

Bogotá, D.C., Agosto 15 de 2012

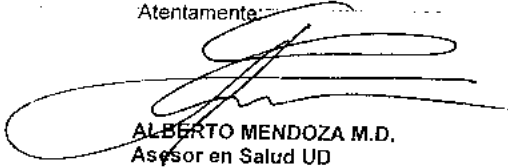
Doctora:
LUZ MARINA GARZON
Jefe División de Recursos Humanos
Universidad Distrital Francisco José de Caldas

Cordial saludo:

Con la presente estoy haciendo llegar a Ud. Documento titulado "JUSTIFICACION PARA REALIZAR LA LICITACION Y CONTRATACION DE UN PLAN ADICIONAL EN SALUD POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS", dando cumplimiento a su directriz para su elaboración.

Estaré atento a cualquier llamado para informar, explicar o ampliar su contextualización.

Atentamente:



ALBERTO MENDOZA M.D.
Asesor en Salud UD

d/c
15-08-12
3:35 PM
Yolky H
12:50
Agosto 15/12
(9/6/12)

**JUSTIFICACION PARA REALIZAR LA LICITACION Y CONTRATACION DE
UN PLAN ADICIONAL EN SALUD POR PARTE DE LA UNIVERSIDAD
DISTRITAL FRANCISCO JOSE DE CALDAS**

Con el Acuerdo N° 29 de 28 de diciembre de 2011, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) del Ministerio del ramo, actualizó el Plan Obligatorio de Salud para los afiliados al Régimen Contributivo y estableciendo los anexos 1(Listado de principios activos y medicamentos) y 2(Listado de Procedimientos y servicios).

Definió el POS en su Artículo 2. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD manifestando que **"...es el conjunto de tecnologías en salud a que tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud y cuya prestación debe ser garantizada por las entidades promotoras de salud."**

En su Artículo 6. se establecieron los criterios para las exclusiones: "Los criterios generales para las exclusiones explícitas del Plan Obligatorio de Salud son los siguientes:

1. La tecnología en salud considerada como cosmética, estética, suntuaria o de embellecimiento, así como la atención de sus complicaciones, salvo la atención inicial de urgencias.
2. La tecnología en salud de carácter experimental o sobre la cual no exista evidencia científica, de seguridad o costo efectividad, o que no haya sido reconocida por las autoridades nacionales competentes.
3. La tecnología en salud que se utiliza con fines educativos, instruccionales o de capacitación durante el proceso de rehabilitación social o laboral.
4. Tecnologías en salud que tengan alertas de seguridad o falta de efectividad que recomienden su retiro del mercado, de acuerdo con la normatividad vigente.
5. Tecnologías en salud cuya finalidad no sea la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o paliación de la enfermedad.
6. Bienes y servicios que no correspondan al ámbito de la salud.
7. Aquellos que expresamente defina la Comisión de Regulación en Salud."

En el Título II definió la Cobertura del POS, y en su artículo 44, cuando el afiliado al Régimen Contributivo está afiliado a otro PLAN ADICIONAL EN SALUD expresa que: " Cuando el prestador del servicio identifique casos de cobertura parcial o total, por Accidentes de Trabajo y Enfermedad Profesional, Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito, Plan de Salud de Intervenciones Colectivas, Planes Voluntarios de Salud y en general con los

contenidos de cobertura de riesgos a cargo de otros planes, la tecnología en salud deberá ser asumida por éstos antes del cubrimiento del Plan Obligatorio de Salud, en los términos de la cobertura del plan y la normatividad vigente."

Que en el Artículo 49 se establecieron las "EXCLUSIONES EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD:

