALAZAR SIERRA**, representante legal de ALIANSALUD E.P.S. S.A. y **JOSE FERNANDO CARDONA URIBE**, representante legal de NUEVA E.P.S. S.A., como personas naturales investigadas, para que dentro de los quince (15) días hábiles siguientes a la notificación de la presente resolución, soliciten o aporten las pruebas que pretendan hacer valer dentro de la investigación y rindan las explicaciones que consideren pertinentes en su defensa.

ARTÍCULO SEPTIMO: Ordenar a los investigados que, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la notificación de la presente decisión, en cumplimiento del artículo 17 de la Ley 1340 de 2009, realicen la publicación del siguiente texto en un diario de amplia circulación en el territorio nacional:

*“Por instrucciones de la Superintendencia de Industria y Comercio las empresas Entidad Promotora de Salud Famisanar Limitada – **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, Entidad Promotora de Salud Salud Total S.A. – **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Servicio Occidental de Salud S.A. - **EPS SOS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Organismo Cooperativo - **SALUDCOOP**, Cruz Blanca Entidad Promotora de Salud S.A – **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, Cafesalud Entidad Promotora de Salud S. A.—**CAFESALUD E.P.S. S.A.**, Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A. – **E. P. S. SANITAS S.A.**, Entidad Promotora de Salud Compensar S.A.S -- **PROCOMPENSAR E.P.S. S.A.S.**, Entidad Promotora de Salud y Medicina Prepagada Suramericana S.A. — **E.P.S. SURA S.A.**, Coomeva Entidad Promotora de Salud S.A. – **COOMEVA E.P.S. S.A.**, Aliansalud Entidad Promotora de Salud S.A., - **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y Nueva Empresa Promotora de*

50.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

Salud S.A. – **NUEVA E.P.S. S.A.** y las personas naturales **HENRY GRANDAS OLARTE**, representante legal **FAMISANAR E.P.S. LTDA**, **MIGUEL ANGEL ROJAS CORTES**, representante legal de **SALUD TOTAL E.P.S. S.A.**, **OCTAVIO DE JESUS AYALA MORENO**, representante legal de **EPS SOS S.A.**, **CARLOS GUSTAVO PALACINO ANTIA**, ex representante legal de **SALUDCOOP**, **MARIA FERNANDA ISAACS CABRAL**, representante legal de **CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.**, **ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO**, representante legal de **CAFESALUD E.P.S. S.A.**, **MARIA DE LOS ANGELES MEZA RODRIGUEZ**, representante legal de **E. P. S. SANITAS S.A.**, **ANDRES BARRAGAN TOBAR**, representante legal de **PROPENSAR E.P.S. S.A.S.**, **GABRIEL MESA NICHOLLS**, representante legal de **E.P.S. SURA S.A.**, **PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELAEZ**, representante legal de **COOMEVA E.P.S. S.A.**, **SANTIAGO SALAZAR SIERRA**, representante legal de **ALIANSALUD E.P.S. S.A.** y **JOSE FERNANDO CARDONA URIBE**, representante legal de **NUEVA E.P.S. S.A.**, informan que: Mediante Resolución **26273** expedida por la Superintendencia de Industria y Comercio, se abrió investigación en contra de los anteriormente enunciados por presuntas infracciones al régimen sobre protección de la competencia (Artículo 1° de la Ley 155 de 1959, Artículo 3° y Artículo 5°, numerales 1° Y 10° del Decreto 1663 de 1994.) Según la decisión de la autoridad, se investiga a las empresas por presuntamente incurrir en prácticas restrictivas de la competencia en el mercado de aseguramiento en salud en Colombia.

Por lo tanto, en los términos previstos por el artículo 19 de la Ley 1340 de 2009, los competidores, consumidores o, en general, aquél que acredite un interés directo e individual en la presente investigación, dentro de los quince (15) días hábiles posteriores a la presente publicación, podrán intervenir aportando las consideraciones y pruebas que pretenda hacer valer al expediente radicado con el número 11-001883, el cual reposa en la Superintendencia de Industria y Comercio."

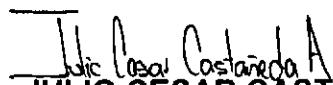
ARTÍCULO OCTAVO: Comunicar el presente acto administrativo, en cumplimiento del artículo 8 de la Ley 1340 de 2009, a las entidades de regulación, control y vigilancia, cuales son el MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL, LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LA COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD.

ARTICULO NOVENO: Frente la decisión contenida en el presente acto administrativo no procede recurso alguno, en los términos del artículo 49 del Código Contencioso Administrativo, concordante con el Decreto 2153 de 1992.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en Bogotá D. C., a los **2 0 MAY 2011**

El Superintendente Delegado para la Protección de la Competencia (E),


JULIO CESAR CASTAÑEDA ACOSTA



Por la cual se ordena la apertura de una investigación

20 MAY 2011

Notificaciones:

Señor

SANTIAGO SALAZAR SIERRA

CC No. 10.280.019

ALIANSA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. - ALIANSA EPS. S.A.

NIT: 830113831

CALLE 116 No. 15b-08

BOGOTA D.C.

Señor

MIGUEL ANGEL ROJAS CORTES

CC No. 19.364.775

SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD- SALUD TOTAL EPS S.A.

