

Caracterización de los recobros realizados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia al Fondo de Solidaridad y Garantía por atenciones No POS. 2010-2013*

Characterization of reimbursements claimed by the Departmental Health and Social Protection Secretariat of Antioquia and submitted to the Solidarity and Guarantee Fund for non-POS interventions. 2010-2013

Caracterização dos pedidos de ressarcimento realizados pela Secretaria Seccional de Saúde e Proteção Social de Antioquia ao Fundo de Solidariedade e Garantia por atendimentos Não-POS 2010/2013

Gilma Stella Vargas Peña¹, Laura Estefany Ruiz Sánchez²

* Investigación realizada con el apoyo del Centro de Investigación Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Código: INV 566-17. Fecha de inicio: 10 de mayo de 2017; fecha de terminación: 15 de diciembre de 2018.

¹ PhD (c) en Salud Pública, magíster en Ciencias Administrativas. Universidad de Antioquia. gilma.vargas@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4676-0665>

² Administradora en Salud y Trabajadora Social. laura1428@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2126-2451>

Recibido: 4/10/2019. Aprobado: 06/07/2020 . Publicado: 30/10/2020

Vargas-Peña G, Ruiz-Sánchez LE. Caracterización de los recobros realizados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia al Fondo de Solidaridad y Garantía por atenciones No pos. 2010-2013. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2020;39(1):e339527. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e339527>

Resumen

Objetivo: Caracterizar los recobros realizados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSPSA) al Fondo de Solidaridad y Garantía, por atenciones No POS entre 2010-2013. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, según información oficial suministrada por la SSPSA, teniendo en cuenta el total de facturas recobradas (894), por \$7 815 241 869. **Resultados:** 1) las facturas recobradas disminuyeron del 56 al 9 %, con variación negativa de -84 %; los valores recobrados disminuyeron del 51 al 15 %, con variación negativa del -71 %, y los pacientes implicados tuvieron una variación negativa de -79 %; 2) las facturas

avaladas pasaron de 81 a 3 %, con variación negativa de -96 %; los valores, del 56,9 al 15 %, con una variación negativa de -79 %, y los pacientes con valores avalados, con variación negativa de -95 %. La glosa fue del 60 %, y solo se reconoció el 5 % de las respuestas. Predominaron recobros y avales para medicamentos, con el 67,5 y 61 % respectivamente. Estuvieron comprometidas 17 instituciones y 399 pacientes, con promedio de 2,2 facturas / paciente. **Conclusión:** Disminuyeron las solicitudes de recobro y los avales, y predominaron los medicamentos como evento recobrado y avalado. El alto

porcentaje de glosa y la baja recuperación por las respuestas a las mismas, hacen el proceso ineficiente e inefectivo, lo que retarda los pagos a las instituciones prestadoras de salud y aumenta el riesgo de crisis hospitalaria, con consecuencias negativas para la salud y la salud pública de la población.

-----*Palabras clave:* Recobros, Plan Obligatorio de Salud, atenciones No POS, sistemas de salud, régimen subsidiado, Fondo de Solidaridad y Garantía, salud pública.

Abstract

Objective: To characterize reimbursements claimed by the Departmental Health and Social Protection Secretariat of Antioquia (SSSPSA) and submitted to the Solidarity and Guarantee Fund for non-POS interventions [services not covered by the Compulsory Health Plan] between 2010 and 2013. **Methodology:** A retrospective descriptive study was performed based on official information provided by the SSSPSA considering the total of reimbursed claims (894) corresponding to 7,815,241,869 COP. **Results:** 1) Reimbursed claims decreased from 56 to 9%, with a negative variance of -84 %; reimbursed items decreased from 51 to 15%, with a negative variance of -71 %, and patients involved had a negative variance of -79 %; 2) accepted claims decreased from 81 to 3% with a negative variance of -96 %, values decreased from 56.9 to 15 %, with a negative variance of -79 %, and patients with accepted items exhibited a negative

variance of -95 %. The percentage of rejected claims was 60% and only 5% of justifications were accepted. Reimbursements and approvals for medications prevailed at 67.5 and 61 % respectively. 17 institutions and 399 patients were involved with an average of 2.2 claims/patient. **Conclusion:** Medical claims and approvals decreased, and medications as approved and reimbursed events prevailed. The high percentage of rejected claims and the low reimbursement rates of the medical claims make the billing process inefficient and ineffective. They also delay payments to health care facilities and increase the risk of health crisis with negative consequences for the health of population.

-----*Keywords:* Reimbursements, Compulsory Health Plan, non-POS interventions, subsidized health insurance regime, Solidarity and Guarantee Fund, public health

Resumo

Objetivo: Caracterizar os ressarcimentos realizados pela Secretaria Seccional de Saúde e Proteção Social de Antioquia (SSSPSA) ao Fundo de Solidariedade e Garantia, pelos atendimentos Não-POS (Plano Obrigatório de Saúde) entre 2010/2013. **Metodologia:** Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo, de acordo com a informação oficial concedida pela SSSPSA, considerando o total de faturas ressarcidas (894), pelo valor de \$7.815.241.869 pesos colombianos. **Resultados:** 1) As faturas ressarcidas diminuíram de 56 a 9%, com variação negativa de -84%; os valores ressarcidos diminuíram de 51 a 15%, com variação negativa de -71% e os pacientes envolvidos tiveram uma variação negativa de -79%; 2) As faturas avaliadas passaram de 81 a 3% com variação negativa de -96%; os valores de 56,9 a 15% com uma variação negativa de -79% e os pacientes com valores avaliados, com variação negativa de -95%. As explicações adicionais foram de 60% e

apenas 5% das respostas foram consideradas. Predominaram os ressarcimentos e garantias para medicamentos com 67,5% e 61% respectivamente. No processo, envolveram-se 17 instituições e 399 pacientes, com uma média de 2,2 faturas por paciente. **Conclusão:** Foram reduzidos os pedidos de ressarcimento e garantias, predominando os medicamentos como evento ressarcido e garantido. A alta porcentagem de explicações adicionais e a baixa recuperação pelas respostas às mesmas fazem com que o processo seja ineficiente e ambíguo, o que atrasa os pagamentos às instituições prestadoras de serviços de saúde e aumenta os riscos de crise hospitalar, com consequências negativas para a saúde e para o sistema de saúde pública em geral.

-----*Palavras-chave:* Ressarcimentos; Plano Obrigatório de Saúde; atendimento Não-POS; sistemas de saúde; regime subsidiado; Fundo de Solidariedade e Garantia; saúde pública

Introducción

La Constitución Política de Colombia establece como derechos fundamentales la preservación de la vida y la salud, y le asigna al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) principios de eficiencia, universalidad y solidaridad [1, artículo 86]. En este sistema, creado mediante la Ley 100 de 1993, se establecieron dos formas de aseguramiento: el *régimen contributivo*, para aquellas personas con vinculación laboral, pensionados o quienes podían pagar autónomamente su cotización, incluyendo la cobertura familiar; y el *régimen subsidiado*, para la población pobre y vulnerable clasificada en los niveles 1, 2 o 3 en el Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales, conocido como SISBEN. También están los “vinculados”, los pobres no incluidos en estos regímenes [2].

El POS y el No POS

La Ley 100 de 1993, que estableció el SGSSS, definió el acceso a un plan de beneficios: el “Plan Obligatorio de Salud” (POS) [2], como instrumento racionalizador de los recursos públicos, para lograr la salud y el bienestar de la población [3]. En el régimen subsidiado, más limitado, se denominó POS-s.

Aunque los contenidos del POS debían ser actualizados desde la Comisión de Regulación en Salud, para la inclusión de nuevos servicios y la exclusión de otros considerados obsoletos [4], esto no fue llevado a cabo hasta los Acuerdos del Ministerio de Salud, 003 de 1994, que adopta el listado de medicamentos POS, y 008 de 1994, que adopta el POS Contributivo, los cuales no fueron suficientes para cubrir las prestaciones en salud, lo que favoreció la negación de servicios POS y No POS (no contemplados en el “Plan Obligatorio de Salud”) por las entidades encargadas de autorizarlos y, por ende, la presentación de reiteradas tutelas por los usuarios [5]. Ante esta situación, la Corte Constitucional ordenó la actualización del POS y que se prestaran, de manera oportuna y con calidad, los servicios No POS, y responsabilizó del pago de dichos servicios al Estado, con recobros al Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) [6]. Esta última entidad, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), manejada por encargo fiduciario con varias subcuentas con recursos para la salud,* fue creada para “garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General

de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias [...]” [2, artículo 156, literal l].