1. Cirugía estética con fines de embellecimiento y procedimientos de cirugía plástica cosmética.
2. Tratamientos nutricionales con fines estéticos.
3. Diagnóstico y tratamientos para la infertilidad.
4. Tratamientos o curas de reposo o del sueño.
5. Medias elásticas de soporte, corsés o fajas, sillas de ruedas, plantillas y zapatos ortopédicos, vendajes acrílicos, lentes de contacto, lentes para anteojos con materiales diferentes a vidrio o plástico, filtros o colores y películas especiales y aquellos otros dispositivos, implantes, o prótesis, necesarios para procedimientos no incluidos expresamente en el presente Acuerdo.
6. Medicamentos y dispositivos médicos cuyas indicaciones y usos respectivamente no se encuentren autorizados por la autoridad competente.
7. Tratamientos con medicamentos o sustancias experimentales para cualquier tipo de enfermedad.
8. Trasplante de órganos e injertos biológicos diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
9. Tratamiento con psicoanálisis.
10. Tratamientos de periodoncia, ortodoncia, implantología, dispositivos protésicos en cavidad oral y blanqueamiento dental en la atención odontológica, diferentes a los descritos en el presente Acuerdo.
11. Tratamiento con fines estéticos de afecciones vasculares o cutáneas.
12. Actividades, procedimientos e intervenciones para las enfermedades crónicas, degenerativas, carcinomatosis, traumáticas o de cualquier índole en su fase Terminal, o cuando para ellas no existan posibilidades de recuperación.
13. Tecnologías en salud de carácter educativo, instruccional o de capacitación, que se lleven a cabo durante el proceso de rehabilitación, distintas a las necesarias de acuerdo a la evidencia clínica debidamente demostrada para el manejo médico de las enfermedades y sus secuelas.

14. Pañales para niños y adultos.
15. Toallas higiénicas.
16. Artículos cosméticos.
17. Suplementos o complementos vitamínicos, nutricionales o nutracéuticos, salvo excepciones expresas en la norma.
18. Líquidos para lentes de contacto.
19. Tratamientos capilares.
20. Champús de cualquier tipo.
21. Jabones.
22. Cremas hidratantes.
23. Cremas antisolares o para las manchas en la piel.
24. Medicamentos o drogas para la memoria.
25. Medicamentos para la disfunción eréctil.
26. Medicamentos anorexígenos.
27. Edulcorantes o sustitutos de la sal.
28. Enjuagues bucales y cremas dentales.
29. Cepillo y seda dental.
30. La internación en instituciones educativas, entidades de asistencia o protección social tipo hogar geriátrico, hogar sustituto, orfanato, hospicio, guardería o granja protegida, entre otros.
31. El tratamiento de las complicaciones que surjan de las actividades, procedimientos e intervenciones y medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud.
32. Insumos o dispositivos que no sean necesarios para las tecnologías en salud descritas en el presente Acuerdo.
33. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes en estado Terminal de cualquier etiología, según criterio del profesional de la salud tratante.
34. La atención en los servicios de internación en las unidades de cuidados intensivos, intermedios o quemados de pacientes con diagnóstico de muerte

cerebral, salvo proceso en curso de donación de sus órganos, que estará a cargo de la Entidad Promotora de Salud del receptor."

Que el gobierno nacional en el Decreto N° 806 de 1998, en su Artículo 17, 18, 19 y 20 definió los **Otros beneficios a los cuales se pueden acceder dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud** manifestando que "pueden prestarse beneficios adicionales al conjunto de beneficios a que, tienen derecho los afiliados como servicio público esencial en salud, que no corresponde garantizar al Estado bajo los principios de solidaridad y universalidad. Estos beneficios se denominan **Planes Adicionales de Salud** y son financiados con cargo exclusivo a los recursos que cancelan los particulares.

Estos planes serán ofrecidos por las Entidades Promotoras de Salud, las Entidades Adaptadas, las compañías de medicina prepagada y las aseguradoras.

El Artículo 18 Definió los **Planes Adicionales de Salud (PAS)**, entendiéndose por ellos, aquel conjunto de **beneficios opcional y voluntario, financiado con recursos diferentes a los de la cotización obligatoria.**

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

En el Artículo 19 se relacionan los Tipos de PAS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, pudiéndose prestar los siguientes:

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

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

La Convención Colectiva de Trabajo vigente firmada entre la Universidad Distrital Francisco José de Caldas y la organización sindical que representa a los trabajadores oficiales activos y a los oficiales pensionados mas los beneficiarios de ambos, establece que la universidad les reconocerá un cubrimiento del 100% de los servicios médico-odontológicos, generales, hospitalarios y especializados con sus respectivos medicamentos a todos, y en vista, que en el artículo 49 del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES, se enumeran las exclusiones del Plan Obligatorio de Salud, lo hace incompleto para brindar cubrimiento a todos los riesgos en salud de la población objeto de los beneficios.

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario Contratar la Prestación de servicios Adicionales en Salud por parte de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas, y de esta forma, dar cumplimiento a lo pactado convencionalmente.

POBLACION OBJETO

Serán beneficiarios del Plan Adicional de Servicios en Salud todos los trabajadores oficiales activos, los oficiales pensionados y los beneficiarios de ambos.

