

DOCUMENTOS DE TRABAJO PROESA



**Trazabilidad en el flujo de recursos
del sistema de salud**

Documentos PROESA #21
ISSN: 2256-4128



Documentos de Trabajo - PROESA

Trazabilidad en el flujo de recursos del sistema de salud.
© Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - PROESA.

Cali / Universidad Icesi, 2020
ISSN: 2256-4063 (En línea)

Palabras claves:
Salud / Economía / Investigación / Cali (Colombia)

Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas
Primera edición / Septiembre 2020

Rector: Francisco Piedrahita Plata
Secretaria General: María Cristina Navia Klemperer
Director Académico: José Hernando Bahamón Lozano
Decanos de la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas:
Carlos Enrique Ramírez, Ramiro Guerrero
Comité Editorial: Norman Maldonado, Victoria E. Soto, Ramiro Guerrero,
Sergio I. Prada, Yuri Takeuchi.
Redacción: PROESA- William García, Catalina Saavedra, Jefferson Muñoz,
Santiago Mosquera
Coordinador Editorial: Adolfo A. Abadía
Diseño y Diagramación: Sandra Moreno

Forma de citación:
PROESA y Cámara de Dispositivos Médicos e Insumos en Salud -ANDI "Trazabilidad de Recursos en el Sistema de Salud Colombiano" - Documentos de trabajo PROESA número 21, Cali.

Este documento técnico se realizó con base en los informes finales del proyecto de consultoría titulado "Trazabilidad de Recursos en el Sistema de Salud Colombiano", el cual fue contratado PROESA por la ANDI, Cámara de Dispositivos e Insumos Médicos; contrato que establece explícitamente garantizar el principio de independencia del centro PROESA.

Cali - Colombia
Calle 18 No. 122-135 (Pance), edificio B - piso 2.
Teléfono: +57 (2) 555 2334
E-mail: editorial@icesi.edu.co



PROESA es el centro de investigación en economía de salud de la Universidad ICESI y la Fundación Valle del Lili (FVL).

PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud - hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud, tanto a nivel nacional como internacional.

Misión

La misión es realizar investigación de alta calidad, diseminar el conocimiento y proveer orientación imparcial y objetiva para las políticas en protección social y economía de la salud.

Visión

La visión es ser reconocidos a nivel nacional como el centro de pensamiento líder en su campo, e internacionalmente como generador y transmisor de conocimiento en protección social y economía de la salud.

Principios

Pertinencia | Independencia | Transparencia | Excelencia

Equipo de trabajo

Norman Maldonado

Economista y PhD en Economía. Se desempeña actualmente como director de PROESA y profesor asociado de la Escuela de Economía y Finanzas de la Universidad Icesi.

Victoria Eugenia Soto

Economista y PhD en Ciencias de la Salud Pública. Se desempeña actualmente como investigadora de PROESA y Profesora afiliada al Departamento de Salud Pública de la Universidad Icesi.

Ramiro Guerrero

Economista y PhD en Economía. Se desempeña actualmente como decano de la Escuela de Economía y Finanzas de la Universidad Icesi.

William Ricardo García

Economista y MA en Economía. Se desempeña actualmente como investigador junior de PROESA y profesor tiempo parcial de la Escuela de Economía y Finanzas de la Universidad Icesi.

Sandra Camacho

Médica cirujana, especialista en epidemiología y magister en salud pública. Consultora independiente en entidades públicas y privadas, y en el diseño y evaluación de proyectos e investigaciones.

María de los Ángeles Pascual

Abogada, especialista en seguros y seguridad social. Consultora independiente con experiencia como asesora de los Ministerios de salud y Hacienda.

Jefferson Muñoz

Economista y Negociador Internacional y Mercadólogo Internacional y Publicista de la Universidad Icesi. Se desempeña actualmente como Asistente de Investigación en PROESA.