Ante el incumplimiento con la actualización del POS y la persistencia en los problemas de acceso a los servicios, la Ley 1438 del 2011 estableció la unificación del POS Subsidiado con el POS Contributivo, en el marco de sostenibilidad financiera [9], disposición estipulada por la Comisión de Regulación en Salud, previamente en los Acuerdos 004 de 2009, que unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, y 011 de 2010, que lo unifica para menores de 18 años; posteriormente, en los Acuerdos 027 de 2011, para los adultos de 60 y más años, el Acuerdo 029 de 2011 como primera actualización integral del POS, y el 032 de 2012 lo unifica para los adultos entre 18 y 59 años. Por su parte, la Ley Estatutaria 1751 del 2015 garantizó el derecho fundamental a la salud y la atención integral, sin restricción a un plan de servicios [10].

Los recobros

La cobertura de los servicios No POS fue garantizada con los *recobros* o solicitudes de reembolso presentadas al Fosyga, por una entidad administradora de planes de beneficio (EAPB), por una entidad obligada a compensar (EOC) o por las secretarías seccionales de salud, que operan también como entidades administradoras, como la existente en el Departamento de Antioquia, para el pago de servicios No POS, previa autorización del Comité Técnico Científico (CTC), representados por las instituciones prestadoras de salud (IPS) y las EAPB (Resoluciones 3099 de 2008, 548 de 2010 y 1089 de 2011), o servicios favorecidos por tutelas. Los pagos son orientados por auditorías y, en caso de glosas, el recobrante responde y repite el proceso ante el administrador fiduciario. Las *glosas* son entendidas como una “no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud” [11]. Las categorías del recobro de servicios y tecnologías son: medicamentos, procedimientos e insumos [12].

Para mejorar el acceso a la salud, el Decreto 4747 de 2007 y la Sentencia T-760-2008 establecieron agilizar trámites administrativos para procedimientos de recobro [13]. Además, otras normas regularon: 1) los flujos de caja, y la utilización oportuna y eficiente de recursos; 2) las fechas de recobros diferenciadas por tipo de interven-

* Para lograr el propósito, se crearon cuatro subcuentas: 1) compensación interna del régimen contributivo, 2) solidaridad del régimen subsidiado, 3) promoción de la salud, y 4) seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito [7]. Y con el Decreto Ley 4107 de 2011 se adicionó la subcuenta “Garantías para la salud”, para garantizar la liquidez de las entidades administradoras de planes de beneficios e instituciones prestadoras de salud por medio de acceso al crédito y otros medios de financiamiento, y el apoyo financiero en los procesos de liquidación, intervención, entre otros, para permitir la prestación de servicios en salud continuada [8]

ción: CTC o fallo de tutela; 3) los incrementos en recobros; y 4) el cumplimiento obligatorio con fallos de tutela. † El “Plan Nacional de Desarrollo” [19] de 2015 implementó la *unidad de cuenta* § para el Fosyga, para el cumplimiento con requerimientos para pagos, en este caso de atenciones No POS, incluyendo todos sus recursos.

Desde la implementación del SGSSS se han identificado manejos administrativos que han propiciado sobrecostos y dilatación o negación de pagos [20], con barreras de acceso a los primeros niveles de atención principalmente [21], favoreciendo aquellos niveles complejos [22], más costosos, y que implican atenciones No POS para recobros al Fosyga [23]. Esta situación ha influido en la desfinanciación de las IPS, por la inoportunidad en los pagos o la inexistencia de estos, limitando su capacidad instalada y su capacidad resolutoria, y también ha afectado el derecho a la salud, la salud y la salud pública de la población, por el aumento de la morbilidad y la mortalidad [24]. Además, ha influido en la sostenibilidad financiera del sistema, pues, según Franco, Saludcoop solo en 16 años incrementó en 176 veces su capital y entre 2007 y 2008, logró aumentar su utilidad operacional, “Todo debido a la conversión de la enfermedad en una mercancía rentable, a la conformación de una red completa de intermediación, a una compacta integración empresarial, al incremento desmesurado de recobros, en especial por medicamentos de alto costo, y al recorte de egresos mediante la reducción de servicios prestados a los pacientes y la subcontratación de personal” [25, p. 272].

En la dinámica de recobros se han observado irregularidades como las encontradas en un estudio realizado sobre recobros en 2004 por Pinto y Castellanos [3]. Allí se halló incremento de los mismos, en frecuencia y valor; concentración de ellos en algunas aseguradoras, y su asociación para algunas patologías poco frecuentes, con nuevas tecnologías, y que su costo de oportunidad para el sistema no era despreciable. Los resultados que se obtuvieron en la misma investigación reflejaron cambios en el perfil epidemiológico, patrones de práctica clínica y capacidad administrativa de las aseguradoras o incentivos para la obtención de rentas por parte de diferentes actores del sistema [3]. Esto último ha sido resaltado por Franco [25] y Gómez y Nieto [26]. Además, se han pre-

sentado incumplimientos de obligaciones, recobros de servicios inexistentes por parte de IPS [27], eventos No POS inducidos y recobros por atenciones de fallecidos [28]. Estos factores, más la ambigüedad normativa, los sobrecostos en medicamentos e insumos, y el desconocimiento del comportamiento de recobros desde las secretarías departamentales de salud [29], han limitado la información para la actualización del POS. Actualización que no se ha logrado del todo, a pesar de las evidencias de estudios sobre recobros por tutela, que en su mayoría se debe a reclamaciones por atenciones No POS [3].

El MSPS resumió así las dificultades con los recobros: 1) conflicto entre acceso y sostenibilidad financiera; 2) escasez de recursos para solventar recobros; y 3) aumento de recobros desde el 2009, que motivaron controles de precios de medicamentos, valores máximos de recobro, giro previo y directo a IPS, y el saneamiento de cuentas desde el MSPS [30]. Estas medidas permitieron el aumento de giros a las IPS de 28 % en 2012 a 80 % en 2014; de personas beneficiadas, de 7,8 % entre 2013 y 2014, a 14 % entre 2014 y 2015, y el ahorro de \$1,67 billones entre 2001 y 2014 [31], resultados importantes para garantizar la sostenibilidad del SGSSS y el derecho a la salud a los colombianos [30].

Después de una extensa búsqueda en bases de datos y producciones académicas, no se evidenció un estudio referente a los recobros por atenciones No POS realizados al Fosyga desde la SSSPSA, y ante el desconocimiento del comportamiento de los mismos desde esta entidad, surge la pregunta: ¿cuál ha sido el comportamiento de los recobros realizados por la SSSPSA al Fosyga, por atenciones No POS a la población del régimen subsidiado entre 2010 y 2013? Es de tener presente que las investigaciones que existen sobre recobros son exclusivamente para el régimen contributivo.

Para dar respuesta a la pregunta formulada en el párrafo anterior, se planteó la investigación con el objetivo de caracterizar los recobros realizados por la SSSPSA al Fosyga por atenciones al régimen subsidiado No POS entre 2010 y 2013, con relación a: 1) determinar las facturas cobradas y pagadas en los años 2010 a 2013; 2) establecer los valores y eventos recobrados y pagados; 3) caracterizar las facturas, los valores y los eventos glo-

† Respectivamente: 1) el Decreto 1281 de 2002 [14]; 2) la Circular 48 de 2003 [15]; 3) la Resolución 4377 de 2010 [16], Circular 021 de 2012 [17] y Decreto Ley 2591 de 1991, art 27 [18].