Total población 496 personas

CLASIFICACION DE LA POBLACION OBJETO SEGÚN GRUPOS ETAREOS

< 60 años 312

>60 años 184

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DE LA POBLACION. Las enfermedades crónicas degenerativas que presenta la población objeto son:

HTA

DIABETES MELLITUS

EPOC

ANGINA

OBESIDAD

ARRITMIA CARDIOVASC

ASMA

ICC

ENFERMEDADES OSTEOMUSCULARES

ENFERMEDADES DEL TIROIDES

Fuente: División de RRHH UD

OBJETO

Contratar la Prestación de servicios Adicionales en Salud por parte de la Universidad Distrital Francisco José de Caldas para los pensionados que se desempeñan como trabajadores Oficiales Activos, los pensionados que se desempeñaron como trabajadores oficiales y sus Beneficiarios de ambos de acuerdo con lo establecido en la Convención Colectiva de Trabajo vigente

PLAN DE BENEFICIOS ADICIONALES EN SALUD

Los siguientes beneficios, son los que proponemos debe contener el Plan Adicional en Salud (PAS), para dar cumplimiento a lo pactado en la Convención Colectiva de Trabajo vigente y que busca disminuir la incertidumbre frente al riesgo en salud que puede presentar cualquiera de las personas contenidas en el colectivo definido como población objeto. Este aseguramiento colectivo en salud busca garantizar tranquilidad a universidad transfiriendo este riesgo en

salud a empresas que presten estos servicios adicionales en salud frente a la incertidumbre económica que puede presentarse para la institución.

FICHA TECNICA

Teniendo en cuenta las dificultades presentadas durante los anteriores procesos licitatorios, la ejecución de los diferentes planes adicionales de salud contratados, los inconvenientes con las distintas EPS donde se encuentran afiliados los integrantes de la población objeto, las quejas, las insatisfacciones de los usuarios del PAS y la reserva presupuestal que la universidad tiene establecido para asumir esta responsabilidad convencional, se presenta para la discusión el siguiente listado de beneficios del Plan Adicional de Salud se ha ajustado según la experiencia acumulada.

Propuesta Técnica

ITEM	DETALLE
1	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho a consulta con médico bioenergético, homeopático, acupunturista y especialistas, subespecialistas y supraespecialistas en las áreas médicas y quirúrgicas, además los servicios de optometría, nutrición y psicología. La oportunidad para la prestación de lo anterior no podrá ser mayor a 48 horas.
2	Las ayudas de apoyo diagnóstico y terapéutico, según requerimiento, prescripción, o pertinencia médica, no tendrán restricción alguna, e incluyen las pruebas de laboratorio, de imagenología, de electrofisiología, terapias físicas, respiratorias, del lenguaje, etc. y cualquier otra que sea determinada por el médico tratante como pertinente. Dichas ayudas no serán sometidas a aprobación de comité técnico científico.
3	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho a los procedimientos quirúrgicos que no se encuentran relacionados en el Anexo N° 2 del Acuerdo 29 de 2011 de la CRES cuando es ordenado por el médico tratante según pertinencia técnico-científica.
4	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho al Servicio Odontológico General y Especializado, incluyendo endodoncia, periodoncia, protodoncia, rehabilitación, cirugía estomatognática, ortodoncia funcional por mal oclusión dental o esquelética que afecte la función masticatoria, incluyendo los procedimientos y materiales sin límite en unidades de atención, así como los demás tratamientos que sean necesarios para garantizar la integral recuperación del paciente. Los planes de tratamientos definidos por el odontólogo general o especializado al momento de la valoración del paciente deberán ser cubiertos en su totalidad definiendo los tiempos de cumplimiento, los cuales deberán coincidir como máximo con la fecha de terminación del contrato.
5	La empresa responsable del Plan de Atención Complementaria entregará a cada usuario una Guía y/o Directorio actualizado con el nombre, especialidad, teléfono y dirección de los médicos, consultorios y laboratorios al servicio de los afiliados y las Instituciones prestadoras de servicios de atención en salud según niveles de complejidad donde se pueden demandar servicios de atención en salud en todos los niveles para todo el territorio tanto Distrital como Nacional. El directorio deberá contener profesionales adicionales a los adscritos a las IPS determinadas dentro del directorio como de atención a los usuarios de la universidad. Las IPS donde se puedan demandar servicios de atención en salud deberán estar ubicadas en los departamentos, municipios, y distritos en donde residan los afiliados del plan adicional de salud.
6	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho a los medicamentos no incluidos en el Anexo N° 1 del Acuerdo 29 de la CRES de 2011 sin limitación o restricción alguna, de acuerdo a lo ordenado por el médico tratante. Igualmente están incluidos los medicamentos formulados por los