Junta Directiva de la ANDI Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud

Marisol Sánchez Gozález - Directora Ejecutiva
Cámara Dispositivos Médicos e Insumos para la Salud

Juliana Ayala - 3M

Guillermo de la Torre - ABBOTT

Esteban Lizarazo - AMAREY NOVA MEDICAL

Andrea Cataño - BAXTER

Oscar Pérez - BAXTER

Julio Cesar Bohórquez - BAXTER

Adolfo Ramón - B BRAUN

Heacleff Gutierrez - B BRAUN

Rafael López - BECTON DICKINSON

Roberto Sperber - BECTON DICKINSON

Camilo Arenas - BOSTON SCIENTIFIC

Luz Stella Gómez - GEMEDCO

Natalia Ortega - GOTHAPLAST

María Helena Castillo - JOHNSON & JOHNSON

Juan Carlos Madriñán - MEDTRONIC

Wilmer Pérez - ROCHE

Francisco Vélez - SIEMENS

Héctor Valencia - STRYKER

Agradecimientos

Amadeus Uribe, Ángela María Cruz Libreros, Anwar Rodríguez, Beatriz Eugenia Orbes Gutiérrez, Blanca Elena Peláez, Camilo Arenas, Carmen Eugenia Dávila, Claudia María Sterling Posada, Danny Moreano, Daniel Pinzón Fonseca, Diana Isabel Cárdenas, Esteban Lizarazo Lizarazo, Elisa Carolina Torrenegra, Enriqueta Cueto, Gabriel Mesa Nicholls, Germán Escobar Morales, Gilbert Barón, Iván Darío González Ortiz, Jaime González Montaña, Juan Alberto Serna Zuluaga, Juan Pablo Currea Tavera, Luis Alberto Tafur Calderon, Luz Stella Gómez Gómez, Marcela Brun, María Cristina Lesmes Duque, Mauricio Serra Tamayo, Mauricio Vélez Cadavid, Nelcy Paredes, Nicolás González Torres, Olga Lucia Zuluaga, Orlando Jaramillo, Jorge Enrique Enciso, Sergio Plata, John Mario González Varela, Teresa Tono.

Resumen ejecutivo

Para el año 2019 se giraron \$49.2 billones para financiar las atenciones por el Plan de Beneficios en Salud [PBS] de los colombianos, lo equivalente al 4.8 % del Producto Interno Bruto [PIB]. Por otro lado, el Gobierno Nacional lanzó el Acuerdo de Punto Final [APF] como medida para preservar la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS]. Hasta la fecha se han desembolsado recursos por alrededor de \$1.5 billones de un total de \$6.7 billones presupuestados para honrar los compromisos del acuerdo. De igual manera, se estableció una medida de giro directo de los recursos desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES] hacia los prestadores, Operadores Logísticos [OL], y proveedores de insumos y medicamentos; medida con la que, para el 2018, se giraron directamente recursos por valor de \$4.7 y \$15.6 billones de pesos para el Régimen Contributivo [RC] y el Régimen Subsidiado [RS], respectivamente. A pesar de estas grandes cantidades de recursos, varios actores del SGSSS perciben que estos no fluyen oportunamente, y que no hay transparencia ni trazabilidad o seguimiento de su flujo a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud. Así, el objetivo de este estudio es elaborar un diagnóstico de la trazabilidad de los flujos financieros en el sistema de salud de Colombia y plantear propuestas de lineamientos de política pública orientadas a superar los obstáculos que tiene dicha trazabilidad. Se utiliza la perspectiva de sistemas de salud y política pública.

La metodología del estudio fue de tipo cualitativo. Por medio de entrevistas semiestructuradas se indagaron las causas e implicaciones de la percepción de los actores sobre la trazabilidad de los recursos en el SGSSS. Se les pidió a los actores que diferenciaron su opinión entre los recursos de la Unidad de Pago por Capitación [UPC] y no UPC, el punto en el flujo a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud que se encontraba afectado, las diferencias entre RC y RS, y entre Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud [IPS] públicas y privadas. Se entrevistaron representantes del gobierno, aseguradores, prestadores, Gestores Farmacéuticos [GF] y proveedores de dispositivos. En total se realizaron 34 entrevistas durante los meses de julio y agosto de 2020.

El diagnóstico derivado de las entrevistas pone de manifiesto que existe un problema de trazabilidad del flujo de los recursos en toda la cadena a partir de la Entidad Promotora de Salud [EPS] que se traslapa con la percepción de los actores de insuficiencia de recursos para atender todas las bondades que ofrece el sistema de salud colombiano. El problema parece tener su origen primario en el fenómeno de las prestaciones que no se encuentran en el Plan de Beneficios de Servicios de Salud [PBS], el cual se distingue por cartera acumulada. Este problema de flujo no se hace evidente en la transferencia corriente de los recursos de UPC, ya que, y de acuerdo con el reporte de giro directo y la circular 08 de 2018 de la Superintendencia de Salud, la mayor parte de los recursos por este concepto recibidos por las EPS son transferidos a los prestadores u operadores logísticos [OL]. En el caso de los pagos por No PBS, estos cuentan con un pago previo o giro directo, no obstante, en el Mi Prescripción [MIPRES] no existe un registro completo de las atenciones No PBS prestadas.