§ Una cuenta que maneja los recursos: 1) del Sistema General de Participaciones (SGP) en Salud de subsidios a la demanda; 2) del SGP que financian el Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud (FONSAET); 3) del monopolio de juegos de suerte y azar; 4) de cotizaciones e intereses; 5) de las Cajas de Compensación Familiar; 6) del Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE); 7) del Presupuesto General de la Nación; h) por recaudo del impuesto al valor agregado (IVA); 8) del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (Fonsat); 9) del 50 de la prima anual del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT); 10) de la Industria Militar Colombiana (Indumil); 11) del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los anteriores; 12) de los copagos por atenciones No POS-c; 13) de los rendimientos financieros por la administración de los recursos del Sistema y sus excedentes; 14) producto de la Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); y 15) Los demás que se destinen a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud [19, artículo 67].

sados, y 4) caracterizar las instituciones de salud implicadas y los usuarios atendidos.

La investigación presenta resultados hasta el 2013, porque los recobros desde la SSSPSA se realizaron hasta ese año, dada la actualización y la unificación del POS (Acuerdo 029 de 2011), y por la confusión sobre los responsables de los pagos en los años siguientes, lo que generó acumulación de deudas con las IPS, afectó su financiación y aceleró la crisis hospitalaria [26,32,33]. Para enfrentar estos problemas acumulados, el Gobierno nacional estableció el “Acuerdo de Punto Final” en junio de 2019, con el objetivo de resolver los problemas de desfinanciación acumulados en las IPS por el no pago de los servicios, sanear las deudas históricas de \$5,2 billones por eventos no financiados con la UPC del régimen contributivo y \$1,5 billones del régimen subsidiado, y garantizar la liquidez y la eficiencia del gasto en salud, sin afectar el acceso, la calidad y el derecho a la salud [34].

De esta manera, la investigación da cuenta del comportamiento y la pertinencia (no glosamiento) de los recobros en la SSSPSA (2010-2013) por atenciones en el régimen subsidiado, y su situación frente a las medidas tomadas por el MSPS. Asimismo, brinda elementos para la gestión del proceso reiniciado en 2019, que permitan la eficiencia en el uso de los recursos, la garantía del derecho a la salud, el mejoramiento de la salud y la salud pública de las poblaciones, y es el punto de partida para desarrollar procesos similares, una vez se hagan efectivos los recobros acumulados, según el “Acuerdo de Punto Final”.

Desde el punto de vista de la salud pública, la investigación da cuenta del manejo de los recursos de la salud y la dinámica de los pagos por las atenciones de alto costo brindadas por instituciones de salud de alta complejidad. Además, evidencia que son estas las que tienen que soportar las fallas estructurales del sistema en la definición de los responsables de los pagos, lo que contribuye a su desfinanciación y afecta el cumplimiento de su rol en el nivel de prevención que les compete, lo que favorece la morbilidad y las complicaciones, y pone en riesgo la salud de la población.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, según información oficial suministrada por la SSSPSA sobre el 100 % de los recobros por atenciones del régimen subsidiado y correspondientes a 894 facturas por valor de \$7 815 241 869.

Se codificaron los datos de las variables consignadas, para facilitar la tabulación y la consolidación de la información: código de identificación de pacientes, evento a recobrar, IPS que prestó el servicio, valor del recobro, estado actual, valor pagado, observación (esta-

do de la glosa), tipo de recobro: “Procedimiento”, “Actividad”, “Intervención” o “Medicamentos e insumos”. Estas variables se analizaron en orden, según el objetivo planteado.

La consolidación y el procesamiento de la información se realizó en Excel® 97 2003 del *software* Microsoft Office, utilizando técnicas estadísticas descriptivas como: medidas de tendencia central y de variabilidad para variables cuantitativas, y variables de distribución de frecuencias tanto absolutas como relativas para las cualitativas. Igualmente, se utilizaron gráficos y tablas, según el tipo de variable a analizar.

Este estudio enfatiza en los tipos de eventos recobrados y su pertinencia, en los valores aprobados o rechazados como glosas.

La investigación es catalogada de riesgo mínimo, según la Resolución 8430 de 1993 [35] del Ministerio de Salud de Colombia. Se aplicó el criterio de justicia, que plantea el Informe Belmont [36], al garantizar la inclusión de todas las instituciones y todos los eventos objeto de recobro, y se cumplió con lo establecido en la Resolución Rectoral 40455 de 2015, de la Universidad de Antioquia, de respetar la propiedad intelectual [37].

Resultados

Facturas presentadas y pagadas o reconocidas

Se recobraron 894 facturas al Fosyga, 497 (56 %) en el 2010, 238 (27 %) en 2011, y 80 (9 %) y 79 (8) en los años siguientes, con una variación negativa de -84 % y un coeficiente de correlación (R^2) de 0,85 (véase Figura 1).

Del total 894, 463 (51,8 %) correspondían a medicamentos, 338 (37,8 %) a actividades, intervenciones y procedimientos (AIP), 85 (9,5 %) a insumos y 8 (0,9 %) a la combinación de procedimientos e insumos.

La relación de eventos recobrados con el total de facturas por año mostró que, en los dos primeros años, los mayores porcentajes fueron para medicamentos, y en los siguientes, para AIP. De 497 recobros en el 2010, 268 (54 %) correspondieron a medicamentos, 185 (37 %) a AIP y el resto eran insumos. De las 238 facturas en el 2011, 135 (57 %) eran medicamentos, 70 (29 %) AIP y el resto eran insumos. De las 80 facturas en el 2012, 45 (56%) fueron para AIP y 28 (35%) medicamentos, y en el 2013, de 79 recobros, 38 (48%) eran para AIP y 32 (41%) para medicamentos y el resto para insumos.

De las 894 facturas, se pagaron total o parcialmente 294 (33 %). De este último total, 241 (82 %) se pagaron en el 2010; 21 (7,1 %) y 22 (7,5 %) en el 2011 y 2012, respectivamente, y 10 (3,4 %) en el 2013, con variación negativa de -96 % y un R^2 de 0,63. Del total reconocido, 189 (64 %) correspondían a medicamentos, 87 (30 %) a AIP y 18 (6 %) a insumos (véase la Figura 1).

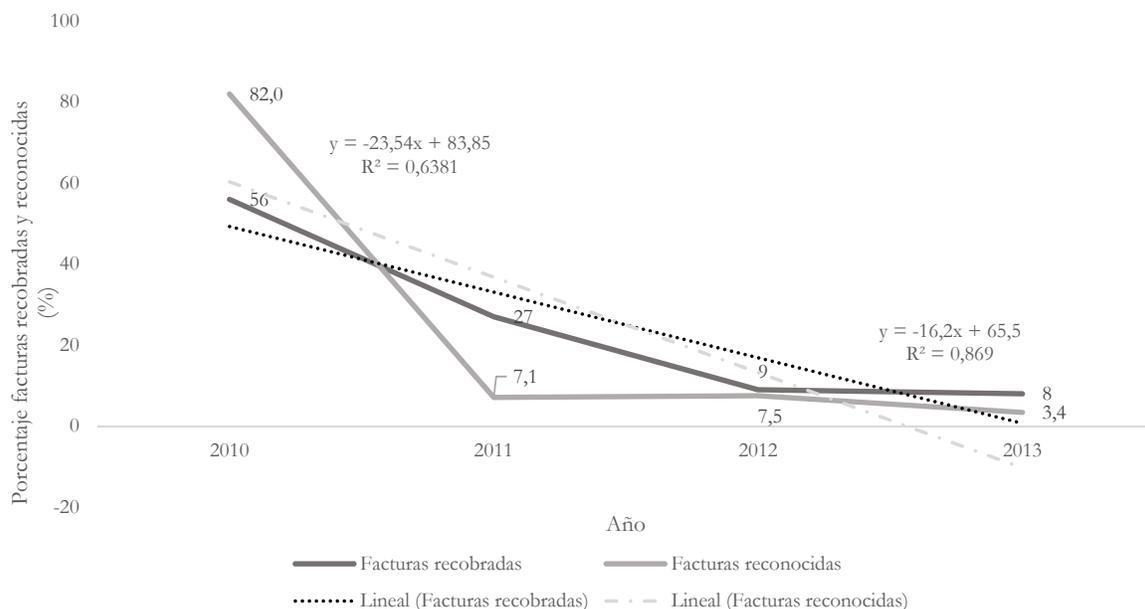


Figura 1. Tendencia de las facturas recobradas desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y reconocidas por el Fosyga. 2010-2013. R²: Coeficiente de correlación.

