



Bogotá D.C., 20 de enero de 2014



12:09

HONORABLES MAGISTRADOS
JORGE IVÁN PALACIO
MAURICIO GONZÁLEZ CUERVO
GABRIEL EDUARDO MENDOZA MARTELO
 Sala Especial de Seguimiento. Sentencia T-760/08
 CORTE CONSTITUCIONAL
 Ciudad

Ref. Respuesta Oficio No OPTB-499/2013

Seguimiento a la orden vigésima de la Sentencia T-760 de 2008. Traslado a los grupos de seguimiento del Ranking. Expediente T-1.281.247 Acción de tutela instaurada por Luz Mary Osorio Palacio contra Salud Colpatria y otros.

Honorables Magistrados:

La H. Corte Constitucional en el numeral 2º del Auto 278 de 2013 proferido por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 dispuso a los Grupos de Seguimiento presentar observaciones y dar respuesta a los interrogantes planteados en el numeral 8 del mismo auto, dentro de los 20 días hábiles siguientes al recibo de los documentos por correo electrónico.

En tal sentido, las entidades firmantes ACEMI, ASOCAJAS y GESTARSALUD con base en los documentos aportados por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público frente al cumplimiento de los Autos 261 y 262 de 2012, nos permitimos dar respuesta a los interrogantes planteados, dentro del término señalado en el citado proveído.

[Handwritten signature]



Las preguntas a responder y justificar son las siguientes:

1. ¿El sistema de información con el que cuenta el sector salud^[1], permite el control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el Sistema General de Seguridad Social en Salud por parte del Ministerio del ramo, de manera que éste pueda elaborar la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC en los dos regímenes?

En atención a su pregunta, consideramos que el sistema de información con el que cuenta el sector salud NO permite el control sobre los diferentes escenarios en que se desenvuelve el Sistema General de Seguridad Social en Salud hoy, toda vez que el Sistema de información debería estar en capacidad de recolectar, procesar y reportar todas las actividades desarrolladas en el Sector, en oportunidad, con calidad y eficiencia que aseguren una información en tiempo real y en línea, con los criterios y condiciones de seguridad y confidencialidad de la información requerida para realizar una mejor gestión en el análisis, estudios y evaluaciones originada en información y datos confiables.

Debilidades y hallazgos de las fuentes de información

La elaboración de la metodología apropiada para establecer la suficiencia de la UPC en los dos regímenes, requiere asegurar desde las fuentes de información, la entrega de datos con calidad y oportunidad, que sirvan para el análisis y toma de decisiones con altos niveles de confiabilidad, condición que hoy no cumple el Sistema de Información del Ministerio, tomado como referencia para la construcción de la metodología y el cálculo de suficiencia de la UPC.

En tal sentido, es preciso definir la responsabilidad y cumplimiento de cada uno de los actores (fuentes de información) que intervienen en este proceso, como elemento esencial y fundamental para la captura, recolección, reporte y análisis de la información.

Consideramos que el país más que tener un sistema de información estructurado cuenta con fuentes de información, ya que un buen sistema de información debería establecer una adecuada conexión entre el sector salud y otros sectores involucrados de la estructura económica y social, manteniendo información actualizada en interconectada para ser usada en la toma de decisiones. Después de veinte años de la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, Colombia adolece de un sistema de información robusto que centralice la información del sector, que contribuya a la toma de decisiones de política pública frente a las distintas fases de la atención: educación, información, fomento de la salud y la prevención, diagnóstico,

2
[Handwritten signature]



tratamiento y rehabilitación, que registre y garantice la trazabilidad de los datos en cuanto a volúmenes de operación, oportunidad, calidad y eficiencia.

Desde la Ley 100 de 1993, la información como tal formó parte de sus principios y a lo largo de estos 18 años ha tenido múltiples normas que han tratado de regularlo e incluso de fortalecerlo (Decreto 1011 del 2006 que junto con la Resolución 1446 estableció la información necesaria para el Sistema de Garantía de Calidad; el Decreto 3518 del 2006 sobre Vigilancia Epidemiológica; y la Ley 1438 del 2011). Es así como en el Plan de Desarrollo 2006-2010 se establece la formulación de un Plan Nacional de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC), para promover el aprovechamiento de las tecnologías, el desarrollo de las infraestructura necesaria y los mecanismos de apropiación de la misma. Adicionalmente el plan contempla como meta en el 2019 todos los colombianos estarán conectados e informados, haciendo un uso eficiente y productivo de las TIC. En salud plantea alcanzar altos niveles de calidad y de cobertura a través del desarrollo de programas de telemedicina y de una infraestructura tecnológica denominada Sistema Integrado de Protección Social (SISPRO) constituido por el Registro único de afiliados (RUIAF), La Planilla Integrada de Aportes (PIA), El Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED), Cuentas Maestras, Registro de personas con Discapacidad, Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), Vacunación, Sistema de Gestión de Hospitales Públicos (SIHO) y Registro Especial de Prestadores (REPS)

Reconocemos que hay una gran complejidad de las interacciones y flujos de información que se da entre los actores, como lo muestra la Figura 1.

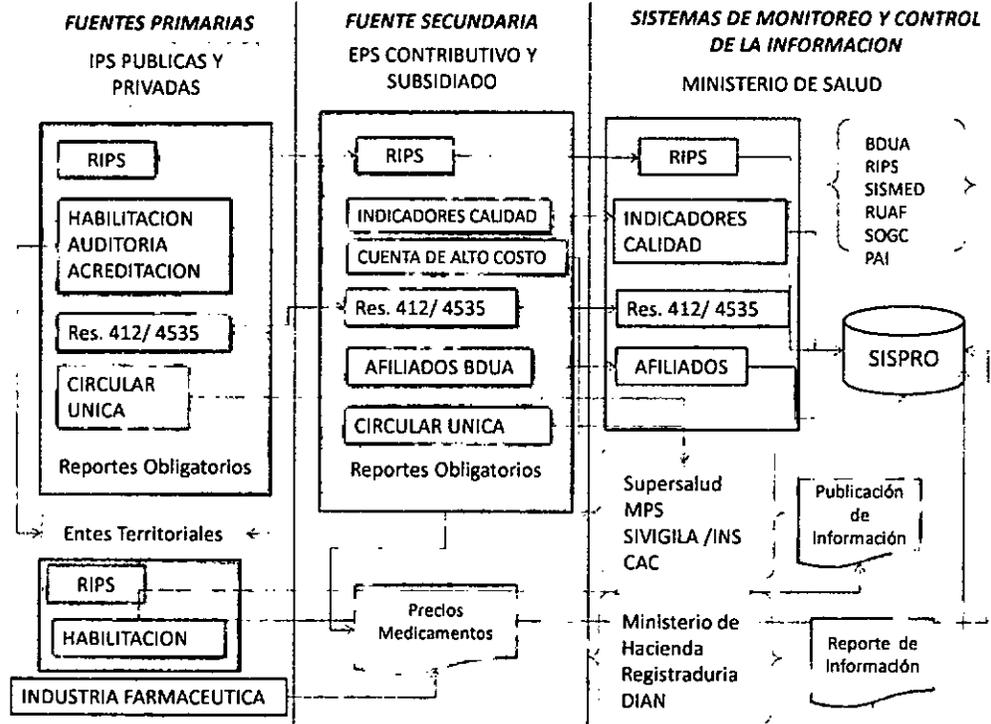
Como se observa en la siguiente gráfico, existen fuentes de información primarias y secundarias, de tal forma que si las entidades responsables de suministrar, reportar y consolidar información desde fuente primaria, no reportan la información requerida o la información que reportan carece de calidad y oportunidad, será muy difícil que el Sistema de Información de Salud en Colombia, cuente con datos, estadísticas e información robusta, segura y oportuna, para la toma de decisiones¹.

¹Un análisis de la complejidad del sistema de información del sistema de salud en Colombia es presentado por la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes. Autores Oscar Bernal Acevedo y Juan Camilo Forero Camacho

3
Clari



FIGURA 1. ESQUEMA DE FLUJO DE INFORMACIÓN SISTEMAS DE INFORMACION DE SALUD EN COLOMBIA



Fuente. Elaboración Gestarsalud

Pese al marco jurídico y de desarrollo, el Sistema de Información en Salud en Colombia no ha cumplido su objetivo debido principalmente a los siguientes factores:

En general

- Debilidad Institucional para hacer cumplir lo que está escrito en las normas.
- Sistemas de información independientes entre los actores públicos y privados, no integrados y no compatibles entre sí.
- Falta de infraestructura tecnológica en áreas rurales.
- Cada uno de los Componentes del SISPRO cuenta con una estructura de reporte y consolidación diferente.
- Indicadores múltiples y repetidos en muchas ocasiones.

Handwritten signature or mark at the bottom right corner.



- La ausencia de una Historia Clínica Digitalizada y la deficiencia en el registro de actividades realizadas impiden la evaluación de los Programas Clínicos de los diferentes actores
- La falta de una cultura de análisis, de intercambio y de interacción entre los diferentes actores del Sistema, lleva a una sensación de inutilidad de la información y por ende escasa inversión de recursos en el Desarrollo del Sistema de Información.
- No existe inversión en tecnologías de la información por parte del Gobierno Nacional, departamental y/o local, que permita fortalecer los sistemas de información de los Hospitales públicos, que son fuente primaria de los datos requeridos para el desarrollo de los estudios de suficiencia y cálculo de la UPC.
- Pese a que existen las normas que regulan la oportunidad y definen las condiciones de reporte de la información, existe una gran debilidad institucional para exigir el control y asegurar el cumplimiento del reporte de la información, lo que deja entrever un proteccionismo a la Red pública.
- Se requiere una Política de fortalecimiento tecnológico que obligue a estas entidades y a todos los prestadores de servicios de salud como fuente primaria de los datos a recolectar, reportar y entregar la información en las condiciones requeridas, garantizando así que aquella entidad que no cumpla con el reporte de información en las condiciones requeridas, no se autorice o se acredite para la prestación de servicios de salud en el Sistema General de Seguridad social en salud.
- Igual que con la información de Salud, la información administrativa necesaria para asegurar y prestar servicios es confusa, de baja cobertura y calidad. Esto impacta principalmente los aspectos financieros del sistema como son la compensación de afiliados, los recobros de los servicios NO POS y la determinación del monto de la prima por afiliado o UPC. Se puede tener una buena metodología actuarial para el cálculo de la UPC pero si se aplica sobre una información de baja cobertura y calidad el resultado no es bueno. Hay problemas en las bases de datos para el cálculo de los ingresos así como de los costos.

En relación con la información necesaria para UPC

- En los análisis de suficiencia de la UPC intervienen bases de datos relacionadas con la afiliación (BDUA - Base de Datos Única de Afiliados y SISBEN - Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios), los pagos de cotizaciones y los registros de prestaciones de servicios de salud efectivamente prestados a los afiliados de los dos regímenes, principalmente. Estas a su vez están relacionadas con otras que incluso administran otras autoridades gubernamentales con las cuales se realizan verificaciones como la de identificación que administra la Registraduría Nacional del Estado Civil, la de estudiantes que administra el



- Ministerio de Educación, la de recaudo que se alimenta de información de los empleadores y del sistema bancario, entre otras.
- La fuente de información con la cual el Ministerio pretende hacer análisis del gasto en prestaciones de servicios de salud para la definición de la UPC es el registro individual de prestaciones en salud - RIPS, entendido como el conjunto mínimo de datos que se requieren para hacer seguimiento al Sistema de Prestaciones de Salud en el SGSSS, en relación con el paquete obligatorio de servicios (POS y POSS), según lo establecido en la norma que regula el Sistema de Información de Prestaciones de Salud, Resolución N° 3374 del año 2000.
 - A pesar que este registro es de obligatoria adopción por todas las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud, su cobertura y calidad son bajas. Se han identificado grandes falencias tanto en la calidad del registro primario como en la utilización para la gestión de IPS y EPS del RIPS lo cual muestra la necesidad de mejorar la calidad, oportunidad y confiabilidad de los datos que se reportan para que contribuyan a la toma de decisiones en condiciones de mayor certidumbre. Aunque se han formulado programas de asistencia técnica del MS a las EPS, entidades territoriales y a las IPS, como lo menciona el Ministerio en su respuesta al Auto del 5 de junio de 2013, el RIPS todavía no puede ser el soporte de la BD de servicios con la cual se hace el estudio de suficiencia de la UPC, especialmente crítico en el régimen subsidiado por las falencias en los sistemas de información de la red pública de servicios.
 - Incluso muchas de las EPS también han desarrollado programas de asistencia técnica a la red de prestadores sin mayores resultados. Recientemente varias EPS del régimen subsidiado han invertido un gran potencial de horas - hombre en asistencia técnica a los prestadores públicos y en la generación o mejoramiento de herramientas tecnológicas que les facilite el cargue, la validación y el ajuste de los RIPS, previo a la radicación de las cuentas, pero razones como alta rotación del recurso humano y decisiones institucionales no han permitido mayores avances en este aspecto.
 - El Ministerio de Salud en la respuesta a la Corte aduce tener más de 268 millones de registros de RIPS en el SISPRO de los cuales 183 millones corresponden a servicios prestados en el 2012. Sobre este dato no es posible calificar si es bueno o no en tanto no se tiene una estimación de cuanto es el universo para poder concluir sobre la completitud del RIPS. Tampoco nos dice nada sobre la calidad de los datos incluidos. La completitud y la calidad parece no ser la adecuada porque el mismo Ministerio plantea recomendaciones para fortalecer el RIPS en el estudio de suficiencia de la UPC que se utilizó de base para la UPC pagada en el año 2013.
 - La baja cobertura y calidad de la información hace que las estimaciones del costo esperado de los eventos futuros para la definición de la UPC estén subestimados y parecieran concluir que se está pagando un ingreso mayor al requerido para financiar adecuadamente el valor de los servicios efectivamente prestados, cuando



la realidad financiera del sector y de las entidades está mostrando déficit importantes que empiezan a afectar la prestación de servicios a los usuarios.