Por otra parte, la trazabilidad del flujo de recursos se realiza en relación con los ingresos de las EPS y no con el valor de los servicios prestados. Así que no refleja el problema de tiempos de cartera, es decir, no se observa la oportunidad en el pago, los trámites, ni la porción que nunca termina pagándose. A partir de las IPS los problemas de flujo afectan a la totalidad de la cadena de instituciones que aportan a la producción de servicios de salud, ya que no hay trazabilidad de dichos flujos desde su llegada a las IPS u OL. Se percibe poca integración y visibilidad de la información existente para garantizar transparencia a los actores del sistema.

El desequilibrio entre las expectativas de provisión de servicios creadas por el legislador y lo que en realidad puede ser financiado por la misma población o por el Estado es la principal razón de la insuficiencia de recursos y el traslape entre recursos para atender el PBS y el No PBS, evidenciada en la imposibilidad de hacer un seguimiento preciso y consistente del flujo de recursos dirigidos a las atenciones en salud. Lo anterior, unido a la judicialización de la salud, ha producido un sistema paralelo de prestaciones. Estas son las primeras causas de problemas de trazabilidad del flujo que se originan a nivel sistémico.

Desde el punto de vista operativo, el panorama en trazabilidad de los flujos no es alentador. Los entrevistados señalaron que la falta de estandarización de los trámites y tiempos de auditoría, las actualizaciones de plataformas y mallas validadoras, la radicación, procesamiento, conciliación y pago de facturas, no solo generan un desgaste administrativo que pone en jaque la capacidad de los actores del sistema para dar respuesta oportuna y adecuada, sino que también tiene consecuencias directas en los recursos que se reciben por los diferentes actores. La complejidad de los procesos y reprocesos se traduce en una limitada trazabilidad del flujo de recursos.

Adicionalmente, las aseguradoras y prestadores tienen sistemas de reporte de sus transacciones que se diferencian entre sí, alimentando la confusión y la desconfianza para ambas partes, agravando el problema. La falta de desarrollo institucional de algunos actores en el sistema deteriora, aún más, el seguimiento ordenado y completo de los flujos. Por último, la ausencia de consecuencias contundentes para quien incumpla las reglas empobrece la credibilidad en las mismas y en las instituciones responsables de hacerlas cumplir.

De acuerdo con los entrevistados, las consecuencias más importantes de los problemas descritos se evidencian en el aumento de tarifas para cubrir los costos financieros de la operación, el cierre de servicios y la concentración de los mercados hacia los actores con mayor capacidad financiera. Todo esto tiene un impacto negativo sobre el acceso equitativo a los servicios de salud, los estándares de calidad, la percepción de los usuarios y los resultados en salud.

Como respuesta a las causas identificadas por los actores que finalmente limitan la trazabilidad de los flujos de recursos, se priorizaron soluciones de política pública desde a) una perspectiva de sistemas de salud y b) criterios de gobernanza para el sistema (transparencia, trazabilidad, participación y rendición de cuentas).

Las propuestas de política pública priorizadas y las recomendaciones para la acción desde los actores del sistema de salud, en particular desde la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia [ANDI], se describen a continuación:

1. La brújula del sector: definir explícitamente los objetivos y el alcance del sistema de salud, y la aceptación de las reglas de transparencia. A partir de una visión conjunta entre los diferentes actores que participan en la cadena de producción de servicios de salud, definir explícitamente los objetivos y el alcance del sistema de salud, y la aceptación de las reglas para un flujo transparente de recursos. Además, se debe implementar un conjunto de incentivos para alinear el quehacer de los actores con el logro de las metas sistémicas y con una vocación de estabilidad en las reglas en un marco de diez años, como se hizo, por ejemplo, en el Plan Decenal de Salud Pública. Las recomendaciones, abreviadas en letra cursiva, para la acción desde los actores en esta propuesta son:

- *Identificación de buenas prácticas.* Un punto de partida para crear esta brújula sería la elaboración, que puede ser gestionada desde las agremiaciones, de la compilación de buenas prácticas de gestión de cada uno de los actores de la cadena que contribuyen a la visibilización del valor que agregan al sector. A partir de esta compilación, el paso siguiente sería la solicitud por parte del regulador o la Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud] de la adopción de buenas prácticas, no unas estandarizadas, sino las de cada entidad. Este es un proceso a corto plazo que facilitará la elaboración del plan decenal.
- *Elaboración de un ABC para la estandarización de procesos.* Esta acción comprende la compilación y divulgación de aportes sectoriales para la estandarización de normas de auditoría y gestión adecuadas de recursos físicos (medicamentos, insumos y dispositivos médicos).
- *Elaborar una propuesta de diseño del sistema transaccional para el sector salud desde los actores.* El sector requiere procesos estandarizados y con información unificada para el seguimiento a los flujos financieros y de servicios. Debería haber una construcción conjunta desde los actores que derive en una propuesta para entregar al MinSalud, y que incluya, entre otras, la edificación de base de datos para el análisis de flujos de recursos a través de los actores que intervienen en la producción de servicios de salud y anexos para la factura electrónica.

2) Sistema de monitoreo y difusión del valor agregado: consolidar un esquema de monitoreo del valor agregado generado por cada actor del sistema de salud. El esquema debe contemplar la contribución con los objetivos del sistema de salud por parte de cada uno de los actores y generar visibilidad de dicha contribución o valor agregado de cada actor y del sistema de salud en su conjunto.

- *Determinación del valor agregado de cada actor en resultados producidos, intervenciones relacionados.* Identificar las áreas y las acciones mediante las que los agentes del sistema de salud están generando valor agregado; ejemplo de ello, pueden ser los programas de atención primaria centrados para la gestión del riesgo en pacientes crónicos o la innovación en procedimientos de salud.
- *Difusión de las buenas experiencias y valores agregados para el sistema de salud.* Los entrevistados coinciden en que hay desconfianza en el sector, por lo que resulta pertinente identificar experiencias y valores agregados para el sistema desde los actores, así como también el difundirlas.
- *Elaborar una propuesta de diseño para un sistema de monitoreo y evaluación de las propuestas de política pública.* El sistema requiere el diseño de indicadores que sean medibles, específicos, realizables y realistas de la situación financiera de los actores del sistema de salud, y mediciones del valor agregado y la contribución de los actores, en particular de los actores en provisión y suministro. La propuesta debe considerar las cifras de flujos reales y financieros de Dispositivos Médicos [DM] y la ampliación de la Circular 08. Las Cámaras de la Salud de la ANDI (Cámara de DM e Insumos para la Salud, Cámara de la Industria Farmacéutica, Cámara de la Salud, y Cámara de Gases Industriales y Medicinales) ya cuentan con experiencia en este sentido, ya que desarrollan encuestas de cartera del mercado institucional del sector salud.
- *Concretar un lenguaje común para dispositivos e insumos médicos.* Concretar el desarrollo del estándar semántico de los dispositivos e insumos médicos y llevar a cabo su validación para incorporarlos al lenguaje común (clasificaciones) entre los actores del sistema de salud. Esta codificación es parte central del sistema transaccional para el sector salud.
- *Elaborar y divulgar un reporte de cifras financieras y el valor agregado desde los actores.* La publicación y divulgación de cifras estructuradas y armonizadas de los actores del sistema de salud son un componente clave para la transparencia y rendición de cuentas. Los indicadores del sistema de monitoreo deberían ser utilizados para la elaboración y divulgación de un reporte que ilustre el valor agregado de los actores y su situación financiera. Una experiencia para mencionar son los reportes publicados por la Cuenta de Alto Costo [CAC].
- *Desarrollar un modelo de simulación para el análisis de flujos financieros y políticas públicas en el sistema de salud.* La metodología dinámica de sistemas implica el desarrollo de diagramas causales y modelos de simulación por computadora orientados a entender y simular los flujos financieros en el sistema de salud para evaluar las respuestas del sistema a las propuestas de política para mejorar el flujo y la trazabilidad de recursos financieros. Estos modelos permiten evaluar los impactos de las medidas de política para monitorear y adoptar lo que va funcionando.

3) Sistema transaccional común transparente y con estándares: aprovechar la facturación electrónica para generar procesos estandarizados entre los diferentes actores del sistema.