Fuente: Base de datos con información sobre recobros de la ssspsa. Cálculos propios.

La relación de facturas cobradas y pagadas o reconocidas por año mostró cómo, en todos los años, excepto en el 2013, predominaron las facturas de medicamentos, con 64 %, aunque en el 2012 fue del 82 %. Le siguieron las AIP con 30 %, pese a que en el 2013 ocupó el primer lugar con el 70 %; y, finalmente, los insumos, con 5 %, los cuales no fueron pagados en los dos últimos años (véase Tabla 1).

De las 894 facturas recobradas, el 88 % correspondía a autorizaciones del CTC [38] y el 12 % al Decreto 2591 de 1991 [19]. Estas últimas, como autorizaciones por tutela, se pagaron al 50 %, según la norma, o sea \$589 868 168, de los cuales el 65 % correspondía a medicamentos, 33 % a AIP y 0,2 % a insumos, y el resto a la combinación de los anteriores. Las facturas por ambos motivos (CTC y Decreto 2591) disminuyeron entre el primero y el último año: las primeras pasaron de 51 a 10 %, y las segundas —del Decreto 2591 de 1991—, de 82 a 4 %, con reporte solo en los dos primeros años.

Valores y eventos recobrados y pagados

El valor total recobrado fue de \$7 815 241 869. La distribución en los años fue con tendencia a la disminución: en el 2010, de \$3 977 536 690 (50,9 %); en el 2011, de \$2 158 747 705 (27,6 %); en el 2012, de \$542 889 176 (6,9 %), y en el 2013, de \$1 136 068 298 (14,6 %), con variación negativa de -71 % (véase en la Figura 2).

Del total recobrado, \$4 910 488 095 (63 %) correspondían a medicamentos; \$2 341 392 427 (30 %) a AIP;

\$114 608 146 (1 %) a insumos y 448 753 201 (6 %) a la combinación de los anteriores.

De los \$7 815 241 869 valores recobrados, se reconocieron o pagaron \$3 151 470 800 (40 %). De este último valor, se pagaron \$2 261 595 668 (71,8 %) en 2010; \$293 068 042 (9,3 %) en 2011; \$128 871 954 (4,1 %) en 2012 y \$467 935 136 (14,8 %) en 2013, con una variación negativa de -79 %. El comportamiento fue similar al de las facturas recobradas, cuya variación fue negativa de -84 % (véase Figura 2).

Los valores recobrados disminuyeron a través de los años en todos los eventos, hasta llegar a porcentajes de 3 % o menos, exceptuando los medicamentos, que, aunque en el 2012 presentaron el porcentaje del 3 %, en el resto de los años se mantuvo en niveles altos: 42 % en 2010, 33 % en 2011 y 22 % en 2013 (véase Tabla 2).

Al relacionar los valores pagados o reconocidos cada año respecto a los recobrados, se observó que de estos últimos valores en 2010 y 2012, se pagó el 7 %, y de lo recobrado en 2011, se pagó el 28 %, mientras en 2013 se pagó el 15 %, con una variación negativa entre el primero y último año de -79 %.

Del valor total pagado, el 61 % correspondía a medicamentos; el 35 % a AIP, y el 2 % a insumos. El 2 % restante, a la combinación de estos.

Los valores reconocidos fueron superiores, en el 2010, para AIP, con el 90 %, y para otros, el 100 %. En el 2011 fue superior para insumos, con 62 %. En los años restantes, estos valores fueron superiores para medicamentos, hasta llegar a 23 % en 2013. Es de resaltar que

Tabla 1. Distribución porcentual de las facturas recobradas por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y reconocidas desde el Fosyga, según clasificación del evento y año. 2010-2013

Evento	2010		2011		2012		2013		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Medicamentos	155	64	13	61,9	18	82	3	30	189	64
Actividad, intervención y procedimiento	70	29	6	28,6	4	18	7	70	87	30
Insumos	16	7	2	9,5	0	0	0	0	18	6
Total	241	100	21	100	22	100	10	100	294	100

Fuente: Base de datos con información sobre recobros de la SSSPSA. Cálculos propios.

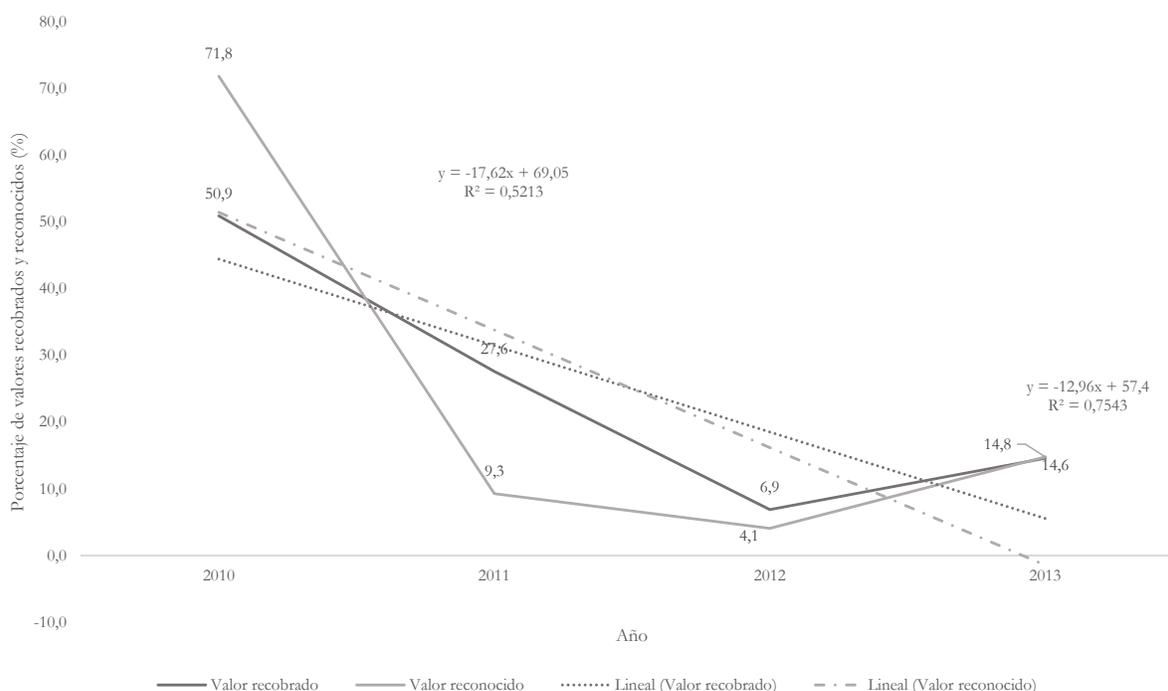


Figura 2. Tendencia de los valores recobrados desde la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y reconocidos por el Fosyga. 2010-2013. R²: Coeficiente de correlación.

Fuente: Base de datos con información sobre recobros de la SSSPSA. Cálculos propios.

Tabla 2. Distribución de valores recobrados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y reconocidos por el Fosyga, según elemento a recobrar. Antioquia. 2010-2013

Año	AIP				Medicamentos				Insumos				Otros (combinación de eventos)			
	Recobrado (\$)	%	Reconocido	%	Recobrado (\$)	%	Reconocido	%	Recobrado (\$)	%	Reconocido	%	Recobrado (\$)	%	Reconocido	%
2010	1.490.711.025	63,7	993.827.978	90	2.071.013.875	42	1.172.794.113	61	39.296.812	34,3	16.731.038	28	376.514.978	84	78.242.539	100
2011	436.941.868	18,7	61.815.328	6	1.628.091.892	33	187.552.714	10	71.077.846	62	43.700.000	72	22.636.099	5	0	0
2012	363.689.074	15,5	17.713.087	2	140.926.410	3	111.158.867	6	2.580.492	2,3	0	0	35.693.200	8	0	0
2013	50.050.460	2,1	25.686.500	2	1.070.455.918	22	442.248.636	23	1.652.996	1,4	0	0	13.908.924	3	0	0
Total	2.341.392.427	100	1.099.042.893	100	4.910.488.095	100	1.913.754.330	100	114.608.146	100	60.431.038	100	448.753.201	100	78.242.539	100

AIP: Actividades, intervenciones y procedimientos.