- Las deficiencias observadas en los sistemas de información que se relacionan con la prestación de servicios de salud son conocidas y aceptadas por el Ministerio de Salud pero a la hora de estimar la UPC no son tenidas en cuenta para realizar los ajustes técnicos que reconozcan la subestimación generada en el costo de prestación de servicios por las deficiencias en la información de soporte.

2. En caso de que la respuesta anterior sea negativa, ¿cuáles son las características básicas que debe tener el sistema de información para que se cumpla con el objetivo indicado y por qué el expuesto por los Ministerios de Salud y Protección Social y de Hacienda y Crédito Público no las reúne?

Los procesos de toma de decisiones en salud requieren de una gran cantidad de información confiable de costos, utilizaciones, características de los afiliados y del contexto donde ellos habitan. Para lograr lo anterior se plantean las siguientes alternativas tendientes al fortalecimiento del sistema de información.

En nuestro criterio, las características básicas que debe tener el sistema de información para que se cumpla con el objetivo indicado son:

- a. Integridad de la información, garantizando contar con información completa.
- b. Integralidad de la información con otros sectores de la economía.
- c. Validación de información que permita disponer de datos confiables. En este sentido se deben realizar auditorías previas a las bases de datos que se utilizan para el cálculo de la UPC de tal manera que se garantice la veracidad de la información.
- d. Coherencia entre los servicios prestados con la codificación de los procedimientos, medicamentos, dispositivos, y la relación entre las prestaciones y los cobros al sistema, entre otros aspectos.
- e. Estandarización de códigos y de parámetros que cumpla con definiciones y criterios internacionales.
- f. Igualmente, si no se cuenta con una buena parametrización, definición clara de los datos a monitorear y sistematizar, así como la codificación pertinente de los procedimientos, actividades y servicios, es posible que la información que se reporte no sirva al momento de realizar los cruces de información, toda vez que, si los servicios están mal parametrizados o no se define con precisión el alcance del procedimiento, se pueden omitir características vitales para el análisis, control y la toma de decisiones.



- g. Oportunidad y disponibilidad de la información cuando requiera utilizarse.
 - h. Confidencialidad y trazabilidad del dato, contemplando la nueva Ley de Habeas Data
 - i. Estandarización de procedimientos que unifiquen el lenguaje de captura, procesamiento y análisis de los datos.
- Siendo el registro individual de prestaciones de servicios - RIPS, la principal fuente de información utilizada para determinar las frecuencias de uso y gastos en salud, utilizados en el estudio de suficiencia de la UPC y definición de la prima de riesgo, sin que ello signifique que esta sea la única variable para estimar el valor de la UPC, ni el idóneo, se debe avanzar en la actualización de la estructura del RIPS que permita contar con toda la información de prestaciones de salud, y se disponga de una codificación completa de los procedimientos, medicamentos y dispositivos médicos.
 - Adopción de medidas por Parte del Estado que incentiven el desarrollo y utilización de los Sistemas de Información por parte de todos los prestadores y proveedores de servicios de salud. Tres serían los incentivos a desarrollar.
 - a. Implementación de subsidios económicos que permitan fortalecer la infraestructura tecnológica, apoyo técnico y capacitación en las IPS (hospitales, clínicas, centros y puestos de salud) y áreas rurales.
 - b. Fortalecimiento de los entes de control que le permitan hacer cumplir la legislación existente
 - c. Medidas persuasivas positivas o negativas. Las primeras serían dar reconocimiento a las que cumplen objetivos y las segundas serían retenciones del pago si no cumplen los mismos. La regulación actual delega a las EPS como las únicas responsables en proveer la información, conociendo de antemano que la fuente primaria de la información, la tienen las instituciones de prestación de servicios de salud (IPS) quienes en el caso del régimen subsidiado, son en más de un 60% hospitales públicos, que a veces no cuentan con los sistemas, procesos y personal idóneo para el reporte de esta información en las condiciones que la norma lo establece.
 - Articular los diferentes actores a través de reconocer sus necesidades de mejoramiento de información y lograr así una estandarización de reportes que garanticen la integración y confiabilidad de la información. Por ejemplo, el mejoramiento de la Base de datos de la Registraduría con la actualización oportuna de los registros de nacidos vivos y defunciones es necesaria para lograr la adecuada



validación de los derechos de los afiliados, de los ingresos de las EPS y de las atenciones oportunas a los afiliados.

- Establecer estándares de sistematización (en software) para que sean cumplidos por todos los actores.
- Establecer la obligatoriedad de la digitalización de las historias clínicas.
- Consideramos que la metodología de estimación de la UPC del Ministerio es apropiada, pero se aplica con información de baja cobertura y calidad que no reconoce todos los posibles gastos en que debe incurrir por mandato legal las EPS. El proceso de selección de información presenta oportunidades de ser mejoradas y precisadas, con el objetivo de hacer uso de la mayor cantidad de información posible con el menor subregistro posible, con criterios de calidad que sean razonables y den confiabilidad a los resultados, siempre teniendo en cuenta que se requieren ajustes para superar las limitaciones que tienen los datos para reflejar la realidad. La solicitud de información debe considerar todas las variables posibles de gasto que hoy no son consideradas.

Es importante mencionar que ACEMI contrató en el 2010 un estudio con el Departamento de Matemáticas de la Universidad Nacional, el cual se anexa a la presente comunicación. El informe hace comentarios a las metodologías utilizadas por la CRES y el Ministerio de Protección Social (hoy de salud y Protección Social) y planteó recomendaciones sobre cómo mejorar el cálculo de la UPC. Algunos de los comentarios son incluidos en la respuesta a la pregunta 3 siguiente.

En cuanto al Sistema Integrado de Información Financiera - SIIF Nación desarrollado por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, es bien sabido que su finalidad es la de permitir a la Nación consolidar la información financiera de las Entidades que conforman el Presupuesto General de la Nación y ejercer el control de la ejecución presupuestal y financiera de las Entidades pertenecientes a la Administración Central Nacional y sus subunidades descentralizadas, con el fin de propiciar una mayor eficiencia en el uso de los recursos de la Nación y de brindar información oportuna y confiable, sin embargo, por no ser de consulta periódica, no podríamos conceptuar al respecto.

Entendemos que este sistema no se encuentra integrado, ni en línea con el sistema de información dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.



3. ¿La metodología empleada por los entes gubernamentales fue la apropiada para establecer la suficiencia de la UPC-C y se basó en estudios que acreditaran contar con el rigorismo y la credibilidad técnica requeridas para garantizar que los servicios de salud del POS podrían prestarse con calidad y oportunidad por las EPS, garantizando, además, el equilibrio financiero para estas entidades?

A continuación presentamos nuestros comentarios al interrogante respecto de la metodología utilizada por el Ministerio de Salud y Protección Social para definir la UPC vigente para el año 2013. No obstante, consideramos importante primero precisar la importancia de una adecuada definición de la UPC en el contexto de un sistema de aseguramiento en salud, que aun considerando las diferencias de operación existentes entre los regímenes, es aplicable tanto al contributivo como al subsidiado. Así mismo, consideramos importante señalar algunos aspectos que afectan de manera negativa la suficiencia de la UPC-C y el equilibrio financiero para las EPS.

3.1. La importancia de una adecuada definición de la UPC dentro de un sistema de aseguramiento en salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS es un sistema de aseguramiento, por lo cual, no puede escapar a los principios técnicos que rigen la actividad de aseguramiento a nivel internacional y que consisten en esencia en la existencia de un riesgo que es materia de una cobertura específica que asume como responsabilidad suya el asegurador (Plan Obligatorio de Salud definido por el Estado) y la correlativa prima de seguros (Unidad de Pago por Capitación igualmente definida por el Estado) que es la contraprestación o el precio por la gestión de aseguramiento.

En este orden de ideas, es ilustrativa la conclusión a la cual llega el profesor J. Efrén Ossa en su libro "Teoría General del Seguro- La institución" al señalar que la prima como el precio del seguro "esconde un contenido económico íntimamente vinculado a su significación técnica y a su naturaleza jurídica. Porque sin ella (...) el seguro carecería de viabilidad, algo más, sería inconcebible"²

En el mismo sentido la tratadista francesa Yvonne Lambert-Faivre, expresa que "La prima - precio del seguro - representa técnicamente el valor del riesgo garantizado; jurídicamente, ella es la contrapartida de la seguridad vendida por el asegurador"³. Dicha autora enfatiza aún más que "el vocablo prima es el término genérico que

² Ossa Gómez J Efrén, "Teoría General del Seguro - La institución", Editorial TEMIS, 1988, página 49

³ Lambert-Faivre Yvonne, Droit des Assurances, Dalloz, 1985, página 193



designa la suma pagada a una empresa de seguros por la garantía de un riesgo”⁴. Opinión similar manifiesta el Catedrático español Joaquín Garrigues, quien afirma que “la prima es, económicamente, la contrapartida del riesgo”.⁵

Por último, nos permitimos destacar la opinión del profesor J. Efrén Ossa, quien luego de señalar que conforme al artículo 1045 del código de comercio, ordinal 3, la prima es el precio del seguro, concluye que “el seguro no puede concebirse técnica y económicamente” sin la prima, para añadir que “ni el respectivo contrato se concibe jurídicamente sin una contraprestación”⁶.

De lo anterior se concluye que, por su propia naturaleza, el seguro desde el punto de vista técnico, económico y jurídico requiere como elemento esencial la existencia de una prima, que como ingreso del asegurador, permita la asunción del riesgo.

Y lo anterior no tiene por qué alterarse así la operación de aseguramiento no obedezca a un contrato típico de seguros regido por el código de comercio. Lo importante es que exista una relación de aseguramiento así su origen no sea un contrato sino una relación derivada de disposiciones legales y reglamentarias como acontece en el sistema de seguridad social. Reiteramos que así la fuente no sea un típico contrato de seguros regido por el código de comercio, la relación de aseguramiento requiere la existencia de un asegurador que asuma determinado riesgo y del pago de una prima suficiente que es un ingreso propio como contraprestación de dicha función.

En otras palabras, la prima que recibe un asegurador es siempre una contraprestación que es su propio ingreso y que, por supuesto, no corresponde a una traslación de recursos a título precario. En toda operación de aseguramiento nazca o no de un contrato de seguros o de fuente legal, el asegurador recibe la prima como ingreso propio y a cambio de ello se obliga a cubrir el riesgo y el pago de las respectivas prestaciones. En este orden de ideas puede afirmarse, que desde el punto de vista legal, la naturaleza de aseguradora de las EPS lleva necesariamente a considerar la Unidad de Pago por Capitación como la prima, es decir, el precio del aseguramiento. Recordemos que la ley señala que es el ingreso de la EPS y corresponde a la suma que paga el sistema por cada uno de sus afiliados para que se cubra el riesgo de enfermedad general.

⁴ Ibidem

⁵ Garrigues Joaquín, “Contrato de seguro terrestre”, Imprenta Aguirre, 1982, página 27

⁶ Ossa Efrén, “Teoría General del Seguro – El contrato”, Editorial TEMIS, 1984, página 343

11
[Handwritten signature]



En consecuencia si la EPS es una aseguradora la UPC no puede ser nada distinto de una prima de seguros, la cual, para que resulte suficiente, se debe calcular utilizando la técnica propia de los seguros. En este sentido resulta apropiado recordar lo que señala Broseta Pont, citado por el profesor Hernán Fabio López en su texto "Comentarios al Contrato de Seguro", cuando señala que "las primas que deben satisfacer los asegurados deben estar calculadas de forma que con su importe sea posible atender, como mínimo, el grado de probabilidad de la producción del riesgo cubierto según su naturaleza y otras circunstancias. Lo cual se comprende pensando que con parte de las primas percibidas por los aseguradores se han de formar las reservas técnicas con cargo a las que se habrán de indemnizar los daños y se habrá de subvenir a las necesidades provocadas por los siniestros. De no ser así podría ocurrir que estos no pudieran indemnizarse"⁷.

De lo anterior se deduce que una UPC indebidamente calculada por parte del Estado, impide la satisfacción de las necesidades en salud de la población, y de esta manera, restringe el goce efectivo del derecho a la salud.

3.2. Comentarios sobre la metodología empleada por el Ministerio de Salud para establecer la suficiencia de la UPC

Análisis de suficiencia de la UPC:

La toma de decisiones con respecto al cálculo de la UPC se ha hecho con base en el estudio de suficiencia de la UPC que elabora el Ministerio de de Salud desde hace varios años los cuales en general utilizan la misma metodología en sus aspectos técnicos, aunque con el paso del tiempo le han agregado análisis adicionales. Así mismo el Gobierno contó con sendos estudios contratados por la Comisión Reguladora en Salud (CRES) con el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID) de la Universidad Nacional. Por último, aunque se conoce que el Ministerio de Hacienda dispone de un modelo de evaluación propio sobre este no se conocen documentos sobre los cuales se pueda hacer algún análisis.

El estudio de suficiencia de la UPC es un insumo para el cálculo de la UPC el cual evalúa la experiencia real (no estimada) del comportamiento de la utilización de servicios de salud entre los afiliados, de los costos de su prestación y del número real de afiliados asegurados y con derecho a recibir servicios para cada uno de los regímenes. A partir de esa información histórica se estima cuál es la probabilidad futura de uso de los servicios tomando en consideración variables adicionales como el comportamiento del tamaño de la población por edades, el comportamiento histórico

⁷ López Blanco Hernán Fabio. "Comentarios al Contrato de Seguro", editorial Dupre Editores, 2004, páginas 98 y 99.



de los precios en el sector, el impacto del crecimiento de la tecnología médica, de servicios y medicamentos, entre otras variables. Esta segunda parte es la que requiere análisis actuariales porque son estimaciones del costo probable de atención a partir de información histórica del tipo de riesgos (enfermedades que pueden generarse) y de los consumos de servicios a ellos asociadas.

Tratamiento de los datos utilizados:

Los comentarios que se presentan a continuación se relacionan con el tratamiento de los datos de base para el estudio histórico y de otras variables de gasto que no se consideran y que es necesario incluir para obtener al final todos los costos en que deben incurrir las EPS para la garantía de prestación del POS.