	dermatólogos, los productos no considerados o reconocidos como medicamentos por el INVIMA que han sido ordenados por las distintas especialidades médicas o quirúrgicas, y los formulados por las terapias alternativas reconocidas por el Ministerio de salud y protección social. La entrega de los medicamentos se hará de forma inmediata a la presentación de la fórmula, en caso especiales no deberá superar las 24 horas para la entrega de los mismos.
7	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho al cubrimiento de todo insumo o material médico-quirúrgico, solicitados por el médico tratante según pertinencia técnico-científica.
8	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho al cubrimiento de las prótesis, órtesis, y dispositivos biomédicos necesarios según pertinencia del médico tratante.
9	El afiliado al Plan Adicional en Salud tendrá derecho a lentes y/o monturas una vez por año con un subsidio del 42% del salario mínimo convencional, los cuales serán escogidos por el afiliado de dos posibilidades que presente el Plan Adicional de Salud en su directorio de guía del usuario. Los lentes de contacto se suministrarán según orden médica.
10	Al afiliado al Plan Adicional en Salud no se le cobrarán bonos, cuotas moderadoras ni copagos en ninguna actividad, evento o procedimiento.

11	Asignación telefónica de Citas
12	Examen médico odontológico integral tipo ejecutivo con una periodicidad de seis (6) meses con un enfoque preventivo según factores de riesgo, y programa establecido por la entidad que administre el Plan Adicional en Salud por orden médica.
13	El estudio de infertilidad a la pareja ordenado por el especialista médico.
14	Suministro de productos no POS para alimentación parenteral y enteral
15	Servicio de ambulancia del domicilio o residencia a la IPS y viceversa según orden médica, intermunicipal, distrital o interdepartamental.
16	Servicios de Hospitalización en habitación individual.
17	Hospitalización en casa, ordenada por el médico tratante.
18	Cobertura del recién nacido durante los primeros treinta (30) días y su inclusión al Plan Adicional en Salud.
19	Orientación telefónica para urgencias.
20	Autorización de servicios especiales vía Fax, evitando desplazamientos.
21	El prestador del servicio del Plan Adicional en Salud, facilitará a los afiliados descuentos especiales para la prestación de servicios cosméticos, estéticos o suntuarios.
22	A efecto de reclamación de los medicamentos según fórmula médica será de siete (7) días hábiles, la dispensación de los medicamentos debe corresponder con la cantidad establecida por el médico tratante.

23	Cama de acompañante por el tiempo de la hospitalización
24	Enfermera domiciliaria según pertinencia médica
25	Ventanillas de atención preferencial para los afiliados y beneficiarios del PAS.
26	Atención urgencias con atención preferencial previa orientación de un profesional del área de la salud de la línea de Orientación de la empresa responsable de la administración del Plan Adicional en Salud
27	A cada afiliado tanto cotizante como beneficiario la empresa administradora del Plan Adicional en Salud le expedirá un carné con su nombre para efectos de identificación al demandar los servicios de atención en salud.
28	Atención preferencial en las mejores IPS del territorio nacional. Para el caso de Bogotá D.C. se debe incluir como IPS entre otras: Clínicas Country, Fundación Santa Fe, Clínica Shaio, Clínica Nueva, Clínica Marly, Clínica Palermo, Clínica de la Mujer, Fundación Roosevelt, Clínica del Bosque, Fundación Cardioinfantil, Clínica Teletón, clínica de occidente.
29	Actividades de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad según actividades programadas para los afiliados al presente plan.
30	Inmunización con aquellos biológicos no incluidos dentro del PAI pero ordenados según pertinencia médica, o riesgo epidemiológico.

La Oferta y la Demanda en Salud al orden del día

"La revolución no pasa por la universidad, y esto hay que entenderlo, la revolución pasa por las grandes masas, la revolución la hacen los pueblos, la revolución la hacen, esencialmente, los trabajadores".
Homenaje al Médico Salvador Allende

Las decisiones políticas siempre estarán orientadas a la defensa de ciertos intereses, o de las mayorías, o de las minorías, o en prevalecer la rentabilidad económica sobre el beneficio social o viceversa. Cuando se antepone el símbolo peso sobre la realidad de la vida, concediéndole a los factores económicos primacía frente a otros de cualquier índole, o cuando se reducen los hechos sociales a los aspectos meramente económicos en los que los criterios de la oferta y la demanda son los únicos importantes para explicar el comportamiento económico de los procesos sociales, es cuando decimos que enfrentamos una posición ECONOMICISTA al frente de las decisiones políticas.