Fuente: Base de datos con información sobre recobros de la SSSPSA. Cálculos propios.

los valores reconocidos o pagados para los otros eventos disminuyeron en el 2013 a 2 % en AIP y en el 1 % en insumos (véase Tabla 2).

El comportamiento de los reconocimientos de los eventos cada año, mostró cómo los valores para los medicamentos fueron mayores de manera ascendente frente a los demás rubros, partiendo de 54 % en 2010 y finalizando en 94,5 % en 2013, esto a expensas de las AIP, que siempre estuvieron en descenso de 46 % en 2010 a 5,5 % en 2013. (véase Figura 3).

Los siguientes son procedimientos y medicamentos[§] por los cuales se pagó el 48 % del valor total aprobado:

- En 2010, representaron el 20 % (\$795 424 518) del valor total recobrado de \$397 8730 419 y el 42,1 % (\$783 196 518) del valor total reconocido de \$1 858 633 471:
 - La implantación cerebral profunda - neuroestimulador unilateral.
 - El implante coclear bilateral.
 - La implantación de neuroestimulador espinal.
 - Los medicamentos No POS: rituximab e imiglucerasa (cerezyme)
- En 2011, la Imiglucerasa (cerezyme) representó el 7 % (\$147 818 001) del valor total recobrado: \$2 158

747 705, y el 54,1 % (\$73 909 000) del valor total reconocido: \$136 483 079.

- En 2012, el bortezomib representó el 4,3 % (\$23 392 528) del valor total recobrado: \$542 889 176, y el 21 % del valor total reconocido: \$55 797 918.
- En 2013, el eculizumab representó el 38,2 % (\$434 750 000) del valor total facturado: \$1 136 068 297, y el 95 % (\$217 375 000) del valor total reconocido: \$229 863 504.

Eventos recobrados y pagados en el periodo 2012-2013 según Acuerdo 029 de 2011

Según el POS del Acuerdo 029 de 2011 [39], a partir del 2012 se observaron 159 recobros, de los cuales 15 (9 %) estaban incluidos en el POS, 127 (80 %) no y 17 (11 %) no tenían especificación.

De los 15 eventos incluidos en el POS, 8 (53,3 %) eran medicamentos, 5 (33,3 %) insumos y 2 (13,4 %) AIP. Esta última representó el 84,4 % del valor total recobrado (\$328 048 886), y los medicamentos, el 15 %.

Del total recobrado por medicamentos (\$29 777 191), se reconocieron \$14 888 595, siendo el 54 % para Imatinib y la sala de quimioterapia para su suministro, el 43 % para rituximab y la sala de quimioterapia, y el 3 % para gadolinio (véase Tabla 3)

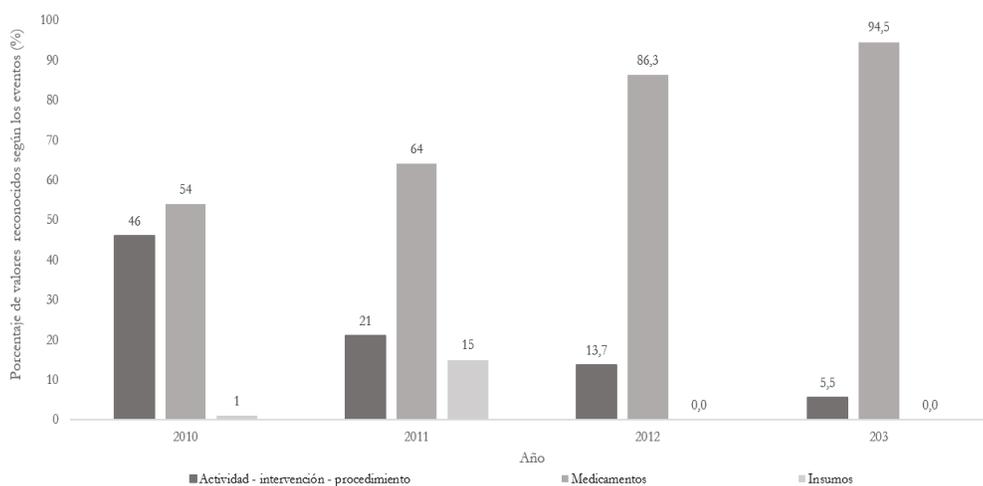


Figura 3. Distribución porcentual de los valores reconocidos por el Fosyga según los eventos recobrados por la SSSPSA por año. Antioquia. 2010-2013.

[§] -Rituximab: compuesto solución inyectable (sln. iny.). 100 mg / 10 mL y sln. iny. 1400 mg / 11,7 mL; marca Mabthera® sln. iny. 100 mg / 10 mL y Mabthera® sln. iny. 1400 mg / 11,7 mL. Registro sanitario Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (Invima) 2010M-013359R-1 e Invima 2015M-0016693; laboratorio Roche.
 -Imiglucerasa (Cerezyme®): compuesto (dosis extraíble 400 U) sln. iny.; marca Cerezyme® 400 U. Registro sanitario Invima 2010M-0010427; laboratorio Genzyme Corporation.
 -Bortezomib: compuesto polvo liofilizado 3,5 mg; marca: 1) Egidon® 3,5 mg polvo liofilizado; 2) Mibzo, y 3) Porix® Polvo liofilizado 3,5 mg. Registro sanitario: 1) Invima 2019M-0019398; 2) Invima 2020M-0019561, y 3) Invima 2019M-0018937. Laboratorio: 1) Laboratorios Richmond S. A. S; 2) msn Laboratories, c) Xinetix pharma S. A. S.
 -Eculizumab: compuesto sln. iny. 300 mg; marca Soliris® 300 mg solución para infusión intravenosa. Registro sanitario Invima 2017M-0012634-R1; laboratorio Alexion Pharma Colombia S. A. S.

Tabla 3. Medicamentos, actividades, intervenciones, procedimientos e insumos contenidos en el Acuerdo 029 de 2011, recobrados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia y pagados o reconocidos y glosados por el Fosyga. Antioquia 2012-2013.

	Valor Re-cobrado (\$)	Valor reconocido (%)	%	Porcentaje glosa (%)	Compuesto	Marca	Registro sanitario	Laboratorio
Medicamentos								
Gadolinio	446.900	223.450	2	50	Ácido gadotérico (Correspondiente a DOTA 202,46 mg; óxido de gadolinio 90,62 mg / mL solución inyectable (sln. iny.))	Clariscan® sln. iny.	Invima 2019M-0018804	GE Healthcare A. S.
					Magnevist® sln. iny.	Invima 2016M-011768-R3	Schering	
					Mesilato de imatinib (forma alfa) Inh equivalente a imatinib Cápsulas (cáp). 400 mg	Imuday cáp.	Invima 2019M-0018735	Elpen Pharmaceutical
Imatinib	16.042.207	8.021.104	54	50	Imatinib mesilato equivalente a imatinib tabletas (Tab.). 100 mg	Invima 2016M-0017146	Sun Pharmaceutical	
					Imatinib mesilato equivalente a imatinib Tab. 400 mg	Invima 2016M-0017145		
Rituximab	6.420.592	3.210.296	22	50	Rituximab sln. iny. 100 mg / 10 mL	Mabthera® sln. iny. 100 mg / 10 mL	Invima 2010M-013359R-1	Roche
					Mabthera® sln. iny. 1400 mg / 11,7 mL	Invima 2015M-0016693		
Eventos recobrados contenidos en el Acuerdo 029 de 2011 y recobrados y no pagados. Antioquia 2012-2013								
Gadolinio	446.900	0	0,10	100	Ácido gadotérico (Correspondiente a DOTA 202,46 mg; óxido de gadolinio 90,62 mg / mL sln. iny.)	Clariscan® sln. iny.	Invima 2019M-0018804	GE Healthcare A. S.
					Inmunoglobulina humana normal. sln. iny. 2500 mg / 50 mL	Blauimuno® 2500 mg / 50 mL	Invima 2019M-0019216	Blau Farmacéutica
					Inmunoglobulina humana normal. sln. iny. 100 mg / mL	Hyqvia® 100 mg / mL	Invima 2017M-0017701	Baxter S. A.
Inmunoglobulina humana	18.646.992	0	6,30	100	Inmunoglobulina humana normal. sln. iny. 165 mg / mL	Gammanorm® 165 mg / mL	Invima 2019M-0013248-R1	Octapharma A. G.
					Inmunoglobulina humana normal. sln. iny. 10 %	Octagam® 10 %	Invima 2019M-0013104-R1	Biospifar S. A.