- **Problemas de la Información de base utilizada para evaluar la suficiencia**

En general el proceso de tarificación en seguros requiere contar con información apropiada. Sin embargo, para que un estudio suficiencia de la prima como el que se lleva a cabo para definir la UPC arroje resultados adecuados, es importante saber interpretar la compleja operación del sector saludy darle el manejo adecuado a la información disponible.

Es importante tener en cuenta que la información utilizada como base para la determinación de costos, debe ser consistente con la población y beneficios para la cual serán aplicadas las primas que se determinen. En caso contrario corresponde hacer un ajuste a la información base para adecuarla a la población y/o prestaciones correspondientes, y aprovechar de la mejor manera las fuentes de información disponibles, a pesar de las limitaciones de calidad y cantidad que puedan tener. Inevitablemente, no siempre se tiene la información deseable para este tipo de estimaciones, no obstante, en lo posible, estas limitaciones de la información deben ser subsanadas con el fin de obtener mejores resultados. Para eso existen metodologías basadas en la técnica estadística y poblacional que permiten tener en cuenta los problemas de subestimación de la información disponible de tal manera que en el cálculo de probabilidades se obtenga el mínimo error.

Para efectos del estudio de la suficiencia de la UPC el Ministerio de Salud ha establecido una solicitud de información detallada por usuario y servicios que empezó a aplicar con los datos de servicios de 2004 para la definición de la UPC de 2006. Antes de este año la información que se usaba era agregada a nivel de códigos MAPIPOS y no por persona.



A través de los años la solicitud se ha ido estandarizando para aclarar el alcance del dato teniendo en cuenta que no existe un único sistema de información en las entidades y que cada EPS e IPS puede registrar los servicios de manera diferente. A pesar de este mejoramiento la base de datos aún no puede tenerse al nivel ideal de desagregación que se solicita y cada EPS puede enviar la información en diferente nivel de agregación, total o parcial, en un mismo año e incluso variar de agregación de un año a otro. Todo depende de la forma como los datos son entregados por las IPS que son la fuente primaria de los datos. Esto dificulta el análisis transversal y horizontal de la información sobre frecuencias de utilización y la comparación entre diferentes EPS.

Se presentan tres niveles de análisis de información que pueden resultar en una subestimación del gasto base para la estimación de los costos futuros de servicios de salud que se financian con la UPC. Ellos son:

- a. La base de datos de servicios enviada por las EPS no incluye el gasto total incurrido y certificado en la contabilidad.
- b. Las validaciones de calidad de la información sin distingo elimina el gasto que se reportó con errores
- c. No se puede tener el desagregado total de todos los servicios lo cual subestima las frecuencias de utilización y los costos esperados de servicios específicos.

La primera causa de subestimación tiene que ver con el déficit de cobertura del reporte. Las EPS tienen grandes dificultades para reportar en una base de datos el detalle del 100% del gasto incurrido que está debidamente soportado en la contabilidad. Este gasto lo deben reportar en un formato llamado "formato de cobertura" establecido por el Ministerio. En él las EPS declaran cuál es el 100% del gasto incurrido en el periodo y así mismo lo comparan con el gasto que ellas pueden enviar en la base de datos. Lo que dice el formato es el monto del gasto en servicios de salud realmente causado, certificado por revisor fiscal, y el monto que pudo ser reportado en la base de datos detallada, dependiendo del nivel de desagregación de la información que deben remitirle las IPS. La diferencia es el subregistro de la base de datos de servicios. El Ministerio de salud utiliza como base de sus cálculos de suficiencia de la UPC el valor de la base de datos y no el 100% del reportado por las EPS en el formato de cobertura. De entrada esta desconociendo una parte del gasto incurrido que no pudo ser informado en las bases de datos, por causas ajenas a las EPS, pero que si fue causado.

Es necesario recordar que la UPC es una prima de seguros que se calcula con el costo esperado de los servicios que tienen una probabilidad alta de ocurrencia. Esas



probabilidades se estiman con información histórica de utilizaciones y costos observados con dos años de antelación. Por lo anterior, si no se considera el gasto total realmente incurrido se está subestimando una parte del gasto que tiene una alta probabilidad de ocurrencia futura, además de que la metodología no contempla dentro del cálculo las actividades esperadas de acuerdo con la probabilidad de que se concreten los riesgos identificados los cuales exigen la prestación de unos servicios o actividades de acuerdo con guías de atención clínica aceptadas.

Considerar de entrada sólo el monto que pudo ser reportado en forma detallada en la base de datos implica ya una subvaloración del monto del gasto con el cual se va a calcular posteriormente la prima que se va a pagar.

El problema de la completitud del reporte de prestaciones en el régimen subsidiado se debe a las deficiencias históricas de los sistemas de información de la red pública. Como el régimen subsidiado está obligado a contratar con esta red por el sistema de capitación las IPS no tienen ni la infraestructura ni el incentivo para enviar la información detallada de servicios a la EPSS para que esta se la envíe al Ministerio de Salud, problemática asociada a la ausencia de una política de fortalecimiento en infraestructura tecnológica de la oferta pública hospitalaria, debilidades de los organismos de control frente a estas entidades, que en últimas se traduce en proteccionismo a la red pública.

Para ejemplificar el problema de la completitud de la información reportada en el régimen subsidiado se presenta la forma como es tratada la información de los contratos por capitación a que están obligadas la EPSS. En estos contratos por cada afiliado la EPSS debe pagar a la red pública un porcentaje fijo, supongamos el 45% para que el hospital (\$45 de cada \$100) preste todas las consulta, suministre todos los medicamentos y realice todos los procedimientos que necesite el afiliado. La factura que el prestador envía a la EPS solo tiene este valor. No reporta el detalle de las atenciones que efectivamente le prestó a los afiliados de la EPSS con la cual tiene contrato. Debería haber enviado anexo el RIPS pero no se envía o se envía con un subregistro muy amplio. Si la IPS envía con subregistro la información de servicios (supongamos servicios por valor de \$20) la metodología considera como base para estimar el costo del POSS solo los \$20 y no los \$45 que pago la EPSS en la cápita. Muy seguramente el hospital si prestó servicios por valor equivalente a los \$45 pero no pudo reportarlos en el RIPS.

Como la información de utilizaciones y costo histórico es la que se utiliza para estimar el costo futuro, de entrada si sólo se toma la información de utilizaciones efectivamente reportadas por las IPS, así sean valoradas a tarifas SOAT (en los contratos por captación la EPSS debe enviar la información de utilizaciones de



servicios pero no está obligada a mandar tarifas), la proyección del costo futuro va a ser inadecuada y no va a reflejar el costo real de prestación de servicios del POS. La metodología debía considerar de entrada el valor de la cápita que exige el hospital público a la EPS porque ese es el costo real que debe pagar la EPSS con cargo a la UPC de ese régimen.

La segunda causa de subestimación de la información surge de la aplicación de los criterios de validación sin que se apliquen métodos estadísticos que permitan ajustar los problemas de subregistro que ellos pueden generar. El resultado de la aplicación de la malla validadora es que sólo entra en el estudio aquellas fuentes que tienen toda la información de rigor.

Las validaciones de calidad planteadas por el Ministerio se aplican de manera restrictiva, es decir que por cualquier campo que se encuentre mal, el registro se elimina, sin tener en cuenta que algunos campos tienen mayor importancia en el análisis de gasto que otros. En estos casos, por ejemplo los registros podrían marcarse pero no eliminarse lo que permitiría hacer un mayor uso de los registros y sólo excluirlos para lo que su calidad no permita análisis. Por ejemplo, si algunos registros de urgencias, no se clasificaron en dicho ámbito, el registro sigue siendo una consulta que sucedió e incluirlo no tiene implicaciones en el análisis, pues se puede reclasificar el ámbito de acuerdo con el criterio de quien quiera revisar la información. Otro ejemplo, si un código de prestador no cruza con la tabla de referencia, no debería eliminarse el registro, pues la consulta ocurrió. Dependiendo de los criterios se deben establecer diferentes métodos de ajuste, sin perjuicio de que de la aplicación de algunos de ellos evidentemente se elimine el registro.

Para la construcción de la base de datos las EPS tienen que utilizar distintas bases de datos además del RIPS. Entre las más usadas se puede mencionar principalmente las de facturación la cual dependiendo del tipo de modalidad de contratación de servicios pueden tener más o menos información del detalle de los servicios facturados. Para medicamentos el RIPS no es adecuado por lo que la información se obtiene del SISMED, que a su vez adolece de grandes deficiencias o de sistemas de información propios.

Uno de los problemas que se presenta al construir la base de datos tiene que ver con las diferentes codificaciones para los servicios. Los prestadores no manejan en sus procesos de facturación, principal fuente de información, una codificación homogénea. En la práctica, se utiliza además de la codificación CUPS, otras codificaciones como SOAT, MAPIPOS y codificaciones propias de cada IPS, lo cual conlleva a que las EPS estén obligadas a efectuar homologaciones entre los diferentes tipos de codificación, con las consecuentes inconsistencias. Así mismo, señala que se presentan dificultades al momento de reportar aquellas actividades realizadas que no



tienen código CUPS asignado. En medicamentos tampoco es usual la codificación CUMS y en la factura hospitalaria generalmente el consumo de medicamentos va agregado. Una de las validaciones tiene que ver con los costos pagados por un procedimiento o un servicio prestado a un usuario según la cual se identifican aquellos cuyo costo sobrepasa algún límite "razonable". Estos son enviados para explicación a las EPS y se eliminan aquellos sobre los cuales la EPS no envió explicación o está no fue satisfactoria a consideración de los analistas. Sobre este tema es importante mencionar que las variaciones de los costos pueden ser válidas e incluso se presentan dentro de una misma institución prestadora de Servicios (IPS), una Empresa Promotora de Salud (EPS) y un grupo de pacientes con la misma edad pero con diferentes diagnósticos asociados o complicaciones. Por ejemplo, tres pacientes (A, B y C) de 40 años que consultan por dolor abdominal de 8 horas de evolución a quienes se les diagnostica apendicitis pueden tener diferencia en los costos de los servicios que se prestan en una misma IPS.

El paciente A es una persona sana sin otras enfermedades asociadas y cuyo procedimiento no presentó complicaciones y el cual tuvo un costo promedio de \$963.000, el paciente B es una persona con diagnóstico previo de diabetes mellitus controlada y con buena adherencia a su tratamiento en quien el costo se incrementa un poco más por su condición previa pero al igual que el anterior, el procedimiento no presentó complicaciones y el costo promedio fue de \$2.000.000. Por otro lado el paciente C padece diabetes mellitus pero en este caso no controlada y al ser llevado al procedimiento presenta una serie de complicaciones las cuales son derivadas de su enfermedad previa y aumentan el tiempo de hospitalización y los servicios consumidos durante la estancia alcanzando costos superiores a los \$40.000.000 si llega a requerir UCI u otros procedimientos de alto costo.

Esta variabilidad en los costos de los servicios no solo es un fenómeno que se presenta en Colombia. Esto sucede en todos los países y algunos ya han venido implementando estrategias para poder regular esta variabilidad y ajustar los pagos según los riesgos de cada grupo de pacientes. Estos métodos podrían ser utilizados en el análisis de suficiencia de la UPC para evitar eliminar registros con datos de costos que a primera vista parecen exorbitantes pero que son normales de acuerdo con las complejidades de los pacientes a los cuales se les aplica. Aunque ahora se le pide a las EPS explique estos datos, generalmente los tiempos de que disponen para enviar la explicación son demasiado cortos. El resultado es la eliminación de una porción del gasto que explica la variabilidad que efectivamente puede ocurrir en la vida real, subestimando la información de base para la estimación de los costos futuros de prestación de los servicios.



Para resolver este problema se pueden utilizar metodologías de análisis de la variabilidad como una de las herramientas de mayor empleo y difusión son los Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD) que son un sistema de clasificación de pacientes, el cual agrupa a los pacientes basado en las características clínicas que presentan y el consumo de recursos de los servicios usados, con estos datos se construye el GRD que termina siendo una cadena de números que son grupos de pacientes homogéneos y mutuamente excluyentes a nivel clínico y financiero.¹

Una vez generado estos códigos, se procesan a través de un software que permite calcular el costo a pagar por los servicios prestados y el tiempo de estancia hospitalaria. Esto se hace en varios pasos, primero se procesa el conjunto mínimo de datos para construir el GRD (diagnósticos, procedimientos, edad, sexo y condición a la salida del hospital) y finalmente para cada GRD se calcula los días promedio de hospitalización y el costo de la atención. Como se puede ver en el cuadro 1, al realizar el análisis para apendicectomía por GRD, se evidencia que para un mismo procedimiento se obtienen diferentes tiempos de hospitalización y costos de ésta, dado por las características de cada agrupación.

Cuadro 1. Ejemplo de Costo y Estancia Promedio en el Hospital utilizando GRD

Especialidad	GRD	Descripción	Estancia promedio (días)	Costo promedio ¹
Cirugía general	164	Apendectomía con diagnóstico principal complicado con complicaciones y comorbilidades	6.6	\$8,207.31
Cirugía general	165	Apendectomía con diagnóstico principal complicado sin complicaciones y comorbilidades	3.9	\$5,137.48
Cirugía general	166	Apendectomía sin diagnóstico principal complicado con complicaciones y comorbilidades	3.1	\$5,010.00
Cirugía general	167	Apendectomía sin diagnóstico principal complicado sin complicaciones y comorbilidades	2.4	\$3,766.04

¹ Los datos están en dolares para el año 2005.

Tomado de: Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD) para Ajustar los Mecanismos de Pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Noviembre, 2005.

Esta clasificación nació inicialmente para los servicios hospitalarios pero ha venido evolucionando y también es empleada en servicios ambulatorios. Con esta metodología se puede agrupar por grupos de riesgo, servicios utilizados y costos de estos servicios y al final se puede calcular la probabilidad de que una agrupación de pacientes con ciertas características puedan presentar un diagnóstico, complicaciones, acceso a los servicios de salud y los costos implicados en esto.

La información con la que se construyen estos análisis es retrospectiva y por ende se obtienen proyecciones ajustadas a los servicios ya demandados pudiendo hacer



cálculos más veraces sobre las primas de servicios que se reconocen por cada afiliado y ajustadas al riesgo de cada individuo según sus características clínicas.