- *Elaborar una propuesta de diseño del sistema transaccional para el sector salud desde los actores.* El sector requiere de procesos estandarizados y con información unificada para el seguimiento a los flujos financieros y de servicios. Debería haber una construcción conjunta desde los actores que derive en una propuesta para entregar al MSPS. Esta propuesta, entre otras, debería incluir la construcción de base de datos para análisis de flujos de recursos a través de los actores que intervienen en la producción de servicios de salud y anexos para la factura electrónica. Todo lo anterior sería un insumo para la formulación de la brújula sectorial (propuesta 1).

4) Armonización y simplificación normativa: armonizar las normas alrededor del flujo de recursos y simplificación normativa. Se trata de avanzar en un proceso de armonización en el que se analicen, particularmente, las derogatorias tácitas que se han presentado a lo largo del tiempo y que generan confusión en quienes deben aplicar las normas. Se trataría de un proceso a mediano plazo que ha de desembocar en la derogatoria o modificación de aquellos apartes normativos que resulten redundantes, contrarios o, en algunos casos, inoperantes.

- *Armonización de normas para viabilizar propuestas del modelo transaccional.* Revisar la normatividad existente para definir qué está vigente y qué no, teniendo en cuenta la jerarquía de las normas y su fecha de expedición; hecho lo anterior, correspondería revisar cuáles de estas normas se superponen y generan dificultades en su cumplimiento por incluir variables que no son iguales, en procura de su simplificación y posterior difusión de manera sencilla y clara.

5) Acuerdo de Punto Final Extendido: crear una ruta de saneamiento y recuperación de los problemas del pasado que amplíe el alcance de la Ley de Punto Final.

- *Evaluar el impacto del tiempo de cartera en los precios del sistema de salud.* Uno de los principales impactos para el sistema de salud de los problemas de flujo de recursos es el aumento de tarifas para cubrir los costos financieros de la operación; esta fue una respuesta común por parte de los entrevistados. Empero, no se tiene una medición cuantitativa y estructurada del impacto de los tiempos de cartera en los precios del sector, por lo que se propone realizar una evaluación para cuantificar el impacto y ponerlo sobre la mesa para la discusión de política pública. Este indicador de impacto es de gran valor para discutir sobre la extensión del acuerdo de punto final con el Gobierno Nacional y para el sistema de monitoreo.

6) Fortalecimiento institucional: fortalecer la institucionalidad que respalda todo el desarrollo de las soluciones anteriores. Para la implementación de las soluciones anteriores y su correcta evaluación es fundamental hacer un acompañamiento a las instituciones para que creen o mejoren la capacidad de gestión. Dicha asistencia debe incluir la unificación de operaciones y sistemas de información, facturación, y tesorería de la red pública y pequeños actores; así como armonización contable entre los actores y con las reformas necesarias, proponer centralizar la selección de directores de hospitales y operadores para independizarlos de los avatares políticos.

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	14
2. MARCO CONCEPTUAL	15
3. METODOLOGÍA	20
4. DIAGNÓSTICO	21
4.1. Antecedentes normativos y de política	21
4.2. Percepción de los actores – resultados de las entrevistas	22
4.2.1. Problemas de flujo de recursos o trazabilidad de estos/suficiencia	22
4.2.1.1. ADRES – EPS:	23
4.2.1.2. EPS – IPS o EPS – GF	24
4.2.1.3. IPS – GF o TH	25
4.2.1.4. GF – Distribuidores o productores primarios	25
4.2.2. Causas	25
4.2.2.1. Causas Sistémicas	25
4.2.2.1.1. Visión de sistema y estabilidad	25
4.2.2.1.2. Suficiencia	26
4.2.2.1.3. Excesiva normatividad o reglas	27
4.2.2.1.4. Desconfianza entre los actores y el Gobierno	28
4.2.2.2. Causas Operativas o institucionales	28
4.2.2.2.1. Relación EPS – IPS	28
4.2.2.2.2. Falta de capacidad institucional EPS e IPS	29
4.2.2.2.3. No PBS y MIPRES	29
4.2.3. Otras Causas	30
4.2.4. Consecuencias	30
4.2.4.1. Objetivos del sistema	30
4.2.4.2. Oportunidades de participación y sobrevivencia en el sector	30

5. PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA	31
5.1. Propuestas a causas sistémicas	31
5.1.1. Propuestas para alcanzar una visión conjunta de sistema y lograr su estabilidad.....	31
5.1.2. Propuestas para alcanzar una suficiencia de los recursos	32
5.1.3. Propuestas para lograr una mejor claridad y operatividad en la implementación de la normatividad o reglas de operación del sistema	32
5.1.4. Propuestas para desarrollar sistemas de información confiable	33
5.1.5. Propuestas para reducir la desconfianza entre los actores y el Gobierno	34
5.2. Propuestas a problemas institucionales u operativos	34
5.2.1. Propuestas para mejorar la relación EPS – IPS	34
5.2.2. Propuestas para mejorar la relación con la falta de capacidad institucional EPS, ET e IPS.....	35
5.2.3. Propuestas para gestionar el No PBS y MIPRES.....	35
5.3. Soluciones priorizadas	35
5.3.1. La brújula del sector	37
5.3.2. Crear valor y mostrarlo	37
5.3.3. Trazabilidad: Sistema transaccional	38
5.3.4. Reglas simples y claras – Armonización y simplificación.....	41
5.3.5. APF expandido.....	41
5.3.6. Fortalecimiento institucional	42
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES	42
7. REFERENCIAS	44
8. ANEXOS.....	45
8.1. Fuentes de información financiera	45
8.2. Guía de entrevista.....	47
8.3. Antecedentes normativos.....	49

SIGLAS Y ABREVIACIONES

- Acuerdo de Punto Final [APF]
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES]
- Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas [ACHC]
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia [ANDI]
- Automatic Clearing House [ACH]
- Base de Datos Única de Afiliados [BDUA]
- Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud [PROESA]
- Cuentas Nacionales de Salud [CNS]
- Códigos Únicos de Medicamentos [CUMS]
- Códigos Únicos de Procedimientos en salud [CUPS]
- Comités Técnicos Científicos [CTC]
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]
- Dispositivos Médicos [DM]
- Distribuidor Primario [DP]
- Entidades Obligadas a Compensar [EOC]
- Entidad Promotora de Salud [EPS]
- Entidad Promotora de Salud del régimen Contributivo [EPS-C]
- Entidad Promotora de Salud del régimen Subsidiado [EPS-S]
- Empresas Sociales del Estado [ESE]
- Entidad Territorial [ET]
- Fondo de Seguridad y Garantía [FOSYGA]
- Fondo Inversión Social [FIS]
- Fondo Nacional para la Paz [FONAPAZ]
- Gestores Farmacéuticos [GF]

- Inspección, Vigilancia y Control [IVC]
- Instituto Guatemalteco de Seguridad Social [IGSS]
- Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud [IPS]
- Instituto de Seguros Sociales [ISS]
- Mi Prescripción [MIPRES]
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]
- Ministerio de Hacienda y Crédito Público [MinHacienda]
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]
- Organización Mundial de la Salud [OMS]
- Operador(es) Logístico(s) [OL]
- Plan de Beneficios en Salud [PBS]
- Planilla Integrada de Liquidación de Aportes [PILA]
- Presupuesto General de la Nación [PGN]
- Presupuestos Máximos [PM]
- Producto Interno Bruto [PIB]
- Régimen Contributivo [RC]
- Régimen Subsidiado [RS]
- Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud [RIPS]
- Sistema de cuentas en Salud [SHA]
- Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS]
- Sistema Integral de Información de la Protección Social [SISPRO]
- Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud]
- Talento Humano [TH]
- Tecnologías de la Información y la Comunicación [TIC]• Unidad de Pago por Capitación [UPC]

1. INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud [SGSSS] colombiano está basado en un modelo de aseguramiento de la población contra los riesgos financieros de atención de la enfermedad que se sustenta en la competencia público-privada regulada y administrada. Aunque existe el gasto de bolsillo privado de parte de la población, los recursos financieros que fluyen en el sistema son, en esencia, recursos de origen público provenientes de las contribuciones obligatorias de los trabajadores, recursos de los territorios y el Presupuesto General de la Nación [PGN]. De acuerdo con las Cuentas Nacionales en Salud [CNS] de 2018, el 71.5 % del gasto en salud corresponde al gasto de las EPS que administran un único paquete de beneficios que corresponde al aseguramiento social en Colombia.