	Valor Re- cobrado (\$)	Valor recono- cido (%)	%	Porcentaje glosa (%)	Compuesto	Marca	Registro sanitario	Laboratorio
Bloqueo de nervio periférico o plejos	482.700	0	0,20	100				
Implantación cerebral profunda - neuroesti- mulador bilateral	166.567.800	0	55,90	100				
Movimientos anormales								
Trasplante de pulmón	110.321.761	0	37,00	100				
Insurno No pos (2 tirillas) cada una a \$76.800	153.600	0	0,00	100				
Ortesis de sedestación con prolongación cefálica	876.834	0	0,30	100				
Ortesis tobillo pie rígida	387.554	0	0,10	100				
Ortesis tobillo pie sólida rígida	387.554	0	0,10	100				
Total	298.271.695	0	100	100				

Insurno: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

Fuente: Base de datos con información sobre recobros de la ssspsa. Cálculos propios

Algunos recobros realizados por AIP, medicamentos o insumos, incluidos en el POS, por \$278 271 695, no fueron reconocidos. De este valor, procedimientos como la implantación cerebral profunda - neuroestimulador bilateral movimientos y el trasplante de pulmón representaron el 55,8 y 37 % respectivamente, es decir, el 92,8 %, y de los medicamentos, la inmunoglobulina humana, el 6,3 % (\$18 646 992) (véase Tabla 3)

De los 127 eventos que realmente no estaban incluidos en el POS, 78 (61,4 %) correspondía a AIP, 43 (33,9 %) a medicamentos y 6 (4,7 %) a insumos. El valor recobrado por estos 127 eventos fue de \$1 283 486 469, de los cuales el 86,6 % era por medicamentos, el 10,4 % por AIP y 3 % insumos.

Facturas, valores y eventos glosados

Las solicitudes de recobro pueden ser rechazadas cuando los valores objeto ya han sido pagados, si son extemporáneas, si no hay concordancia entre la información del medio físico y el magnético, y cuando se corresponde el medicamento con lo estipulado en el fallo de la tutela o del CTC [40].

De las 894 facturas presentadas para recobro al Fosyga, 600 (67,2 %) fueron glosadas totalmente, 70 (7,8 %) tuvieron pago parcial, 86 (9,6 %) fueron pagadas al 50 % en los años 2010 y 2011, y 138 (15,4 %) fueron pagadas al 100 %.

De las 600 facturas glosadas, 256 (42,6 %) se hicieron en el 2010, 217 (36,2 %) en el 2011, y 58 (9,7 %) y 69 (11,5 %) en los años siguientes, respectivamente. Y

274 (45,7 %) correspondían a medicamentos, 251 (41,8 %) a AIP y 75 (12,5 %) a insumos.

Del valor total recobrado en los años de estudio, \$7 815 241 869, se glosaron totalmente, \$4 663 771 069 (59,7 %); con pago parcial, \$1 094 276 945 (14 %), con pago al 50 %, \$697 639 100 (8,9 %), y pago al 100 %, \$1 359 554 755 (17,4 %).

Del valor glosado total o parcialmente, \$5 758 048 014, el 38 % se realizó en el 2010, el 37 % en el 2011, el 9 % en el 2012 y el 16 % en el 2013, con una variación negativa de -58 %, y el 64 % correspondía a medicamentos, el 27 % a AIP, el 1 % a insumos, y el resto a la combinación de los anteriores.

Las glosas se realizaron porque las atenciones estaban incluidas en el POS principalmente, aunque se observaron eventos que, siendo objeto de pago, fueron glosados por no presentar soportes (1 por \$412 929) o por presentación extemporánea (39 por \$177 920 304), por estar en el régimen contributivo (2 por \$636 318), y anuladas 12 (\$28 653 864). Es de recordar que, en caso de ser por tutela, se reconoció solo la mitad y se glosó el resto (88 por \$333 609 300).

De 374 facturas por valor de \$2 612 427 026, glosado y respondido, fueron aceptadas 19 por valor de \$134 230 028, con un porcentaje de aceptación del 5 %, por lo que el 95 % restante continuó con glosa definitiva.

La tendencia de los valores recobrados, pagados y glosados estuvo siempre en descenso en los años de análisis, con R² de 0,75, 0,51 y 0,67 respectivamente (véase Figura 4).

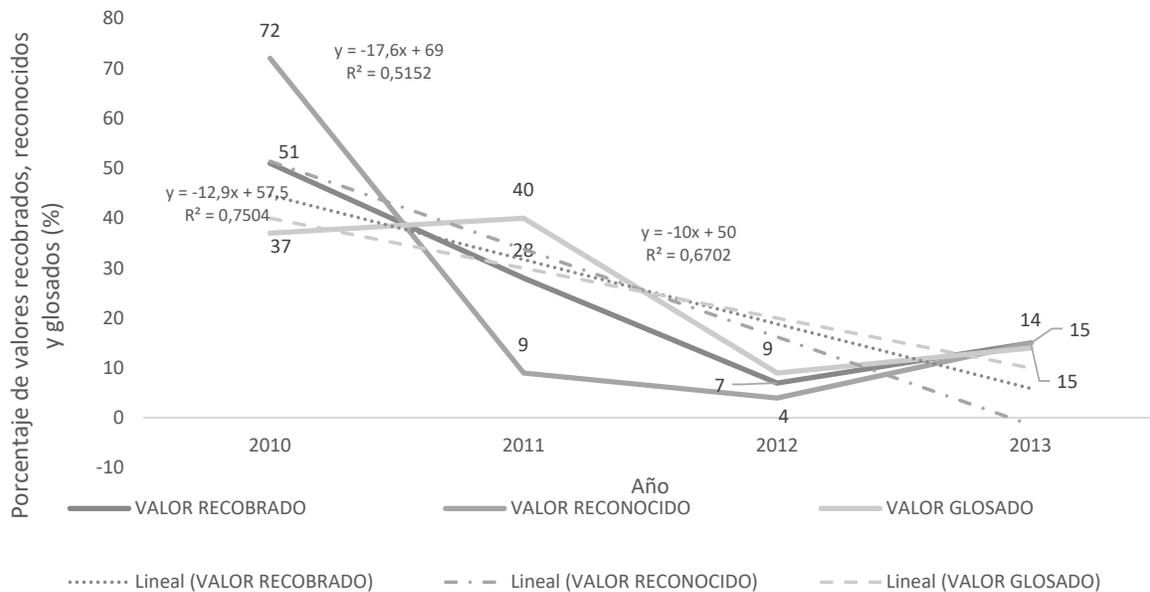


Figura 4. Valores recobrados por la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, reconocidos (pagados) y glosados por el Fosyga. 2010-2013

Fuente: Base de datos con información sobre recobros de la ssspsa. Cálculos propios.

Instituciones de salud implicadas en los recobros de medicamentos y usuarios beneficiados

Las instituciones de salud donde fueron atendidos los pacientes y a quienes les formularon y brindaron medicamentos objeto de recobro fueron 17.