Un último comentario sobre las validaciones tiene que ver con la información de afiliados con derecho a recibir servicios. Este proceso cruza los afiliados que recibieron servicios con la base de datos de compensación y retira de la base de datos de servicios aquellos servicios con el correspondiente gasto para las identificaciones que no cruzan. Se debe tener en cuenta que el sistema reconoce los derechos a servicios independientemente del estado de compensación. El derecho va ligado a la afiliación y al pago de la cotización aunque esta última condición no es requerida en todos los casos. No es muy claro que las atenciones eliminadas no tengan que ser financiadas con cargo a la UPC y por lo tanto consideramos que esta validación debe ser revisada, para que refleje de la mejor manera la regulación vigente.

Dentro de las razones que generan la eliminación de registros se pueden citar, entre otras, las siguientes.

- Utilizaciones realizadas en dentro de los periodos de protección laboral. Estas atenciones deben ser cubiertas por las EPS con cargo a los ingresos por UPC del conjunto de afiliados por periodos de hasta un mes para afiliados que se retiran con afiliación continua entre uno y cinco años y de hasta tres meses para aquellos con 5 o más años de antigüedad.
- Cuando existen glosas de BDUA porque dos o más EPS tienen al afiliado en sus archivos, o glosas por correspondencia de fechas de afiliación y traslado, problemas de identificaciones o cruces con bases de datos de información en el Régimen Subsidiado que evitan que el afiliado sea compensado a pesar de que canceló la cotización en la EPS correspondiente.
- Casos en los cuáles se presta una atención a un recién nacido con ID de la madre y la compensación se hace con el registro civil. Casos en los que se cambia a un menor con registro civil a tarjeta de identidad o de tarjeta de identidad a cédula. En estos casos la atención fue prestada pero la identificación con la que se prestó no es idéntica a la de la compensación. Sin embargo, no hay suspensión de servicios al afiliado.

En estos casos no debería eliminarse la información del gasto porque son utilidades que la EPS está obligada a financiar así no reciba la correspondiente UPC. Esto genera una subestimación del gasto total en que la EPS debe incurrir y por tanto va a generar problemas en la definición de los costos futuros que debe financiar la UPC.

De la validación de cobertura de los datos y de su calidad se escogen las EPS sobre las cuales se hará el estudio de suficiencia. En este punto es necesario indicar que si



queda por fuera la información de EPS que tienen una concentración de pacientes de alto costo, la UPC que se defina siempre será subestimada. Esto fue lo que ocurrió por años con la ausencia de la información de gasto del ISS en su momento y de la Nueva EPS en sus primeros años de operación.

Una tercera fuente de problemas en la información surge de esa imposibilidad de tener el 100% detallado. Como esa es una realidad el Ministerio de Salud, ha permitido el envío de los datos en forma agregada (simbolizada con "T" en la BD) o desagregada (simbolizada por "S"). Cuando la información de una hospitalización tiene algún grado de desagregación pero no todo, no es posible marcar esa circunstancia lo cual puede llevar a equívocos el análisis de las frecuencias de uso. Esto es importante tener en cuenta cuando se quiere hacer análisis parciales sobre patologías específicas (VIH) o sobre el comportamiento de las utilidades de nuevos servicios incluidos.

Para ilustrar el tema se presentan las diferentes opciones que existen para el reporte de medicamentos:

1. De forma explícita con detalle: En este caso la EPS reporta la identificación de todos y cada uno de los medicamentos entregados a un paciente. La información va por paciente y para cada paciente el medicamento o medicamentos entregados identificados cada uno por el código CUMS.
2. De forma explícita sin detalle: La EPS conoce cuánto se gastó en medicamentos pero no dispone de la información detallada del medicamento. En este caso el reporte va agregado por paciente o total y denomina el registro:
 - ✓ Servicios Farmacéuticos (tipo de codificación CUPS)
 - ✓ Medicamentos ambulatorios (tipo de codificación MEDI). Este principalmente usado en el desglose de las atenciones de los contratos por capitación.
3. De forma Implícita: que se da cuando no es posible identificar el gasto de medicamentos. Esto puede ocurrir en los siguientes casos:
 - ✓ Dentro de un registro de hospitalización agrupado. La EPS reporta el valor total del evento atención del parto a la paciente A que incluye seguramente servicios médicos, de diagnóstico y medicamentos. El valor total lo incluye pero no se conoce su monto.
 - ✓ Dentro de un servicio ambulatorio
 - ✓ En el costeo de la cápita

Cada EPS tiene una composición de gasto diferente y por lo tanto no son exactamente comparables. Incluso puede haber variaciones de un año a otro en el nivel de desagregación en cualquiera de estas formas. Antes de eliminar frecuencias atípicas el



Ministerio debe entender el nivel de agregación entregado para realizar los ajustes correspondientes.

- **Problemas por la no inclusión de todas las variables que generan gasto con cargo a la UPC**

Este problema se genera principalmente por la no consideración del gasto asociados a servicios NO POS en que incurren las EPS. Existen 3 casos en los cuales la financiación total o parcial del servicio no POS es asumida por la EPS con cargo a la UPC, basada en preceptos legales:

- **Costo-efectividad:** El servicio no POS que se entrega es de menor valor al servicio incluido en el POS y produce los mismos resultados o mejores. En este caso el 100% del costo es asumido por la EPS con cargo a la UPC. Inicialmente esta regla sólo aplicaba a medicamentos y actualmente aplica a todos los servicios de salud (Acuerdo 29 de la CRES y recientemente Resolución 5221 de 2013 del Ministerio de Salud). Este valor no es conocido por el Ministerio ni por el Fosyga pues no se presenta para recobro.
- **Homólogo:** El servicio no POS que se entrega es de mayor valor al servicio incluido en el POS y se entrega porque cumple con los criterios establecidos para el CTC o por mandato legal (Tutela). En este caso un porcentaje del costo es asumido por la EPS con cargo a la UPC, el correspondiente al servicio similar u homólogo que si está incluido en el POS. Este valor es conocido por el Fosyga pues si bien no se recobra aparece en la relación de información que se entrega al Fosyga para el recobro. El conocimiento de esta información sin embargo es extemporáneo por el flujo de información propia de los recobros.
- **Glosas:** Del valor que recobra la EPS al Fosyga, por los servicios No POS, el Fosyga no siempre reconoce el 100%, pues aplica glosas por diferentes motivos. Uno de los motivos es que el Fosyga considera que el servicio recobrado se encuentra dentro del POS. La EPS tiene derecho a responder la glosa con sus argumentos y en algunos casos se termina pagando el servicio y en otros se genera una glosa definitiva, es decir una glosa final por parte del Fosyga.

Según la solicitud de información que realiza el MPS, las bases de datos POS no tienen ninguno de estos conceptos. El Ministerio en los últimos estudios ha solicitado la información de CTC y Tutela pero sólo incluye en el cálculo de la suficiencia el valor de los homólogos. No aparece explícitamente costeados en el análisis de gasto los otros dos conceptos lo cual nos hace considerar que no fue incluido en la estimación de la UPC necesaria y generan diferencias significativas en la valoración de la UPC. Como estos gastos no son considerados las EPS han tenido que presentar demandas para que se les restituya el equilibrio financiero.



3.3. Ausencia de definición de la tecnología media cubierta en el POS que afectan de manera negativa la suficiencia de la UPC-C y el equilibrio financiero para las EPS

De acuerdo con el artículo 182 de la Ley 100 de 1993, la UPC o prima que se reconoce a las EPS por la organización, garantía y prestación del POS a los afiliados se establece teniendo en cuenta, entre otros, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de tecnología.

ARTÍCULO 182. DE LOS INGRESOS DE LAS ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD. Las cotizaciones que recauden las Entidades Promotoras de Salud pertenecen al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan de Salud Obligatorio para cada afiliado, el Sistema General de Seguridad Social en Salud reconocerá a cada Entidad Promotora de Salud un valor per cápita, que se denominará Unidad de Pago por Capitación UPC. Esta Unidad se 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 Salud, de acuerdo con los estudios técnicos del Ministerio de Salud.

(...) (Negrita y subrayas fuera de texto).

La autoridad competente para definir el POS y la UPC, es el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26 del Decreto 2560 de 2012 "Por el cual se suprime la Comisión de Regulación en Salud (CRES), se ordena su liquidación y se trasladan unas funciones al Ministerio de Salud y Protección Social y se dictan otras disposiciones". Esto significa que el mencionado Ministerio también es el competente para definir el nivel de tecnología media incluido en el POS y tenido en cuenta para definir el valor de UPC; sin embargo, a la fecha no se adoptado una definición de tecnología media.

La ausencia de una definición de la tecnología media incluida en el POS tiene consecuencias altamente nocivas tanto para la satisfacción del derecho a la salud de los usuarios, como para la estabilidad financiera de las EPS y del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS en su conjunto. Nos permitimos exponer un ejemplo para dimensionar el alcance de lo enunciado.



Supongamos que la frecuencia de uso determina que se requieren un millón (1.000.000) de audífonos para los usuarios del POS. Ahora bien, el precio de un audífono puede oscilar entre OCHOCIENTOS MIL PESOS (\$800.000) y TREINTA MILLONES DE PESOS (\$30.000.000). La importancia de definir el nivel de tecnología media contenido en el POS resulta fundamental en el ejemplo expuesto, pues mientras en el primer caso, para satisfacer las necesidades de la población sería necesario contar con OCHOCIENTOS MIL MILLONES DE PESOS (\$800.000.000.000), en el segundo caso se necesitarían TREINTA BILLONES DE PESOS (\$30.000.000.000.000).

Una alternativa para solucionar la falta de definición de tecnología media, que hemos transmitido al Ministerio de Salud y Protección Social en anterior oportunidad, consiste en: i) establecer unos topes máximos de cobertura por insumo, luego de los cuales corresponde al usuario contribuir con un copago; o ii) establecer guías clínicas en las cuales se defina cuál es el tipo de insumo (de audífono para nuestro ejemplo), que cubrirá el SGSSS en cada caso particular, atendiendo las necesidades del usuario. La definición del tope de cobertura o de la guía clínica correspondería al Ministerio de Salud y Protección Social, porque se trata de definir el contenido de las coberturas del POS, lo cual es del resorte de dicho organismo.

Además de que el Ministerio no ha adoptado la definición de tecnología media, expone posturas contradictorias que acentúan la inseguridad jurídica del SGSSS, lo cual exponemos a continuación.

- **Glosa a solicitudes de recobros por nueva tecnología**

El Ministerio de Salud y Protección Social afirma que el POS no incluye incorporación automática de tecnología, pero cuando las EPS presentan solicitudes de recobros por nueva tecnología no incluida en el POS, el administrador de los recursos del FOSYGA les glosa con fundamento en que la Resolución 4251 de 2012 - que a la fecha se encuentra vigente -, señala que la nueva tecnología es un riesgo que asume la EPS, con lo cual la nueva tecnología termina siendo asumida por el patrimonio propio de la EPS. Explicamos brevemente.

El artículo 122 del Decreto Ley 019 de 2012 estableció una auditoría o (trámite de recobros) para solicitudes de recobro glosadas por el FOSYGA por considerarse que la tecnología se encontraba en el POS, efecto para el cual se aplicaría el concepto que para el efecto expida la CRES. Como se anotó, el artículo 26 del Decreto 2560 de 2012 trasladó las funciones de la CRES al Ministerio de Salud y Protección Social, por lo cual el concepto lo expidió este último organismo.



El Ministerio de Salud y Protección Social expidió el mencionado concepto mediante la Resolución 4251 de 2012, la cual, no obstante señalarse que aplica para un proceso único de solución de glosas, termina aplicándose para todos los procesos de recobros porque define cuándo una tecnología se encuentra en el POS.

En dicha Resolución el Ministerio establece que si por los avances o desarrollos tecnológicos los insumos, equipos, dispositivos o instrumentales son más costosos, ello hace parte de los riesgos que asume la EPS.

ANEXO TÉCNICO.

CONCEPTO SOBRE TECNOLOGÍAS CUBIERTAS POR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD, PARA EFECTOS DEL SANEAMIENTO DE CUENTAS POR RECOBROS, DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTÍCULO 122 DEL DECRETO-LEY 19 DE 2012.

De acuerdo con los recobros presentados ante el Fosyga, por medicamentos, procedimientos e insumos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud, que han sido objeto de glosa en el proceso de auditoría integral, indicando que los mismos, corresponden a coberturas del Plan Obligatorio de Salud vigente para la fecha de prestación del servicio, se emite el presente concepto, el cual contiene el alcance previsto del principio de integralidad y las precisiones relacionadas con las coberturas de medicamentos, insumos y procedimientos, de conformidad con la casuística encontrada en la mencionada glosa.

(...)

C. Insumos

(...)

Si debido a los avances o desarrollos tecnológicos y a la variación en la práctica médica, así como a los ciclos o fenómenos económicos o de mercado, en un momento dado los insumos, equipos, dispositivos o instrumentales sanitarios son más costosos o encarecen los servicios y bienes que componen el POS, tal situación no debía ser soslayada por parte de las EPS por ser ese aspecto precisamente parte de los riesgos financieros que estas entidades como aseguradores se comprometen a asumir y a enfrentar cuando solicitan la autorización para funcionar en el SGSSS y aceptan las afiliaciones de los usuarios conforme el esquema y principios establecidos en la Ley 100 de 1993 y la Ley 1122 de 2007 y Decreto número 1485 de 1994.

Esta Resolución podría considerarse entonces como una incorporación automática tecnología en el POS, sin que a la fecha se haya calculado o reconocido una prima que permita asumir los nuevos desarrollos tecnológicos. Por ello el 18 de diciembre de 2012 y el 30 de enero de 2013 ACEMI solicitó al Ministerio de Salud y Protección Social los documentos soporte de la decisión anual de UPC en los cuales se prevea una



reserva para cubrir una contingencia de aumento de severidad del siniestro por efecto de la incorporación automática de tecnología de punta, y el valor cuantificado en la prima para cubrir los riesgos financieros asociados al aumento de los costos por la incorporación automática de tecnología de punta.