El SGSSS y, en general, los sistemas de salud son sistemas complejos. En ellos interactúan varios actores con incentivos particulares que busca para alcanzar los objetivos finales de dar respuesta a las necesidades de los usuarios, protegerlos financieramente y generar acceso a la salud para la población a un costo sostenible para el nivel de desarrollo económico de los países (Murray & Frenk, 2000). Por esta razón, se implementa una variedad de regulaciones que se aplican al flujo de estos recursos financieros, en los que se incluyen acreditaciones, reportes y sanciones a los distintos actores que participan en la cadena de valor del sistema de salud.

En este marco, la Gobernanza en los sistemas de salud se ha identificado como un elemento clave. La Gobernanza se define como un proceso que identifica los elementos para la toma de decisiones, los mecanismos para implementar dichas decisiones y las acciones relacionadas a la rendición de cuentas en un sistema. Lo anterior, facilita el desarrollo de políticas alineadas con los recursos disponibles y los objetivos finales del sistema de salud (Greer, Wismar & Figueras, 2016); y en particular, apoya los procesos de trazabilidad y adecuado monitoreo del flujo de los recursos.

La trazabilidad de los recursos, entendida como la capacidad de rastrear todos los procesos a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud, desde la financiación del aseguramiento hasta la adquisición de insumos médicos para la prestación de las atenciones en salud, facilita la eficiencia en el uso de los recursos. La trazabilidad en el sector salud es fundamental para la formulación y planificación de políticas sólidas, particularmente en los países en desarrollo donde los recursos son escasos e impredecibles (Powell-Jackson & Mills, 2007).

Recientemente, el Gobierno Nacional ha implementado desarrollos normativos y directrices de política pública orientadas a mejorar la Gobernanza, la trazabilidad y el flujo de recursos financieros en el sector. Entre las medidas vigentes se encuentra el Acuerdo de Punto Final [APF], mediante el cual, a la fecha, se han desembolsado recursos aproximados a \$1.5 billones de un total de \$6.7 billones presupuestados para honrar los compromisos del acuerdo¹. De igual manera, se estableció una medida de giro directo de los recursos desde la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud [ADRES] hacia los prestadores, Operadores Logísticos [OL], y proveedores de insumos y medicamentos, con la que para el 2018 se entregaron insumos por valor de \$20.3 billones. Sin embargo, pese a las grandes cantidades de recursos desembolsados y a las medidas implementadas, varios actores del SGSSS perciben que los recursos no fluyen de forma oportuna y que no hay transparencia ni trazabilidad o seguimiento del flujo de estos a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud.

Para responder a esta preocupación de los agentes, **el objetivo de este estudio es elaborar un diagnóstico sobre la trazabilidad de los flujos financieros en el sistema de salud de Colombia y plantear propuestas de lineamientos de política pública orientadas a superar los obstáculos que tiene dicha trazabilidad.** Por medio de una perspectiva de sistemas de salud y política pública se realizó un diagnóstico de orden cualitativo sobre la trazabilidad y flujo de recursos en el sistema de salud mediante 34 entrevistas semiestructuradas a expertos y actores de la cadena de servicios de salud. Se entrevistó a representantes de gobierno, aseguradores, IPS, gremio médico, OL, y proveedores de insumos y medicamentos

1 El Anexo 6.1 presenta un resumen de las cifras financieras del SGSSS.

El documento está distribuido en seis secciones, a saber: la primera es esta introducción; la segunda describe el marco conceptual que guía las propuestas; en la tercera se exponen los antecedentes de política pública y la justificación del documento; en la cuarta se presenta el diagnóstico de los problemas a solucionar con los lineamientos de política que se presentan en la quinta sección, y, por último, en la sexta sección se incluyen las conclusiones y recomendaciones finales del estudio.

2. MARCO CONCEPTUAL

El objetivo de la presente sección es presentar y caracterizar de manera concisa los conceptos y teorías que enmarcan el análisis de flujos en los sistemas de salud, y las propuestas de política para mejorar la trazabilidad y flujo de recursos financieros en el SGSSS. El marco conceptual para este fin lo integran tres componentes: 1) sistemas complejos para identificar características que puedan explotarse, y para las cuales se puedan generar intervenciones que permitan influir en su comportamiento dinámico y orientarlo en una dirección más favorable; 2) medición del desempeño del sistema; y 3) Gobernanza o la forma cómo se toman las decisiones, se hacen las cosas y se rinden cuentas en el sistema.