De 417 medicamentos facturados, el 40 % correspondía a la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital La María; el 47 % se repartió entre la Fundación Instituto Neurológico de Antioquia, la IPS Universitaria, el Instituto de Cancerología, y con el 2 %, a la ESE Hospital Manuel Uribe Ángel; el resto, en otras IPS. En promedio fue glosado el 83 % de las facturas de La María y del Hospital Universitario San Vicente de Paul, y el 60 % del Instituto Neurológico de Antioquia, el Hospital Mental de Antioquia y de Orphan Pharma.

Se observó un mayor asertividad en los recobros por medicamentos en el Instituto de Cancerología, con pago total del 14 % y pago parcial en el 51 %, y la IPS Universitaria, con pago total del 56 % y parcial del 24 %, y con glosas del 35 y el 20 %, respectivamente.

De las 894 facturas presentadas, correspondían a 399 pacientes únicos (45 %), 2,2 facturas en promedio por paciente, y el pago fue reconocido a 165 pacientes atendidos (18 %). Estos últimos representaron el 41 % respecto a los 399 pacientes atendidos. Cada año, a partir del 2010, los pacientes a quienes se les recobró un evento disminuyeron: 191, 124, 44 y 40, con una variación negativa de -79 %. Asimismo, el número de pacientes a quienes se les aprobó el evento recobrado pasaron de 130 en 2010, a 14 en los dos años siguientes respectivamente, hasta llegar a 7 en el 2013, con una variación negativa de -95 %.

Discusión

Las facturas radicadas y aprobadas disminuyeron entre 2010 y 2013, de 56 al 9 %, y del 81 al 3 % respectivamente, con una variación negativa de -84 y de -96 % también respectivamente. Franco encontró disminución de facturas aprobadas del 85 al 81 % entre 2013-2014 [29]. Los resultados fueron contrarios al estudio del MSPS, donde las solicitudes del régimen contributivo, radicadas y aprobadas por atenciones entre 2009 y 2015, aumentaron a 165,1 y 190,6 % respectivamente [30].

Los valores recobrados entre 2010 y 2013 de igual modo se redujeron de 51 a 15 %, con una variación de -71 %. El MSPS encontró el valor promedio por recobro, radicado y aprobado, también decreciente desde el 2009, con valor promedio recobrado reducido en un 62,4 %, y entre 2013-2014, la variación fue negativa, de -13,6 % [30]. Los valores aprobados en esta investigación igualmente disminuyeron de 56,9 a 15 %, con variación negativa de -79 %. Lo mismo sucedió en el estudio del MSPS,

con variación negativa de valores aprobados de -52,7 % entre 2010-2015 [30].

La disminución de las facturas recobradas, los valores recobrados y aprobados realizados desde la SSSPSA pudo estar influenciada por las medidas tomadas desde el MSPS, relacionadas principalmente con los controles de precios de medicamentos y valores máximos de recobro [30]. Posiblemente, la experiencia ha llevado a una mejor depuración de los eventos objeto de recobro.

De las 894 facturas recobradas, el 85 % correspondía a autorizaciones CTC y el 14 % a aquellas vía tutela, y de estas últimas, el 65 % del pago se derivó a medicamentos. Situación similar se presentó en estudio de recobros por patologías oncológicas, entre 2011 y 2012, donde el 82,5 % correspondía a autorizaciones CTC, y el 17,5 % vía tutela [41].

Por otro lado, se observó que, comparando los recobros CTC y vía tutela, de 2010 respecto al 2013, disminuyeron, en CTC, de 8 a 3 %, y en los casos vía tutela, de 51 a 10 %. El estudio del MSPS evidenció aumento en los primeros y descenso en los segundos [30]. Las autorizaciones CTC indican que, a pesar de haber tenido varias actualizaciones del POS, aún se tienen eventos o tecnologías en salud que, por su alto costo, están por fuera del POS, lo que señala que es necesario hacer nuevas actualizaciones del mismo. La presencia de eventos recobrados vía tutela indica la existencia de problemas de acceso a la salud y, por ende, se está violando el derecho a la salud, por eventos que están incluidos en el POS y por los cuales deben responder las EAPB con cargo a las UPC, lo que puede estar contribuyendo a la desfinanciación del sistema.

A pesar de las medidas establecidas desde el MSPS para el control de recobros por medicamentos [30], se observó que estos fueron los más recobrados y pagados, con el 67,5 y 61 % respectivamente, y las AIP en segundo renglón, con el 30 y el 35 % también respectivamente. El estudio del MSPS dio resultados similares, pero fueron los insumos los que ocuparon el segundo lugar, vía tutela, con el 22 % [30].

Entre 2012 y 2013 se hicieron 159 recobros, 9 % (15) de ellos incluidos en el POS, porcentaje menor al encontrado en el estudio de Pinto y Castellanos, donde el 59 % de 183 procedimientos se encontraba en el POS, entre 2002 y 2003 [3]. Por otro lado, se reconocieron \$14 888 595 por medicamentos incluidos en el POS: Imatinib (54 %), Rituximab (43 %) y Gadolinio (3 %). García y Ocampo caracterizaron 4325 recobros de medicamentos, el 39 % de ellos eran POS, siendo los más recobrados: interferones, betabloqueadores, anticonvulsivantes, antiparkinsonianos, antihipertensores, antiácidos, anti-retrovirales, broncodilatadores y corticoides [42]. Es de tener presente que los anteriores, por ser POS, eran de responsabilidad de las EAPB

Del total facturado, \$7815 241 869, se reconoció el 40 %, con una glosa del 60 %. Esta última pudo ser mayor, si se tiene en cuenta que se realizaron reconocimientos de medicamentos, aunque estaban incluidos en el POS. En el estudio de Morales, la glosa fue del 10 % [42], y la encontrada por el MSPS en el estudio de recobros 2004-2009 fue del 30 %, la cual se redujo entre 2013 y 2015 a 27 %; esto, al parecer, por la adopción de recomendaciones de la Corte Constitucional: 1) tener consistencia en la información, 2) diligenciar los nombres de los usuarios atendidos con las tecnologías en salud No POS, 3) soportar evidencia de la entrega de la tecnología en salud, 4) realizar el pago de la factura de venta o documento equivalente, 5) tener autorización del CTC, y 6) reportar al Sistema de Información de Precios de Medicamentos [30]. Se resalta el recobro por respuesta a glosas y la aprobación solo del 5 %, lo que, sumado a la glosa total, implica baja eficacia y un desgaste administrativo y financiero para el sistema.

Se observó la implicación de 17 IPS que fueron afectadas con la glosa del 60 %, lo que pudo afectar su financiación, puesto que, de todas maneras, realizaron las atenciones a los pacientes, lo que implicó inversión de recursos. La desfinanciación cada vez mayor de las IPS tiene efectos negativos en el acceso y la calidad de la atención y, a su vez, en la salud y la salud pública de la población.

De las 894 facturas, fueron recobradas 399 que implicaron una atención por paciente, por lo que las 894 significan un promedio de 2,2 facturas por paciente, y la aceptación de pago correspondió al 41 % de ellos. A partir del 2010, pacientes y recobros aprobados disminuyeron, con variaciones negativas de -79 y -95 %. El MSPS encontró, entre 2013 y 2015, que aunque hubo crecimiento en el número de usuarios de recobros aprobados, el porcentaje de aprobación según usuarios únicos se redujo de 89,4 % en 2013 a 79,9 % [30]. Como varias facturas corresponden a las atenciones de un paciente, la negación de estas compromete la atención en salud y, por ende, se afecta la garantía del derecho a la salud.

Conclusiones

Las IPS históricamente han sido las afectadas con la racionalización de los recursos financieros para el sistema, pues una glosa del 60 % y ante la falta de identificación de los responsables de los pagos, las obliga a soportar los vacíos financieros por atenciones ya realizadas, aumentando el riesgo de crisis hospitalaria. Lo anterior, en detrimento del acceso y la calidad a los servicios y de la salud de la población. Se espera que, con el “Acuerdo de Punto Final”, se subsanen las deudas acumuladas con las IPS y se logre la solvencia financiera que permita ga-

rantizar el derecho a la salud y contribuir en la salud y la salud pública de la población.