El Ministerio de Salud y Protección Social en comunicación de abril 4 de 2013 dirigida a ACEMI (anexamos copia del Radicado No. 201334200410931), señala que la Resolución 4251 de 2012 no establece una incorporación automática de tecnología de punta. Trascribimos los apartes pertinentes.

“Por lo anterior, es evidente que dentro de las responsabilidades de las EPS, está incluido el enfrentar y administrar los riesgos relacionados con “los avances o desarrollos tecnológicos y la variación en la práctica médica” así como con “los ciclos o fenómenos económicos o de mercado,” al igual que los efectos en el gasto por cambios en el costo de “insumos, equipos, dispositivos o instrumentales sanitarios” que encarezcan los servicios y bienes que componen el POS,” sin que ello signifique la incorporación automática de tecnología de punta ni que estén obligadas a usar lo más costosos del mercado; pero tampoco quiere decir que el problema pueda ser soslayado por parte de las EPS y trasladado al usuario induciéndolo a un gasto de bolsillo o a la solicitud de tutela, ni trasladarlo al Fosyga mediante el recobro sin haber agotado las posibilidades de disminución de costos dentro de sus sistema de administración de riesgo.

Por lo tanto la interpretación y argumentación con base en el párrafo tercero en el aparte de “Insumos” del Anexo de la Resolución 4251 de 2012, no es correcta pues en el mismo no hace mención ni referencia a una “incorporación automática de tecnología de punta” toda vez que ello no está contemplado en el Sistema, y corresponde más bien a una forma de enfrentar el riesgo sin administrarlo adecuadamente por parte de una EPS.”

La afirmación de la comunicación del Ministerio de Salud y Protección Social según la cual la Resolución 4251 de 2012 no hace una incorporación automática de tecnología, contrasta con la citada Resolución, en la cual se señala que si debido a los desarrollos tecnológicos, los equipos, dispositivos o instrumentos sanitarios son más costosos, tal situación hace parte de los riesgos que asumen las EPS.

La comunicación del Ministerio de Salud y Protección Social de abril 4 de 2013 contiene otras afirmaciones que acentúan la falta de certeza jurídica y la estabilidad financiera del SGSSS. Citamos las siguientes.



“Previendo que el cambio de tecnología puede tener tanto efectos de ahorro como de incremento de gasto que pongan en riesgo la solvencia o liquidez de una entidad en un momento dado, le compete a las EPS evaluar dichos riesgos e informar a los organismos competentes en cualquier momento para que se analicen y se tomen las decisiones de política pública o regulación que correspondan, como pueden ser ajustes de la prima, control de precios, adopción de guías o de protocolo de manejo de la tecnología, entre otras.”

De acuerdo con lo anterior, a la EPS le correspondería asumir el costo de la nueva tecnología y posteriormente informar al Ministerio de Salud para que se ajuste la prima o se controlen los precios, lo cual, como se anotó, no corresponde a la estructura legal del SGSSS, según la cual es dicho Ministerio quien debe señalar cuál es la tecnología media cubierta en el POS.

De acuerdo con el mismo Ministerio, las EPS no han informado cambios en el gasto por renovación tecnológica que impliquen riesgos financieros en los cálculos de la UPC.

“Teniendo en cuenta que el cálculo de la UPC parte de la información suministrada por las EPS, dado que éstas no han informado oportunamente cambios en el gasto por renovación tecnológica que impliquen riesgos financieros, en los cálculos de la UPC incluyen estos aspectos, por lo tanto no es posible suministrar la documentación e información solicitada en los literales a y b de su petición.”

Frente a la respuesta del Ministerio es necesario señalar que la solicitud de información a las EPS para el cálculo de la UPC no permite informar rubros diferentes a los solicitados por dicho organismo, de tal manera que aun si las EPS informaran cambios por renovación tecnológica, los mismos no serían tenidos en cuenta para definir el valor de UPC, pues dichos registros serían eliminados. De otra parte, no resulta coherente que el Ministerio señale que el Sistema no contempla incorporación automática de tecnología de punta, y a su vez indique que los cambios por renovación tecnológica que impliquen riesgos financieros deben informarse dentro de la relación de gastos realizados por la EPS, dado que esta parte de la respuesta del Ministerio, indicaría que el POS sí incluye incorporación automática de tecnología de punta, la cual, como se ha expuesto, nunca ha sido incluida en el cálculo de la UPC.

En las comunicaciones de ACEMI de diciembre 18 de 2012 y enero 30 de 2013 también solicitamos información de los servicios no POS glosados por el FOSYGA, utilizados por el Ministerio de Salud para calcular el cambio de tecnología a cargo de las EPS. Esta información se pidió porque si el FOSYGA glosa recobros considerando que la tecnología está en el POS, lo razonable entonces es que dichas sumas se tengan en



cuenta para calcular la UPC, dado que según el Ministerio, dichas facturas glosadas se debían financiar con la UPC. El Ministerio respondió lo siguiente.

“...en los estudios de suficiencia de la UPC desde el 2006 se tiene en cuenta los valores reportados por las EPS por concepto de CTC y Tutelas lo que puede verificarse en la publicación de dichos estudios, en lo relacionado con gasto per cápita y como parte de “Otros gastos declarados (CTC no reconocidos, tutelas no reconocidas)”.

Cabe señalar que dicha información no es tenida en cuenta en la metodología para definir el valor de UPC.

La falta de coherencia entre lo señalado en la Resolución 4251 de 2012 según la cual la nueva tecnología es un riesgo que asume la EPS, y la comunicación de abril 9 de 2013 (Radicado No. 201334200410931) genera el siguiente efecto nocivo para el equilibrio financiero de las EPS: en su comunicación el Ministerio afirma que el POS no incluye incorporación automática de tecnología, pero cuando las EPS presentan solicitudes de recobros por nueva tecnología no incluida en el POS, el administrador de los recursos del FOSYGA, contratado por el Ministerio, glosa con fundamento en que la Resolución 4251 de 2012 señala que se la nueva tecnología es un riesgo que asume la EPS. De esta manera, la nueva tecnología termina siendo asumida por el patrimonio propio de la EPS.

3.4. Otras prestaciones que no se reconocen por vía de recobro y afectan el equilibrio de la EPS por no estar financiadas en la UPC

- **Adecuaciones locativas a cargo de la EPS**

La Resolución 5521 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se establece el POS vigente a partir del 1° de enero de 2014, establece que cuando se realiza atención domiciliaria, la EPS debe cubrir enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.

Artículo 29. Atención domiciliaria. La atención en la modalidad domiciliaria como alternativa a la atención hospitalaria institucional está cubierta en los casos que se consideren pertinentes por el profesional tratante, bajo las normas de calidad vigentes. Dicha cobertura está dada solo para el ámbito de la salud y no abarca recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores, aunque dichos servicios sean prestados por personal de salud.



Parágrafo. En sustitución de la hospitalización institucional, conforme a la recomendación médica, las EPS serán responsables de garantizar que las condiciones en el domicilio para esta modalidad de atención, sean las adecuadas según lo dispuesto en las normas vigentes.

Por lo tanto, si esto implica la necesidad de enseres, camas especiales o adecuaciones del domicilio, su financiación será con cargo a la Unidad de Pago por Capitación, si el costo es igual o menor a la atención con internación hospitalaria y de conformidad con lo establecido en el artículo 132 del presente acto administrativo.

Estas prestaciones incluidas en el POS vigente a partir de enero 1° de 2014 no han sido calculadas para la definición de la UPC.

De otra parte, en el POS vigente antes de enero 1° de 2014 existen conceptos contradictorios por parte del Ministerio de Salud que causan un daño antijurídico a las EPS, como se expone a continuación.

En el Anexo Técnico de la Resolución 4251 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social ya citada en el presente escrito, se señala que cuando se cubre la atención domiciliaria, las adecuaciones al domicilio del usuario tales como camas especiales, barandas o rampas son cobertura POS, modificando así el Acuerdo 29 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud - CRES, que definió el POS.

“El Plan Obligatorio de Salud está conformado por tecnologías en salud explícitas a través de listados, e implícitas en cumplimiento del principio de integralidad como componente de la calidad. En este sentido, el alcance previsto en el principio de integralidad de forma general, en lo relacionado con las coberturas del Plan Obligatorio de Salud, hace referencia a:

(...)

7. Elementos para la atención domiciliaria. La atención domiciliaria como alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional, debe garantizarse cumpliendo las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante. Es decir, la recomendación de una atención domiciliaria no exime a las EPS de gasto alguno sino que las obliga a garantizar un servicio alternativo a la atención ambulatoria y hospitalaria convencional, pero entendiéndose que si ello implica la necesidad de enseres como camas especiales, o adecuaciones del domicilio como barandas o rampas, se considera cobertura del POS”.

El 10 de agosto de 2013 remitimos una comunicación al Señor Ministro de la Protección Social, en la cual le solicitamos incluir en la UPC el costo de las adecuaciones locativas



y demás prestaciones incluidas en el POS por los apartes recién citados de la Resolución 4251 de 2012. Así mismo solicitamos al Señor Ministro de Salud que en caso de considerar que dichas prestaciones hacen parte del POS, se nos suministrara copia de los documentos soporte de la decisión anual de UPC en los cuales se cuantifica en la UPC el concepto de reparaciones locativas en el domicilio del usuario.

La petición de ACEMI dirigida al Señor Ministro de Salud fue resuelta parcialmente por el Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento del mismo Ministerio, quien el 5 de noviembre de 2013 señaló que en el POS no hay referencia explícita a adecuaciones locativas o enseres especiales (anexamos copia del oficio con Radicado No.: 201334201499171).

La opinión del Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento según la cual cuando la EPS suministra la atención domiciliaria, las adecuaciones locativas o enseres especiales no hacen parte del POS, difiere sustancialmente de lo señalado en la Resolución 4251 de 2012, pues mientras en esta última se señala que las reparaciones locativas son parte del POS, la comunicación del citado funcionario señala que no lo son.

Respuesta del Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento	Resolución 4251 de 2012
<p>“Como se observa, <u>en el Plan Obligatorio de Salud no hay referencia explícita a “adecuaciones locativas, o enseres especiales”</u> por lo que el Plan Obligatorio de Salud se compone de tecnologías en salud como son los medicamentos, los procedimientos y servicios hospitalarios, con sus recursos conexos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que la recomendación del ámbito domiciliario por parte del médico no exonera a las EPS de su responsabilidad de garantizar, de la mejor manera posible, la atención del paciente no ambulatorio, como gestora de riesgo tanto médico como financiero con los recursos de la UPC. La atención domiciliaria es una alternativa a la atención mediante internación</p>	<p>7. Elementos para la atención domiciliaria. <i>La atención domiciliaria como alternativa de la atención ambulatoria u hospitalaria institucional, debe garantizarse cumpliendo las normas de habilitación vigentes y lo recomendado por el médico tratante. Es decir, la recomendación de una atención domiciliaria no exime a las EPS de gasto alguno sino que las obliga a garantizar un servicio alternativo a la atención ambulatoria y hospitalaria convencional, pero entendiéndose que <u>si ello implica la necesidad de enseres como camas especiales, o adecuaciones del domicilio como barandas o rampas, se considera cobertura del POS</u>”.</i> (Negrita y</p>



institucional hospitalaria que está cubierta en el POS del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado según se establece clara e inequívocamente en el Acuerdo 029 en varios de sus apartes como son:

(...)

Así mismo se debe tener en cuenta que la atención domiciliaria debe cumplir requisitos de calidad, según lo señala el artículo 25, y debe ser la adecuada para cada caso según las condiciones clínicas del paciente. Por lo tanto, cuando el médico opta por recomendar dicho ámbito se debe entender que la EPS debe verificar y garantizar que la atención podrá ser cumplida para los objetivos de una atención clínica apropiada; **si ello implica adecuación de las condiciones domiciliarias (arquitectónicas o suministro de menaje o enseres) cada EPS está en libertad de considerar y decidir si cubre hospitalización convencional o en el ámbito hospitalario cubierto en el POS, por ser más económico o favorable desde el punto de vista financiero, teniendo en cuenta lo señalado en (sic) por el Acuerdo 029 de la CRES...** (Negrita y subrayas fuera de texto).

subrayas fuera de texto).

En atención a la diferencia de criterios dentro del mismo Ministerio, el 25 de noviembre de 2013 ACEMI solicitó al Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social que se modifique la Resolución 4251 de 2012 suprimiendo la referencia a enseres o adecuaciones de domicilio como coberturas del POS, que se instruya al consorcio administrador del FOSYGA para que no glose los recobros por enseres y adecuaciones locativas ordenados por los jueces de tutela, y para que en caso de negarse las anteriores peticiones, se incluya en la UPC el costo de los enseres y adecuaciones de que trata la Resolución 4251 de 2012 (anexamos copia).



El pasado 23 de diciembre recibimos una comunicación del Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual señala que no es competente para atender nuestras peticiones (anexamos copia del oficio con Radicado No.: 201334201704661). Lo anterior no resulta claro toda vez que la petición inicial de ajustar la UPC la hicimos directamente ante el Señor Ministro de Salud y fue resuelta por el Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social, quien al reiterarle la solicitud, señala que no es competente.

De manera adicional, debemos recordar que la Ley 1450, señaló la imposibilidad de financiar con recursos de la seguridad social este tipo de servicios y en la actualidad se está trasladando el costo a las EPS sin adecuada financiación.

“ARTÍCULO 154. PRESTACIONES NO FINANCIADAS POR EL SISTEMA. Son el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, servicios, tratamientos, medicamentos y otras tecnologías médicas que no podrán ser reconocidas con cargo a los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud de acuerdo con el listado que elabore la Comisión de Regulación en Salud -CRES-. Esta categoría incluye las prestaciones suntuarias, las exclusivamente cosméticas, las experimentales sin evidencia científica, aquellas que se ofrezcan por fuera del territorio colombiano y las que no sean propias del ámbito de la salud. Los usos no autorizados por la autoridad competente en el caso de medicamentos y dispositivos continuarán por fuera del ámbito de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mientras el Gobierno Nacional no reglamente la materia, subsistirán las disposiciones reglamentarias vigentes”.