Esta ha sido la concepción que imprime sello a todas las decisiones que en salud se han venido promulgando en los últimos tiempos. Los maquillajes a la Ley 100 de 1993 (ley 1122 de 2007 y 1438 de 2011) solo han servido para consolidar y ajustar el Sistema y Modelo y garantizar su profundización.

Creemos que el perfil del nuevo Ministro de Salud y Protección Social encaja dentro de esta concepción. De ser así, sería ingenuo e iluso esperar algo nuevo. Ningún valor agregado se generaría para el beneficio social, las expectativas de una reforma que privilegie la defensa del derecho a la salud no tendría espacio, y el reinado de la intermediación financiera en salud continuaría su marcha: aumentarían los entierros de hospitales públicos y privados ahogados económicamente por la posición irreflexible del no pago por parte de las EPS, la calidad de la atención en salud una utopía para la mayoría de los colombianos, el paseo de la muerte con un indicador en ascenso, aquellos indicadores de interés en salud inalcanzables; las enfermedades emergentes y reemergentes con índices catastróficos, los profesionales de la salud y demás trabajadores sumidos en la pobreza, los desarrollos técnico-científicos sin llenar las mas mínimas expectativas para superar el subdesarrollo y la dependencia tecnológica, y una cuantas personas, enriquecidas con los recursos de la salud.

Nunca antes en la historia del país, se habían inyectados cuantiosos recursos a la salud, como en estos 19 años del actual Sistema y Modelo de Aseguramiento. Todos los estudios realizados para establecer cuanto de estos recursos son invertidos propiamente en la salud de los colombianos concluyen que el mayor porcentaje de ellos se escurrió al llenado del bolsillo de unos cuantos. Inicialmente se decía, que del total recibido por las EPS, solo un 15% se estaba invirtiendo en salud, y que el porcentaje podía llegar hasta un 20%, cuando se hacía uso de los servicios de hospitalización. Posteriormente, se dijo que del total de UPC recibida para garantizar el aseguramiento en salud de la

población de los afiliados, solo un 15% de dicha población consumía servicios de atención en salud, quedando pulpito como ganancia el 85% de dicha Unidad de Pago por Capacitación. Barón, en su estudio concluyó, que de los recursos recibidos solo invertían en salud un 30%, y la Misión Harvard, contratada por el Ministerio del ramo de la época, estimó que esa cifra era desbordada por la voracidad económica de las EPS. No podemos dejar pasar por alto el cobro de UPC por dobles, triples, cuádruples y quintuples afiliaciones entre e intra EPS y el cobro fraudulento de mismas por personas fallecidas (José Gregorio Hernández, "El hombre del computador", Academia Colombiana de Medicina). Y una modalidad novísima y exótica ha sido la captación fraudulenta de recursos públicos de la cuenta del Fosyga por parte de las intermediarias, lo que llevó entre otros, a la intervención de Saludcoop por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. Podemos emborronar cuartillas mencionando hechos y situaciones "inventadas" para robarse los recursos de la salud: alianza de los partidos tradicionales y los gobernantes de turno con los paramilitares en muchas zonas del país, la parafernalia montada ante la pandemia de la Influenza tipo A H1N1 y la compra del tamiflu, la inducción a la tutelitis, los sobreprecios a los medicamentos e insumos NO POS, etc.

Lo anterior es evidencia que la crisis de la salud no es por falta de recursos.

La violación flagrante al derecho a la salud por parte de las EPS, negando hasta servicios incluidos en el POS subsidiado y contributivo (57%), motivó a los demandantes de servicios de atención en salud a entablar una (1) Acción de Tutela cada tres(3) horas. Los sendos estudios llevados a cabo por la Defensoría del Pueblo son demostrativos de la anterior afirmación y confirman que el constreñimiento del acto de los profesionales de la salud es una constante en las decisiones "gerenciales" de los burócratas de turno de las EPS e IPS con el subsiguiente deterioro de la calidad de la atención.

Atención en salud "basada en la indigencia" es lo que vienen recibiendo los pobres es Colombia a un costo supremamente alto de sacrificio de los 45 millones de nuestros pobladores.