La gestión de los recobros no se compensa con la efectividad en los pagos de solo el 40% (\$3 126 096 748) del valor total recobrado (\$7815 241 869), y el 5 % (\$ 134 230 038) del valor total de respuesta a glosas (\$2 612 247 026), convirtiéndolo tal vez en un proceso administrativo ineficiente e ineficaz, que solo contribuye a aumentar los costos de operación, que pudiera estar afectando la financiación del sistema. Esta situación mejoraría con controles preventivos a las facturas y con una actualización del POS más incluyente.

Este trabajo es un aporte a la ciencia, en tanto se amplía el conocimiento sobre el estado de los recobros realizados desde la SSSPSA, y porque los resultados pueden servir de base para plantear otras investigaciones utilizando las mismas variables u otras, que amplíen el conocimiento en el tema, como, por ejemplo, el costo efectividad del proceso, sobre todo en ese momento en el que tomó relevancia, dada su reactivación en el país a partir de 2019, con el “Acuerdo de Punto Final”.

El análisis no pudo ser más exhaustivo, debido a la falta del diagnóstico y de las causas de las glosas. Por otro lado, había múltiples formas de respuestas de recobrador y pagador, por lo que se carecía de códigos estandarizados. Lo anterior dificulta un diagnóstico adecuado como apoyo a la toma de decisiones.

Aunque el estudio incluía el año 2014, este no se pudo tener en cuenta porque para ese entonces el tema de recobros dejó de ser relevante, dada la actualización del POS.

Agradecimientos

Agradecemos al Centro de Investigación Docente de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, por su apoyo financiero para la realización de este proyecto.

Conflicto de interés

Las autoras no tenemos afiliación con la Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia; por lo tanto, no tenemos conflicto de interés con la entidad, que impida o limite la presentación de la investigación.

Declaración de responsabilidad

Los puntos de vista expresados en el artículo son responsabilidad de las autoras y no de la Facultad Nacional de Salud Pública o de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia.

Declaración de autoría

Gilma Stella Vargas Peña. Diseñó el proyecto de investigación, analizó la información, y diseñó y escribió el manuscrito.

Laura Ruiz Sánchez. Realizó la búsqueda de literatura, procesó y consolidó la información, y participó en el análisis de los datos y en la realización del manuscrito.

Referencias

- Colombia. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de Colombia; 1991.
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41146 (1993 dic. 23).
- Pinto M, Castellanos MI. En el Sistema general de seguridad social colombiano. Caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. Rev. Gerenc. Políticas Salud. 2004;3(7):40-61.
- Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Subdirección Técnica. Metodología para la actualización integral del Plan Obligatorio de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá: La Comisión; 2011.
- Personería de Medellín y Universidad de Antioquia. Experiencias y lecciones de un observatorio de salud en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia; 2011.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 de 2008. Derecho a la salud es un derecho fundamental (2008 jul. 31).
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1681 de 2015, por el cual se reglamenta la Subcuenta de Garantías para la Salud del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA. Diario Oficial 49610 (2105 ago. 20).
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 4107 de 2011, por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social (2011 nov. 2).
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011, por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones (2011 ene. 19).
- Colombia. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49427 (2015 feb. 16).
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3047 de 2008, por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Diario Oficial 47082 (2008 ago. 14).
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3099 de 2008, por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, pos, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela. Diario Oficial 47088 (2008 ago. 19).
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 de 2007, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones (2007 dic. 7).
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1281 de 2002, por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación. Diario Oficial 44.840 (2002 jun. 19).
- Colombia. Superintendencia Financiera. Circular 48 de 2003, modifica proformas, formatos, el capítulo XIII, numeral 1 de Circular Básica Contable y Financiera y el Plan Único de Cuentas para el sistema financiero (2003 dic. 24).
- Colombia. Ministerio de la Protección social. Resolución 4377 de 2010 por la cual se modifican las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008. Diario Oficial 47884 (2010 oct. 29).
- Colombia. Superintendencia Financiera. Circular 021 de 2012, Reglas especiales para la administración del riesgo de crédito en créditos otorgados a las víctimas a las que se refiere la Ley 1448 de 2011, en atención a lo previsto en el artículo 128 de dicha Ley (2012 jun. 20).
- Colombia. Presidencia de la República. Decreto 2591 de 1991 por el cual se reglamenta la acción de tutela consagrada en el artículo 86 de la Constitución Política. Diario Oficial 40165 (1991 nov. 19).
- Colombia. Congreso de la República. Ley 1753 de 2015, por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país". Diario Oficial 49538 (2015 jun. 9).
- Merlano C, Gorbaneff Y. Pegándole al tigre de papel. Comentarios a las disposiciones de la Ley 1474 de 2011 sobre el sistema de salud. Rev. Econ. Inst. 2012;14(26):287-91.
- Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009;27(2):121-30.
- Martínez P, Rodríguez LA, Agudelo CA. Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud. Rev. Salud Pública. 2001;3(1):13-39.
- Rivera AF. Coyuntura del sistema de salud en Colombia: caracterización de una crisis desde las particularidades financieras de las eps. Rev. Gestión & Desarrollo. 2013;10(1):103-116.
- Gañan JL. Los muertos de la Ley 100. Prevalencia de la libertad económica sobre el derecho fundamental a la salud: una razón de su ineficacia. Caso del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Derecho y Ciencias Políticas; 2013.
- Franco S. Entre los negocios y los derechos. Rev. Cuba. Salud Pública. 2013;39(2):268-284.
- Gómez RD, Nieto E. Colombia: ¿qué ha pasado con su reforma de salud? Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública. 2014;31(4):733-9.
- Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C252 de 2010, Decreto declaratorio de estado de emergencia en materia de salud (2010 abr. 16).
- Corte Constitucional. Once mil muertos aparecen como beneficiarios de recobros. Boletín de prensa [internet]. 2011 [citado 2018 nov. 2]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/comunicados/noticias/NOTICIAS%2020%20DE%20MAYO%20DE%202011.php>
- Franco Restrepo C. Recobros: ¿quién se beneficia y quién no? [trabajo de grado]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas; 2015.

30. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Seguimiento a recobros no pos régimen contributivo. Resultados 2014 y 2015 [internet]. s. f. [citado 2018 oct. 21]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Seguimiento-a-recobros-no-pos.pdf>
31. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Recobros al Fosyga por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios 2009-2014. Boletín bimestral 11 [internet]. 2015 [citado 2018 jul. 30]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud%20-boletin-numero-11.pdf>
32. Manrique L, Eslava J. Auscultando la corrupción en la salud: definición y causas. ¿Qué está en juego? Rev. Colomb. Obstet. Ginecol. 2011;62(4):308-14.
33. Eslava JC. Hospital universitario y crisis hospitalaria en Colombia. Rev. Gerenc. Políticas Salud. 2002;1(2):41-48.
34. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Acuerdo de Punto Final, medida para mejores servicios de salud: presidente Duque [internet]. 2019 [citado 2020 ene. 23]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Acuerdo-de-Punto-Final-medida-para-mejores-servicios-de-salud-presidente-Duque.aspx>
35. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (1993 oct. 4).
36. Observatori de Bioètica i Dret. Informe Belmont. Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento. Estados Unidos; 1979.
37. Universidad de Antioquia. Resolución Rectoral 40455 de 2015, por la cual se crea el Comité Central de Ética en Investigaciones de la Universidad de Antioquia (CCEI) (2015 jul. 28).
38. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2933 de 2006, por la cual se reglamentan los Comités Técnico-Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, pos y de fallos de tutela. Diario Oficial 46377 (2006 ago. 31).
39. Colombia. Ministerio de Salud. Acuerdo 029 de 2011, por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011, que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (2011 dic. 28).
40. Colombia. Ministerio de salud y Protección social. Resolución 5395 de 2013 por la cual se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 49016 (2013 dic. 24).
41. Morales HA. los recobros en el sistema de salud en Colombia: casi una enfermedad [trabajo de grado]. [Bogotá]: Universidad de los Andes. Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo; 2014.
42. García CY, Ocampo DM. Análisis de los recobros de medicamentos presentados ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga. Rev. Col. Cienc. Quím. Farm. 2006;35(2):307-13.