De lo expuesto se concluye lo siguiente:

Si bien el nuevo POS vigente desde enero 1º de 2014 incluye enseres, camas especiales y adecuaciones del domicilio para el cálculo de la UPC, dichos costos no fueron incluidos dentro del cálculo para definir la UPC para el año 2014.

En cuanto se refiere a la vigencia del año 2013 y años anteriores, la falta de coherencia entre la Resolución 4251 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y los conceptos ya citados proferidos por el mismo Ministerio, impiden que los costos por enseres y reparaciones locativas se cubran en la UPC, y que sean recobrados por las EPS al FOSYGA, con lo cual terminan siendo cubiertos por el patrimonio propio de la EPS, lo cual les genera un daño antijurídico que no están en el deber de soportar.



• **Terapias ABA**

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene claro que las Terapias ABA pagadas por las EPS por orden de los jueces de tutela para el tratamiento de parálisis cerebral y autismo, no están en el POS, y sin embargo instruye al consorcio administrador del FOSYGA para que niegue a las EPS el recobro de las mismas, lo cual genera un importante desequilibrio a dichas entidades, que no están en el deber de soportar.

En su momento la Comisión de Regulación en Salud conceptuó que las Terapias ABA no se encuentran incluidas en el POS.

Posteriormente el Ministerio de Salud consideró que dichas terapias tienen un componente POS y otro componente no POS, pero que en todo caso, el recobro del componente que no está en el POS se rechaza, por considerarse que la utilización de dichas terapias no se encuentra avalada por las normas vigentes. Lo anterior se deriva de lo señalado por la Superintendencia Nacional de Salud a la Secretaría Departamental de Salud del Caquetá mediante el Oficio 2-2013-073515, que señala lo siguiente:

“La Superintendencia Nacional de Salud recibió mediante oficio número 1-2013-052159, información enviada por el señor Viceministro de Protección Social, doctor Norman Julio Muñoz Muñoz, donde pone en conocimiento de esta Entidad el resultado de seguimiento realizado al comportamiento de los recobros presentados por las EPS ante el FOSYGA, por concepto de tecnologías en salud no cubiertas por el POS, identificando problemas de pertinencia en las atenciones ordenadas mediante fallos de tutela de terapias denominadas “Terapia de Comportamiento Aplicado/ABA”.

Igualmente conceptuó ese Ministerio que dichas terapias tienen un componente de actividades en salud como terapia física, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, psicología y psiquiatría, por lo que son reconocidas por la UPC al encontrarse en el Plan Obligatorio de Salud y un componente de carácter educativo el cual no cuenta con fuente de pago. También consideran que tienen evidencia médica limitada y que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que ofrecen el servicio de Terapias ABA, en las que realizan apoyo terapéutico con animales y terapias expresivas como la musicoterapia o la utilización psicoterapéutica del arte, no cuentan con estándares de habilitación en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Así mismo su utilización no se encuentra avalada por las respectivas normas vigentes en el país que garanticen un uso seguro y con resultados en la prestación del servicio. Dada esta



situación, en el proceso de auditoría adelantado por el FOSYGA, estos recobros quedan en estado “rechazado”.”

De acuerdo con la comunicación de la Superintendencia Nacional de Salud 2-2013-112323 recibida en ACEMI el pasado 27 de diciembre --en la cual se allegó copia del oficio dirigido a la Secretaría Departamental de Caquetá ya señalado --, el Ministerio de Salud llamó la atención sobre una cifra de 45.920 recobros por concepto de Terapias ABA, en los cuales se ha solicitado el recobro de CIENTO NUEVE MIL MILLONES DE PESOS (\$109.000.000.000), sobre el que solo ha sido aprobado un valor de OCHO MIL MILLONES DE PESOS (\$8.000.000.000) por parte del FOSYGA. La comunicación de la Superintendencia señala lo siguiente:

“Por medio del radicado 1-2013-052159 la Superintendencia Nacional de Salud recibió el concepto del Ministerio de Salud y Protección Social “*Recobros por fallos de tutela de terapias ABA/Análisis de Comportamiento Aplicado (Applied Behavior Analysis)*”, por medio del cual el Ministerio le informó a la Superintendencia acerca de centros e instituciones que se dedican a la prestación de servicios de carácter educativo y médico, que aun cuentan con evidencia médica limitada e incipiente, y no cuentan con estándares de habilitación aplicables. Adicionalmente se informó que estos servicios han sido negados por los Comités Técnico Científicos (CTC), bajo el argumento de que no se encuentran avalados en el sistema de Garantía de la Calidad. Por esto, las terapias ABA están siendo ordenadas por medio de fallos de tutela y recobradas por medio de FOSYGA. Lo que se ha incrementado tangencialmente en los últimos años, y se encuentra concentrado en los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cesar, Guajira, Magdalena y Sucre. Igualmente, se informó que en muchas ocasiones, los fallos de tutela han direccionado de forma específica a los tutelantes a 10 IPS concretas. Se destaca que el 20% de las remisiones en la ciudad de Barranquilla se concentran en el Centro de Estimulación y Aprendizaje Sonrisas de Esperanza. Teniendo en cuenta lo anterior, el alto valor de dichas terapias y el alto número de recobros que se han generado (45.920 recobros por el concepto de terapias ABA), el Ministerio llamó la atención sobre una cifra de \$109 mil millones que han sido recobrados al FOSYGA, sobre el que solo ha sido aprobado un valor de \$8 mil millones por este concepto.”

Lo anterior significa que a pesar de que el Ministerio de Salud tiene claro que las Terapias ABA no están en el POS, el consorcio administrador del FOSYGA, que actúa bajo instrucciones del Ministerio y en virtud de contrato celebrado con este último, ha rechazado más de CIENTO MIL MILLONES DE PESOS (\$100.000.000.000) a las EPS, que han sido pagados por éstas a instituciones que prestan el servicio de Terapias ABA en



cumplimiento de fallos de tutela, lo cual genera un daño antijurídico a las EPS que no están en el deber de soportar.

En el caso del régimen subsidiado y según información de las empresas asociadas a GESTARSALUD, durante el 2013 el valor de las terapias ABA llegó a ser del orden de los \$600 millones, valores que aún no han sido reconocidos por las entidades territoriales o el FOSYGA, en los casos donde existe orden judicial de recobro.

Así mismo, es de destacar que los servicios que están en el POS, contenidos en las terapias ABA, no han sido calculados en la UPC, toda vez que en el cálculo de dicha prima no se tienen en cuenta los servicios relativos a terapias que no están en el POS por no tener eficacia demostrada.

En general se puede concluir que los servicios no médicos que en ocasiones está obligado a prestar y pagar la EPS no están siendo consideradas ni para el pago por servicios NO POS ni pueden ser consideradas en la base de datos de servicios para ser reconocidos dentro de los costos del POS. Esto genera problemas financieros a la EPS que repercuten posteriormente a toda la cadena involucrada en la prestación de servicios de salud dentro del SGSSS.

4. **¿La suficiencia de la UPC del régimen subsidiado fue establecida por los entes gubernamentales con la metodología apropiada, y ésta se fundó en estudios que demostraran contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrían prestarse en condiciones de calidad y de oportunidad por parte de las Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-S), de manera que se evite el desequilibrio financiero de estas entidades?**

La metodología utilizada por los entes gubernamentales para establecer la suficiencia de la UPC del régimen subsidiado, presenta debilidades: asociadas a las fuentes, flujos de información usada y en los análisis de información de suficiencia de la UPC, lo que le resta credibilidad y rigorismo técnico que permitan asegurar que los servicios de salud del POS unificado se pueden prestar en condiciones de calidad.

Por otra parte, en el cálculo de la UPC se desconocen algunas variables necesarias para disponer de los recursos que permitan garantizar la prestación de las intervenciones que muestren resultados en salud de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada grupo de población y de las características propias de los afiliados, y de esta manera asegurar el equilibrio financiero de las entidades.



La UPC debe contemplar la estimación del costo de todas las actividades que el Gobierno considera deben ser desarrolladas como mínimo por las EPS, en las condiciones de tecnología, calidad y oportunidad que deben ser ofrecidas a los afiliados, incluyendo los costos de realizar esta gestión. Las definiciones de POS y UPC deben servir de insumo para la nota técnica y para la planeación de las actividades mínimas que el Gobierno considera deben realizar las EPS de tal manera que se garantice el cubrimiento y financiación de las acciones preventivas y de tratamiento de todos los riesgos de salud que enfrenta la población, incluidas en el POS. Esta información debe servir para el monitoreo y control del costo que debe realizar el Ministerio de Salud

Con base en lo expuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social en el documento "Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC para garantizar el POS 2013", presentamos algunas consideraciones que hacen suponer que la Metodología utilizada por el Ministerio no asegura que los servicios de salud del POS unificado se presten en condiciones de calidad y oportunidad, y se preserve el equilibrio financiero de las entidades aseguradoras del régimen subsidiado.

Calidad y cobertura de la información utilizada.

Los problemas de información que soportan los cálculos de la UPC del régimen subsidiado hacen que la metodología de cálculo pierda credibilidad. Como se mencionó en las preguntas anteriores el cálculo de la UPC, también para el régimen subsidiado, se hace con la información que deben enviar las EPS cuya principal fuente de información debería ser el RIPS. Como el RIPS es de muy baja cobertura y calidad, especialmente en la red pública de servicios que es la principal red proveedora de servicios de salud en el régimen subsidiado, el problema de la baja cobertura de los datos es más dramática.

Si bien es cierto, que las EPS del régimen subsidiado son las responsables de reportar para el estudio de suficiencia, las prestaciones de servicios de salud de sus afiliados, que se obtienen de distintas fuentes de información como autorizaciones y auditoría, se alimenta de la fuente primaria que se encuentra en cabeza de los prestadores quienes tienen la obligación por Ley, de informar a las aseguradoras, a través de los registros de prestación de servicios de salud - RIPS las prestaciones realizadas a los afiliados de la EPS.

Hay que reconocer mejoras en la calidad de la información, ya que cuando el Ministerio inició los estudios de los años 2001 a 2003, se tenían niveles por debajo del 10% de cobertura en ambos regímenes, y progresivamente ha venido mejorando sin que hoy se tengan niveles satisfactorios, particularmente para el régimen subsidiado.



Tenemos que para el 2013, 10 EPS del régimen subsidiado no reportaron la información solicitada por el Ministerio y de las 35 (77% de las autorizadas) que lo hicieron, sólo 8 EPS que representan el 18,5% de la población afiliada al régimen subsidiado (esto es 4 millones de afiliados de una población total de 21 millones), cumplieron con la condición de soportar en registros de prestaciones de servicios de salud, más del 86,84% del gasto declarado y consistente con los estados financieros.

Teniendo en cuenta que las frecuencias de uso, el comportamiento de costos y gastos, difiere entre entidades, gracias a la concentración de riesgo, modelos de atención y territorios de operación; se puede suponer que es impreciso determinar con una muestra representativa decisiones en un universo tan disímil.

Históricamente el Ministerio ha manifestado grandes debilidades en la información entregada por las EPS del régimen subsidiado, sin embargo, desde el ámbito regulatorio o de control no se ha abordado la causa raíz del problema de la información, existente en los prestadores públicos principalmente en los de baja complejidad. Estamos enfrentados a un círculo vicioso que ante la limitante de las fuentes de información se reduce el espectro para la aplicación de modelos y fórmulas.

En la UPC del RS que se definió para el año 2011 se menciona que “las diferencias de acceso y los motivos de la atención suelen ser diferentes en ambos regímenes en donde se estima que la prima pura es inferior en el subsidiado que en el contributivo en cerca del 50% ejercicio que resulta de comparar los costos per cápita de cada uno de los regímenes en los mismo procedimientos”. Las diferencias en el costo per cápita pueden ser originadas en las deficiencias en el reporte de las utilidades que presentan los RIPS de las IPS públicas a las EPSS, más que en una diferencia en los patrones reales de consumo o en las patologías relevantes de atención entre unos afiliados y otros. O por lo menos eso no se puede afirmar tan tajantemente como parece concluir el Ministerio de Salud.

Desde el punto de vista técnico lo ideal es considerar en el cálculo el perfil epidemiológico (cuales son las causas de enfermedad que requieren atención), la edad de los afiliados (que también determinan en parte las causas de enfermedad) y los costos de cada uno de los tratamientos. Pero como en el régimen subsidiado es imposible tener la información con el detalle que se solicita, se debe establecer metodologías alternativas. La más simple es tener en cuenta el valor de la cápita que exige la red pública. Ese es el costo real para la EPSS.

Resulta paradójico que sea el mismo Ministerio, quien proponga como reto “lograr la recolección de información del régimen subsidiado del uso actual de servicios de la



población afiliada y del uso potencial de los planes de beneficios, que permita un ajuste de riesgo que supere la variable geográfica. En este punto es de gran importancia la información del primer nivel de atención proveniente de la forma de reconocimiento y pago por capitación, prestado en la gran mayoría por los hospitales públicos del país”, cuando es esta la entidad que tiene la competencia por Ley para regular en este sentido.

Al respecto, el pasado 10 de enero Gestarsalud en un comunicado dirigido al Ministerio de Salud en el marco de la Resolución 5522 de 2013 mediante la cual se fijó el valor de la UPC para el 2014, insta al Ministerio a que ante las fallas en la información reportada por las EPS del régimen subsidiado, que históricamente se ha argumentado como una limitante para decidir un incremento suficiente de la UPC del régimen subsidiado, se ejerzan acciones por parte de esta entidad y de los organismos de control, frente a las EPS y prestadores de servicios de salud del régimen subsidiado, que no aporten información de calidad.

Lo descrito anteriormente supone, que aun existiendo métodos estadísticos que atenúen el efecto de no contar con información representativa de toda la operación del régimen subsidiado del país, y ante cualquier metodología para establecer la suficiencia o no de los recursos para garantizar un POS unificado para el régimen subsidiado, que se equipare a las condiciones del régimen contributivo, ante información que carece de validez, por los problemas de calidad expuestos, difícilmente las conclusiones y recomendaciones que se deriven de estos estudios, podrán soportar la realidad de la operación.