NIT: 800130907

CARRERA 18 No. 109-15

BOGOTÁ-D.C.

Señor

ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO

CC No. 79.262.500

CAFESALUD E.P.S S.A.

NIT: 800140949

CALLE 73 No. 12-02

BOGOTA D.C.

Señora

MARIA DE LOS ANGELES MEZA RODRIGUEZ

CC No. 52.834.712

REPRESENTANTE LEGAL

EPS SANITAS S.A.

NIT: 8002514400-6

AVENIDA CARRERA 100 No. 11B-95

BOGOTA D.C.

Señor

ANDRES BARRAGAN TOBAR

CC No. 19.489.949

PROMOTORA COMPENSAR S.A.S -- PROPENSAR

NIT: 900394237-3

AV DORADO No. 66A-48 PISO 6

BOGOTA D.C.

50

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

20 MAY 2011

Señor

GABRIEL MESA NICHOLLS

CC No. 70.569.935

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA – EPS SURA

NIT: 800088702

CARRERA 63 No. 49A-31 PISO 1 ED CAMACOL

MEDELLIN-ANTIOQUIA

Señor

EDGAR PABON CARVAJAL

CC N° 19.481.541

AGENTE ESPECIAL DESIGNADO POR LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD^[20]

REPRESENTANTE LEGAL

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD ORGANISMO COOPERATIVO – SALUDCOOP

NIT 800.250.119-1

AVENIDA 13 N° 109 - 20

BOGOTÁ, D.C.

Señora

PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELAEZ

CC. No. 43.017.413

COOMEVA EPS S.A.

NIT. 805000427

CARRERA 100 No. 11-60 LOCAL 205

CALI --VALLE DEL CAUCA

Señor

OCTAVIO DE JESUS AYALA MORENO

CC No. 14.987.694

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD OCCIDENTAL DE SALUD S.A.- E.P.S. SOS S.A.

NIT: 805001157

AV LAS AMERICAS 23 N 55

CALI—VALLE DEL CAUCA

Señor

HENRY GRANDAS OLARTE

CC No. 19.308.850

^[20] Conforme con lo Dispuesto por el Artículo Tercero de la Resolución No. 801 de 2011 de la Superintendencia Nacional de Salud.

50.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

20 MAY 2011

FAMISANAR LTDA CAFAM COLSUBSIDIO- FAMISANAR E.P.S.LTDA
NIT 8300003564
CARRERA 13 A No. 77A- 63
BOGOTA D.C.

Señora

MARIA FERNANDA ISAACS CABRAL

CC No. 51.831.277

CRUZ BLANCA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. – CRUZ BLANCA E.P.S. S.A.

NIT: 830009783

CALLE 79 No. 12-02

BOGOTA D.C.

Señor

JOSE FERNANDO CARDONA URIBE

No. 79.267.821

NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.—NUEVA E.P.S S.A.

NIT: 900156264

CARRERA 85 K No. 46A-66 PISOS 2 Y 3

BOGOTA D.C.

Señor

JOSE FERNANDO CARDONA URIBE

CC. No. 79.267.821

CARRERA 85 K No. 46A-66 PISOS 2 Y 3

BOGOTA D.C.

Señora

MARIA FERNANDA ISAACS CABRAL

CC No. 51.831.277

CALLE 79 No. 12-02

BOGOTA D.C.

Señor

HENRY GRANDAS OLARTE

CC No. 19.308.850

CARRERA 13 A No. 77A- 63

BOGOTA D.C.

Señor

OCTAVIO DE JESUS AYALA MORENO

CC No. 14.987.694

AV LAS AMERICAS 23 N 55

CALI—VALLE DEL CAUCA

50.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

20 MAY 2011

Señora

PIEDAD CECILIA PINEDA ARBELAEZ
CC No. 43.017.413
CARRERA 100 No. 11-60 LOCAL 205
CALI --VALLE DEL CAUCA

Señor

CARLOS GUSTAVO PALACINO ANTIA
C. C. N° 19.369.145
Avenida 13 N° 109 - 20
Bogotá, D.C.

Señor

GABRIEL MESA NICHOLLS
CC No. 70.569.935
CARRERA 63 No. 49A-31 PISO 1 ED CAMACOL
MEDELLIN-ANTIOQUIA

Señor

ANDRES BARRAGAN TOBAR
CC No.19.489.949
AV DORADO No. 66A-48 PISO 6
BOGOTA D.C.

Señora

MARIA DE LOS ANGELES MEZA RODRIGUEZ
CC No. 52.834.712
AVENIDA CARRERA 100 No. 11B-95
BOGOTA D.C.

Señor

ANIBAL RODRIGUEZ GUERRERO
CC. No. 79.262.500
CALLE 73 No. 12-02
BOGOTA D.C.

Señor

MIGUEL ANGEL ROJAS CORTES
CC. No.19.364.775

60.

Por la cual se ordena la apertura de una investigación

20 MAY 2011

CARRERA 18 No. 109-15
BOGOTÁ-D.C.

Señor
SANTIAGO SALAZAR SIERRA
CC No. 10.280.019
CALLE 116 No. 15b-08
BOGOTA D.C.