Los hospitales públicos y privados sometidos al mangoneo de los que manejan los recursos económicos, una asimetría del mercado fomentada por las regulaciones del Ministerio a partir de las decisiones que por debajo de la mesa impulsan las EPS, mantienen sumido a este actor en la más profunda crisis poniendo en riesgo la viabilidad financiera de dichas instituciones. A corte diciembre de 2011, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas denunció que la deuda a dichas IPS por parte de las EPS y el estado colombiano (Fosyga, secretarías de salud, aseguradoras, otros) se aproximaba a los \$ 4 billones de pesos.

Los profesionales de la salud fueron convertidos en operarios de un mercado creado con ánimo de lucro, impactando negativamente las más mínimas reivindicaciones laborales del trabajador de la salud quien ha venido sufriendo en carne propia la perversidad de este modelo.

Toca ajustar lo atinente al recurso humano de la salud, en cuanto al tratamiento que económicamente debemos justamente percibir, como producto de nuestra actividad laboral. Es menester tener en cuenta que si quien presta el servicio, lo realiza en condiciones infraestructurales antitéticas, recibe un mal trato salarialmente y no se le garantiza una adecuada educación médica continuada, el resultado de la atención va a tener deficiencias. Hay malestar por la mala remuneración e inseguridad en el ejercicio profesional por condiciones laborales antitéticas y por la pérdida de la dignidad profesional.

La concepción neoliberal, responsable del actual sistema y modelo, no va a resolver la actual crisis de la salud. Solo una concepción socialdemócrata en la búsqueda de la justicia social, la equidad, la solidaridad, la dignidad humana, la democracia y el progresismo podrá dar respuesta efectiva a las expectativas de los 45 millones de colombianos.

Se requiere una reforma estructural al actual modelo, construido colectivamente con el liderazgo de un movimiento amplio y plural que lleve a cargo democráticamente dicha reforma sanitaria y donde el derecho a la salud sea su razón de ser.

La intermediación financiera debe desaparecer por no aportar valor agregado alguno al modelo, los recursos deben ser centralizados para garantizar su preservación, su eficiencia y eficacia y la estrategia de la Atención Primaria de la Salud guiar nuestro accionar.

Cuando los costos de una decisión política que después de 19 años, 9 meses de aplicada ha excedido a los resultados, no puede seguirsele impidiendo a los colombianos el disfrute de un sistema y modelo por fuera de la concepción neoliberal.

Alberto Mendoza M.D.
Pensador Social
Profesional Especializado
Nodo de Salud Movimiento Progresista

Bogotá, D.C Septiembre 11 de 2012

GRUPOS ETAREOS

menores de 1 AÑO	1
de 1-4	5
de 5-14	40
de 15-18 hombres	19
de 15-18 Mujeres	19
de 19-44 hombres	28
de 19-44 mujeres	49
de 45-49	35
de 50-54	47
de 55-59	63
de 60-64	57
de 65-69	50
de 70-74	29
mayor o igual a 75	56
	498
mayores de 60	306
menores de 60	192
	498



UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS
 FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS

UNIVERSIDAD DISTRITAL FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS 04-10-2012 09:11:39
 al Contestar Cite este Nro.: 2012IE32285 O 1 Foi: 1 Ane: 0
 Página: 33 de 90 DIVISION DE RECURSOS HUMANOS RANGEL ROA EUSEBIO ANTONIO
 Distinguido DIRECTORIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA VERGARA
 OFICINA DE MANDADO PLAN DE SALUD

2655

DIVISION RECURSOS HUMANOS

Bogotá D.C. 3 octubre de 2012

Doctor
 ROBERTO VERGARA PORTELA
 Vicerrector Administrativo y Financiero
 Ciudad

Asunto: Estudio de mercado Plan de salud para Trabajadores y Pensionados
 convencionados

Atentamente, me permito comunicarle que el actual contrato No. 133 de salud con la EPS
 Compensar suma según grupos etáreos menores de 60 y mayores de 60 años así:

RANGO	No. De usuarios	valor unitario	Total
menores de 60	306	282.365	86.403.690
mayores de 60	192	487.394	93.579.648
Totales	498	769.759	179.983.338

Los valores presentados en el cuadro anterior, se les debe aplicar el IPC 2013 proyectado,
 y el índice de siniestralidad.

Agradezco su amable atención.

Cordialmente,

EUSEBIO ANTONIO RANGEL ROA
 Jefe Division Recursos Humanos

c.c. consecutivo
 Preparó MN Fernández

5352