Enfoque, variables e información ausente en los análisis de suficiencia y definición de la prima.

La metodología que aplica el Ministerio no verifica si el cálculo de un año a otro fue acertado o no, porque no utiliza series de tiempo (la CRES hizo en el 2010 un aproximación a este ejercicio), por el periodo de análisis (solo un año) no existe posibilidad de hacer proyecciones, y el ajuste de riesgo se hace con variables demográficas de edad, sexo y zona geográfica (en este último para el 2013 se ajusta el criterio de conurbado al incorporar otra categoría en la que al parecer se estudia la oferta hospitalaria), que de acuerdo a la literatura explican la variabilidad del gasto sanitario en no más del 2%, existiendo otros modelos que mejoran estos resultados al incorporar variables como el gasto, los diagnósticos, prescripciones farmacéuticas y encuestas de salud entre otros.

Otro aspecto de la metodología, es el hecho de que la fórmula desconoce características de las personas afiliadas, distintas a las demográficas, dejando de lado



la información relacionada con determinantes del nivel de salud, el comportamiento de la demanda de los servicios que incluya las expectativas de la personas como la mejor forma de reconocer las necesidades de salud de la población y de observar un patrón de uso de los servicios por los afiliados. Otros elementos que desconoce son la contribución de los demás sectores en las condiciones de salud de la población, las relaciones entre los actores del sistema, la dinámica de las tarifas o precios del mercado, entre otros aspectos, que permitan integrar la mayor información posible sobre la población, y así estimar un valor de prima que realmente garantice los resultados en la salud de los afiliados, y la preservación patrimonial de las aseguradoras que operan el régimen subsidiado, y en general la sostenibilidad financiera del sistema.

Adicionalmente, dentro de los análisis de la suficiencia de la UPC solo se considera la dinámica relacionada con las coberturas y servicios del Plan Obligatorio de Salud, y se desconocen los recursos y acciones de otros planes que también contribuyen a la salud de las personas y en los que se invierten recursos, como es el caso de salud pública y riesgos profesionales.

5. En caso de que la(s) respuesta(s) anterior(es) (8.3 y 8.4) sea(n) negativa(s), ¿cuál sería la metodología que debería utilizarse para establecer la suficiencia de la UPC-C y cual para la UPC-S, fundándose en estudios que demuestren contar con la credibilidad y rigorismo técnico necesarios para asegurar que los servicios de salud del POS unificado podrán prestarse eficientemente por todas las EPS, garantizando su equilibrio financiero?

Para nosotros la fórmula óptima para determinar una prima que garantice los recursos para prestar los servicios del POS en condiciones de calidad y que respondan a las necesidades de la población afiliada al régimen subsidiado (pero que también aplican para el contributivo especialmente aquellos afiliados en zonas dispersas), debe incluir necesariamente tres elementos a saber:

- Intervenciones esperadas de acuerdo con el perfil epidemiológico de la población y las frecuencias de uso.
- Identificación de las desviaciones del riesgo por diferentes pooles de riesgo y reconocimiento de estas diferencias en el pago de la UPCS.
- Tener en cuenta las expectativas y preferencias de los usuarios en relación con las condiciones de calidad y oportunidad esperada y contenida en las normas como un elemento que estima el comportamiento de uso de la población subsidiada y las necesidades subsecuentes de modelos de prestación que busquen al usuario y superen las barreras de acceso a los servicios.



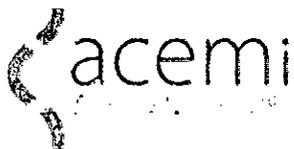
En este sentido, cualquier fórmula debe combinar la mejor información sobre las características de las personas, las necesidades y expectativas de las personas, las características de la organización y funcionamiento de las instituciones, y su dinámica en el sistema; los mercados de los seguros en salud y las forma de regulación en intervención pública, no sólo del sector salud sino de los demás sectores que contribuyen a las condiciones de salud-enfermedad de la población.

Gestarsalud en convenio con la Pontificia Universidad Javeriana desarrollan el proyecto de investigación *“Estudio prospectivo de situación de salud y cálculo de una prima ajustada por riesgos para los afiliados a las empresas solidarias de salud”*, cuyo objetivo central es analizar la situación de salud de los afiliados y su relación con la dinámica de los riesgos y usos por edad, sexo, posición ocupacional, educación y localización geográfica, entre otros aspectos, así como las coberturas de riesgos incluidas en el POS y las variaciones del costo a través del tiempo.

Es el primer estudio tipo panel prospectivo que se desarrolla en el país, los estudios con datos panel consisten en realizar a una misma unidad de análisis varias mediciones a través del tiempo de varias de sus características y en distintos momentos, un estudio de este tipo a un mismo conjunto de unidades de análisis asume que ellas son heterogéneas y por tanto se puede medir su cambio a través del tiempo.

En el estudio participan cinco empresas solidarias que agrupan 5.8 millones de afiliados representando el 26% de los afiliados al régimen subsidiado, y participan del estudio alrededor de 2.000 afiliados entre menores de 1 año, 1 a 4 años, 5 a 14 años, 15 a 44 años (Hombres y Mujeres), 45 a 59 años, y Mayores de 60 años; de municipios pertenecientes a zonas normal, especial y conurbado.

La unidad de análisis corresponde a los afiliados al régimen subsidiado de las empresas solidarias de salud que fueron seleccionados para el estudio y a sus familias, a quienes se aplica en dos momentos de un periodo una encuesta a partir de la cual se tiene información sobre las características de la vivienda, los servicios del hogar, las condiciones de seguridad alimentaria, la seguridad social, educación, fuerza de trabajo, calidad de vida - estado de Salud, percepción de salud, la salud del afiliado seleccionado, los factores de riesgo, las preferencias de atención frente a los riesgos en salud, la historia reproductiva de la mujer afiliada seleccionada, la historia de embarazos, información de crecimiento y desarrollo y el estado de inmunización de los menores. Con esta información se evalúan los distintos estados de salud y sus variaciones en el tiempo, y se hace el seguimiento de usos y diagnósticos con otras fuentes de información.



La situación de salud de los afiliados se estima, a partir de los años ajustados por calidad de vida (QALYS) en las dimensiones de la movilidad de las personas, el cuidado personal, las actividades habituales, el dolor o malestar, y la angustia o depresión, información que se asocia y se ajusta con la cantidad de los años efectivamente vividos por los afiliados. Estos resultados son los primeros en el país.

Permite conocer los cambios en la percepción de los principales problemas de salud, sus factores de riesgo y las expectativas de los ciudadanos frente a la sociedad y al sistema de salud, así como la dinámica de riesgos individuales y sociales, usos y costos a través de del tiempo y sus principales variaciones.

Con la información sobre los riesgos en salud se desarrollan diferentes modelos que permitan determinar las variables que mejor explican las variaciones a través del tiempo de las Unidades de pago por capitación y las coberturas de riesgos cubiertos en el POS-S, que unido las preferencias y expectativas de los afiliados, son variables que serán consideradas en la explicación o predicción del comportamiento del gasto en salud de los afiliados, para efectos de plantear a las diferentes entidades una metodología de cálculo del valor de la UPC basada en riesgos que incorpora el criterio de años ajustados por calidad de vida (QALYS) .

Los primeros resultados fueron presentados en el año 2013 y de acuerdo a estos se prevé que algunas preferencias y expectativas, impactan el comportamiento de usos de los afiliados. Durante este año contaremos con el estudio final, al que se incorporará la información del régimen contributivo aportada por Acemi, permitiendo plantear al Gobierno Nacional los ajustes a la metodología desarrollada hasta el momento para el cálculo de una prima ajustada por riesgos, que incorpore variables adicionales a las que se trabajan actualmente.

Para nosotros la fórmula óptima para determinar una prima que garantice los recursos para prestar los servicios del POS en condiciones de calidad y que respondan a las necesidades de la población afiliada al régimen subsidiado, debe combinar la mejor información sobre las características de las personas, las necesidades y expectativas de las personas, las características de la organización y funcionamiento de las instituciones, y su dinámica en el sistema; los mercados de los seguros en salud y las forma de regulación en intervención pública, no sólo del sector salud sino de los demás sectores que contribuyen a las condiciones de salud-enfermedad de la población.

Supone que las decisiones de política pública en salud deben asociar un modelo económico y social del ámbito nacional con un modelo sectorial, que incorpore las relaciones entre el financiamiento, y el nivel de impuestos, la evasión, el nivel de



empleo e informalidad, nivel de pobreza y el nivel de gasto público. La actual metodología, se aproxima utilizando la información de las fuentes de recursos, los usos, las poblaciones, y supuestos de comportamiento de algunas variables macroeconómicas (crecimiento del PIB, salario mínimo, nivel de inflación).

Así mismo y con el fin de asegurar la coherencia entre el espíritu de las normas versus la operatividad del sistema, es necesario que la metodología que se aplique para la determinación de la suficiencia de la UPC y la definición de la cobertura en el plan de beneficios, genere una “cultura de recolección, procesamiento y reporte de información” basada en el esquema de incentivos e indicadores de desempeño que promuevan y compensen financieramente a las entidades que dedican esfuerzos y recursos en la detección temprana y la administración de la enfermedad, ya que el análisis y resultados de la evaluación para la determinación de suficiencia de UPC, es que a mejor desempeño y generación de condiciones financieramente favorables que permitan aumentar la cobertura de servicios con los mismos recursos.

6. Los fundamentos invocados en la Resolución 4480 de 2012[2], justifican que el valor de la UPC-S sea inferior al fijado para la UPC-C?

De acuerdo con los documentos aportados por el Ministerio para definir el valor de la UPC del año 2013, no se encuentran argumentos que justifiquen un valor de UPC para el régimen subsidiado menor al del régimen contributivo. Como lo expresan las recomendaciones descritas en el estudio de suficiencia, se plantea un incremento de la UPC empleando un factor entre el 70,9% al 100% de la prima pura del régimen contributivo, teniendo en cuenta que la evidencia muestra que en los menores de 18 años el uso ha estado en el 70,9%, cifra subestimada por los problemas de información que el mismo Ministerio reconoce y que se han señalado en este documento; y como techo se plantea la orden de igualar la UPC de los dos regímenes (contributivo y subsidiado), en atención a los Autos 261 y 262, proferidos por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T - 760 de 2008.

Se reconoce que la adopción de ponderadores por grupos etarios para el régimen subsidiado, y el ajuste de ponderadores de zona geográfica para el reconocimiento de una prima adicional para nuevos municipios, que se da a partir del 1º de enero de 2013, en respuesta a las órdenes de la Honorable Corte, es un avance en la igualación de las condiciones frente al régimen contributivo, sin embargo, la brecha sigue existiendo.

Aunque el Ministerio informa que con la decisión adoptada para el 2013 se tiene una UPC del régimen subsidiado en el 95% de la prima pura del régimen contributivo, según nuestros cálculos esta prima no supera el 91%, debido al valor de la UPC de



promoción y prevención que se reconoce económicamente en forma exclusiva para el régimen contributivo y que hoy representa un ingreso por valor de \$21.578 anuales por persona adicionales a la UPC general.

Ante el incumplimiento de las órdenes de la corte por parte de los Ministerios, algunas de las EPSS asociadas a GESTRASALUD, como es el caso de Asmetsalud y Emssanar, han solicitado al Ministerio de Salud el reconocimiento de la UPC igual a la del régimen contributivo y a partir de la fecha de los autos como lo estableció la corte constitucional. De igual forma, se han pronunciado ante esta institución, sobre el cumplimiento de lo ordenado en estos Autos, lo que fue resuelto mediante Auto 279 de la Corte Constitucional.

Estamos de acuerdo con la recomendación que hace el Ministerio de "avanzar en medidas tendientes a adoptar e implementar el ajuste de riesgo epidemiológico, para que se dé mayor explicación al gasto en salud, como instrumento indispensable para facilitar la competencia por calidad en el mercado del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud, y en el fortalecimiento de la UPC como un incentivo para los resultados en salud, a través de las aplicación de las Guías de Atención Integral - GAI y su articulación con el sistema de habilitación, acreditación e información de la calidad, en los indicadores de efectividad, esto en el marco del "Plan Decenal de Salud". Sin embargo, insistimos en que ello solo se logra contando con datos confiables, ya que por más ajustes metodológicos que se hagan, en la medida que no se resuelvan los problemas de calidad y cobertura de la información en el régimen subsidiado, que siempre ha reconocido el Ministerio, será muy poco lo que se pueda avanzar en estos objetivos.

En el momento nos encontramos en los análisis del impacto económico de la actualización del POS para 2014, ya que el incremento que se hizo desconoce la desigualdad entre las UPC, que en términos económicos representaba para diciembre de 2013 aproximadamente 1.5 billones de pesos de diferencia, y que en cumplimiento de los ordinales 21 y 22 de la Sentencia T760 y los Autos 261 y 262 de noviembre de 2012 de la HCC, se esperaba que los Ministerios de Salud y de Hacienda y Crédito Público, cumplieran a cabalidad estos fallos, y el ajuste para el régimen subsidiado hubiera sido por lo menos del 9%, contando con el respectivo reconocimiento del valor de la UPC para promoción y prevención.

Tal como lo planteó Gestarsalud al Ministerio, según radicado N. 201334201944872 del 20 de diciembre de 2013 (adjunto documento), luego de igualar las UPC, a partir de esta base se fijaría la UPC del 2014 con el incremento inflacionario más el impacto de la actualización integral del POS, decisión que no fue así y frente a la cual nos



pronunciamos ante el Ministerio según radicado 201442300029892 del 10 de enero de 2014.

En este sentido, se confirma el incumplimiento de las ordenes de la Corte Constitucional sin que la justificación ofrecida por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Hacienda satisfaga las condiciones técnicas que generen credibilidad al resultado en tanto los cálculos obedecen a conclusiones inadecuadas originadas en una información, epidemiológica, de utilización de servicios y de costos que no corresponde con la realidad. Por lo anterior se anticipa un mayor desequilibrio financiero en las entidades del régimen subsidiado, a consecuencia de la actualización integral del POS que amplió la cobertura de servicios incorporando de manera implícita y explícita un gran volumen de tecnologías, que esperamos haya sido valorado su impacto en la UPC.

- 7. ¿El valor de la UPC 2013 del régimen contributivo es suficiente para financiar los servicios de salud contenidos en el POS unificado? En caso de considerar que dicho monto se encuentra minusvalorado o sobredimensionado, indíquelo y justifique tal afirmación.**

La UPC del RC aunada a la prima de pyp que reciben las EPS del RC podría contribuir mejorar la financiación de los costos del régimen subsidiado. Es importante mencionar que los costos de prestación del POS subsidiado tienden a ser más altos porque la prestación de los servicios se hace principalmente en la red pública que tiene costos de operación más altos que las tarifas implícitas con las cuales se costea el POS. Como en el año 2013 se tuvo en cuenta la información de gasto del RC implícitamente la UPCS se define con tarifas de IPS privadas que son sustancialmente menores a las de los hospitales públicos.

Lo anterior sugiere que el Gobierno debe diseñar una política de apoyo a la red pública que equilibre las diferencias de costos entre las tarifas de mercado y los costos reales ya sea apoyándolos financieramente o estableciendo programas para mejorar la eficiencia en su gasto.

- 8. ¿El valor de la UPC subsidiada 2013 es suficiente para financiar los servicios de salud contenidos en el POS unificado? En caso de considerar que dicho monto se encuentra sobredimensionado o minusvalorado, justifique su respuesta.**

Con base en los estados financieros de nuestras asociadas y considerando que el cierre fiscal de la vigencia 2013 aún está en proceso, observamos que todas las EPS superan el margen de prima pura reconocida por el Gobierno Nacional para prestación de servicios de salud, en un rango que va del 93% al 102% de la UPCS, lo cual puede variar



con tendencia al incremento, significando esto que la UPC fue insuficiente para garantizar la prestación de los servicios contenidos en el POS unificado durante este periodo, y como en periodos anteriores, adicionalmente no es posible que las entidades cuenten con un margen para invertir en la redefinición de los modelos de gestión de riesgo o modelos de prestación, y menos para reorientarlos hacia las preferencias de los afiliados, todos alineados con los modelos de los prestadores de servicios de salud.

Lo anterior significa que por cuenta de la decisión de no igualar la prima pura de los regímenes subsidiado y contributivo en el año 2013, y no reconocerle al régimen subsidiado el valor de la UPC de promoción y prevención que tiene hoy el contributivo, el valor del déficit en las EPS del régimen subsidiado podría acercarse a los 400 mil millones de pesos, con el supuesto de que cierren en el 95% del costo médico, lo cual significa que la UPC del régimen subsidiado definida para el año 2013 fue insuficiente para garantizar la prestación de los servicios de un POS unificado.

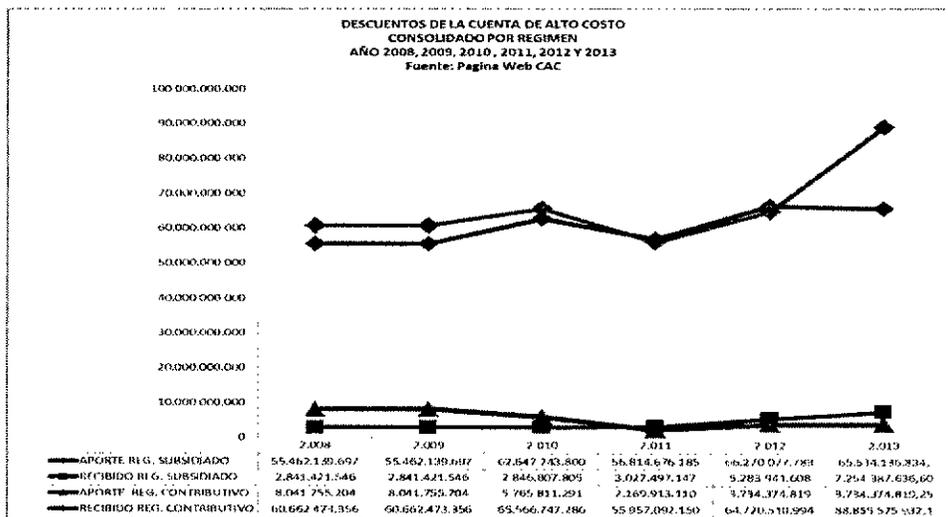
Hay otro impacto que no se encuentra valorado en la estimación del déficit, que es de conocimiento de la Honorable Corte Constitucional, y que genera una gran controversia con las EPS del régimen contributivo, y corresponde al efecto del mecanismo para redistribución de riesgo, a través de la Cuenta de Alto Costo CAC (se anexa comunicado dirigido a la corte constitucional sobre la postura de GESTARSALUD al respecto), el cual ha generado una desproporción en los aportes hechos por las EPS del Régimen Subsidiado versus los aportes hechos por las EPS del Régimen Contributivo, sin considerar aspectos tales como:

- a. Diferencias en las condiciones de operación entre los regímenes.
- b. Diferencias en las UPC, que aún se mantienen a pesar de la unificación del POS realizada a partir de julio 2012.
- c. Diferencias en los reconocimientos adicionales que se hacen solo a las EPS que operan el Régimen Contributivo por los contenidos de promoción y prevención del POS.
- d. Diferencias en los contenidos POS que expusieron durante 20 años, a un mayor nivel de riesgo a la población pobre y vulnerable, toda vez que esta población no tuvo acceso a especialistas quienes son los idóneos para identificar e intervenir las patologías precursoras de las patologías crónicas.
- e. La población asegurada a través del régimen subsidiado, tienen mayores necesidades de atenciones de salud en sus propios entornos y por las condiciones deficientes del país en aspectos estructurales como servicios de agua potable, saneamiento básico, vivienda, educación, nutrición, etc, son más vulnerable a los riesgos de enfermar.



- f. La obligatoriedad de prestación de los servicios a través de la red pública, sin que esta tenga una adecuada capacidad resolutive tanto de su recurso humano, como tecnológico y estructural.

El siguiente gráfico muestra los aportes que ha realizado el régimen subsidiado durante 6 años de creación de la CAC, que superan de manera desproporcionado los aportes del régimen contributivo y los recursos recibidos:



DESCUENTOS DE LA CUENTA DE ALTO COSTO
Consolidado por régimen años 2008 al 2013
Fuente: Página web cuenta de alto costo

Las EPS del régimen contributivo aducen con razón la concentración de pacientes de alto costo como enfermedad renal crónica, cáncer o enfermedades cardiovasculares, propias de una población de edad avanzada, entre la población afiliada a este régimen en comparación con la que se observa entre los afiliados al régimen subsidiado en tanto estos son predominantemente más jóvenes que tienen otras necesidades de salud igualmente importantes. Lo que el Ministerio de Salud debía tener en cuenta al momento de definir la UPC son todas las características epidemiológicas y socioeconómicas diferenciales de las poblaciones porque ellas determinan diferentes modelos de atención y diferentes costos. Por el hecho que se tengan más atenciones de alto costo no significa que no se necesiten recursos importantes para cubrir las carencias básicas de la población pobre y ellas también deben estar suficientemente financiadas.



La UPC de cada régimen debe reflejar los costos reales de prestación del POS de cada uno de ellos. El problema es que la UPC del RC no reconoce adecuadamente la concentración del riesgo de afiliados con patologías de alto costo y en el subsidiado no se reconocen las patologías que se originan en las carencias acumuladas por su situación socioeconómica y de déficit de atención que por años han adolecido sus afiliados.

Se sugiere que metodológicamente cuando se evalúe la igualación de las UPC se incorporen todos los elementos diferenciales, como son la UPC de promoción y prevención que se reconoce al contributivo que para el año 2014 es de \$21.578 por persona año, que teniendo en cuenta las condiciones particulares de la población del régimen subsidiado como dificultades en el acceso geográfico, la dinámica de social y económica de esta población, y el seguimiento individual a las acciones de promoción y prevención que se están implementando en el país, encarece la prestación de estos servicios y se convierte en una restricción presupuestal para los prestadores de baja complejidad que en su mayoría públicos.

Otro factor diferencial es el reconocimiento de un ponderador para corregir la concentración del riesgo para los grupos etarios de mayores de 50 años, que tienen algunas EPS del contributivo, que para la decisión de incremento de UPC para el año 2013 la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación de Aseguramiento, recomendó continuar con este factor, sin contemplar que esta misma situación puede ocurrir en el régimen subsidiado.

Algunas razones para la desviación del costo médico pueden ser las siguientes:

- Incremento desbordado de la demanda y el costo de los servicios por cuenta del último grupo unificado de 19 a 59 años.
- El desbordamiento del ingreso de nuevas tecnologías que incrementan los recobros, y la incertidumbre en el reconocimiento de los servicios No POS por parte de las secretarías departamentales o distritales de salud, que en algunas empresas puede llegar a representar hasta el 5% del total de los ingresos de UPC, y que en caso de no recuperar estos recursos se afectaría el costo.
- Posición dominante de algunos prestadores en la contratación de servicios de salud que desvía los presupuestos de la EPS.

Ahora mientras se mantenga el análisis del gasto pasado, es posible que algunos lleguen a la conclusión de que la UPC del régimen subsidiado se encuentra sobrestimada, ya que razones como la poca capacidad instalada de la oferta institucional pública, la inoportunidad en la prestación de algunos servicios de salud,



la poca disponibilidad de tiempo de los afiliados para acceder a los servicios de salud en razón a que sus ingresos dependen estrictamente del trabajo, y que prefieren postergar el usos de los servicios de salud, hecho que resulta más costoso para el sistema y para la sociedad. Son otros factores que afectan el comportamiento de la demanda, alteran las frecuencias de uso de los servicios, resultando en un costo social y económico posterior que no es valorado ni reconocido.

Finalmente, agradecemos la cordial invitación de la H. Corte Constitucional para exponer nuestros puntos de vista, a la vez que reiteramos nuestro deseo de participar dentro del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 en la forma en que la Honorable Corporación lo considere pertinente.

Con un cordial saludo,

ALVARO JOSÉ COBO
Presidente
ASOCAJAS

ELISA TORRENEGRA
Directora
GESTARSALUD

JAIME ARIAS
Presidente Ejecutivo
ACEMI

Anexos. Los enunciados a continuación

¹ Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Los Grupos Relacionados de Diagnostico (GRD) para Ajustar los Mecanismos de Pago a los Proveedores de los Sistemas de Salud. Noviembre, 2005.



BIBLIOGRAFIA

1. Acevedo B Oscar, Forero C Juan C. Sistema de Información en el Sector Salud en Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia), 10 (21): 85-100, julio-diciembre de 2011.
2. Garrigues Joaquín, "Contrato de seguro terrestre", Imprenta Aguirre, 1982.
3. López Blanco Hernán Fabio. "Comentarios al Contrato de Seguro", editorial Dupre Editores, 2004.
4. Lambert-Faivre Yvonne, Droit des Assurances, Dalloz, 1985.
5. Ossa Gómez J Efrén, "Teoría General del Seguro - La institución", Editorial TEMIS, 1988.
6. Ossa Efrén, "Teoría General del Seguro - El contrato", Editorial TEMIS, 1984.
7. Organización Panamericana de la Salud. Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. Santiago de Chile: Oficina de Representación OPS/ OMS en Chile; 2009.
8. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Improving health sector efficiency, the role of information and communication technologies. Paris: OECD; 2010.

ANEXOS

1. Comunicaciones de diciembre 18 de 2012 y enero 30 de 2013 (esta última con radicado No. 201342300122542) de ACEMI al Señor Ministro de Salud y Protección Social, en las cuales se solicitaron los documentos de soporte de la decisión anual de UPC en los que se especifique que se encuentra cuantificada la reserva para cubrir una contingencia de aumento durante la vigencia de la prima en la severidad del siniestro por efecto de la incorporación automática de la tecnología de punta.
2. Comunicación de abril 4 de 2013 del Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social dirigida a ACEMI (Radicado No. 201334200410931), en la cual se señala que la Resolución 4251 de 2012 no establece una incorporación automática de tecnología de punta.
3. Comunicación de octubre 8 de 2013 de ACEMI al Señor Ministro de Salud y Protección Social (Radicado No. 201342301524012), en la cual le solicitamos incluir en la UPC el costo de las adecuaciones locativas y demás prestaciones incluidas en el POS por los apartes recién citados de la Resolución 4251 de 2012.



4. Comunicación de noviembre 5 de 2013 del Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual señala que en el POS no hay referencia explícita a adecuaciones locativas o enseres especiales (Radicado No.: 201334201499171).
5. Comunicación de noviembre 25 de 2013 de ACEMI al Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social, en la cual se solicitó que se modifique la Resolución 4251 de 2012 suprimiendo la referencia a enseres o adecuaciones de domicilio como coberturas del POS, que se instruya al consorcio administrador del FOSYGA para que no glose los recobros por enseres y adecuaciones locativas ordenados por los jueces de tutela, y para que en caso de negarse las anteriores peticiones, se incluya en la UPC el costo de los enseres y adecuaciones de que trata la Resolución 4251 de 2012 (Radicado No. 201342301797142).
6. Comunicación del Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento del Ministerio de Salud y Protección Social dirigida a ACEMI, de diciembre 17 de 2013, en la cual señala que no es competente para atender nuestras peticiones (Radicado No. 201334201704661).
7. Comunicación de la CRES enviada a COOMEVA EPS (radicado 2591-2010) sobre las terapias ABA.
8. Documento elaborado por Navarro H, Huertas J, Zarruk A, Universidad Nacional de Colombia, Departamento de Matemáticas, "revisión de las metodologías para estimar la UPC 2010 para el régimen contributivo", junio 2010.
9. Comunicación radicada por GESTARSALUD ante el Ministerio de la Protección Social de fecha 20 de diciembre, radicado N. 201334201944872
10. Comunicación radicada por GESTARSALUD ante el Ministerio de la Protección Social de fecha 10 de enero de 2014, radicado N. 201442300029892
11. Propuesta y Postura Gremial EPS Solidarias de Salud Cuenta de Alto Costo Régimen Subsidiado, ante la Honorable Corte Constitucional, comunicado del 27 de noviembre de 2013