El SGSSS está cimentado en un modelo de aseguramiento de la población contra los riesgos financieros de atención de la enfermedad que, a su vez, está basado en competencia regulada y administrada. El aseguramiento en salud se define como la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario (PROESA, 2019). La Figura 1 ilustra el esquema conceptual para analizar las funciones, las cuentas y los fines del sistema de salud en este estudio.

Este modelo de aseguramiento recoge las funciones de Gobernanza a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], y de Inspección, Vigilancia y Control [IVC] a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud [Supersalud] y ADRES. En este aspecto, las EPS son las responsables de cumplir con las funciones del aseguramiento. La prestación de servicios de salud se hace a través de las IPS que cuentan con el Talento Humano [TH] en salud y la infraestructura física para la atención de los usuarios. Los OL, por su parte, realizan actividades complementarias como distribución, almacenamiento y transporte de medicamentos, insumos y DM que manufactura o importa la industria.

Figura 1. Funciones, Cuentas y objetivos de los sistemas de salud



Fuente: Sistema de Cuentas en Salud (SHA), y Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), 2017.

Las Cuentas Nacionales en Salud [CNS] son un método para rastrear todo el gasto en salud realizado por los actores del sistema de salud, generando datos consistentes y completos sobre este gasto. El enfoque adaptado actualmente en Colombia es el Sistema de Cuentas en Salud [SHA en inglés] de La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico [OCDE], proporciona una estructura básica para elaborar un conjunto de tablas estándar interrelacionadas para la presentación, en un formato normalizado, de los gastos de salud y su financiación. Las CNS son un método internacionalmente establecido que, en un país y por un periodo definido, permiten (Brinkerhoff, 2004):

- Proporcionar una descripción clara del funcionamiento financiero del sistema de salud.
- Identificar sus principales agentes (fuentes e intermediarios de financiamiento y proveedores).
- Describir los flujos financieros (de dónde provienen los fondos, a dónde van y cómo transitan).
- Desglosar el gasto en salud en renglones totales y componentes principales.
- Detectar el comportamiento de los proveedores y consumidores.
- Mostrar la asignación de recursos.

Por su parte, el sistema de salud tiene la responsabilidad de mantener y mejorar la salud de las personas, protegerlas contra el costo financiero de la enfermedad y tratarlas con dignidad (Greer SL y otros, 2016). La Organización Mundial de la salud [OMS], en su reporte de desempeño del año 2000, proporciona el marco conceptual para analizar y medir el desempeño de los sistemas de salud (World Health Report, 2000). Con base en esto, Murray y Frenk (2000) proponen un marco para la medición del desempeño de los sistemas de salud, donde es necesario distinguir entre objetivos intrínsecos u objetivos valorados en ellos mismos y objetivos instrumentales, cuya búsqueda es realmente un medio para otro fin. Los objetivos intrínsecos cumplen con los dos siguientes criterios:

1. Es posible elevar el nivel de logro del objetivo, mientras se mantiene el nivel de todos los demás intrínsecos objetivos constantes; en teoría, un objetivo intrínseco dado es, al menos, parcialmente, independiente de todos los demás.

2. Elevar el nivel de logro de un objetivo intrínseco es deseable, si no lo es, probablemente sea una meta instrumental y no una meta intrínseca.

Los objetivos intrínsecos o finales del sistema de salud son tres (World Health Report, 2000):

1. Mejorar la salud de la población a la que sirven.
2. Responder a las expectativas de las personas.
3. Proporcionar protección financiera contra los costos de la mala salud.

A diferencia de la lista acotada de tres objetivos principales para los sistemas de salud, hay muchos objetivos instrumentales a los que se les ha dado importancia en discusiones sobre el desempeño del sistema de salud (Murray & Frenk, 2000) como, el acceso a la atención, participación comunitaria, innovación o sostenibilidad. Un ejemplo es la cobertura de un programa de vacunación. Estos son objetivos instrumentales, cuyo logro elevará el nivel de salud, la capacidad de respuesta y equidad en el financiamiento.

Siendo el sistema de salud complejo de flujos de recursos reales (bienes y servicios) y de recursos financieros, es a través de la gobernanza, las sociedades y los sistemas de salud que se manejan los conflictos, se toman decisiones colectivas y ejercen autoridad para alcanzar los objetivos. En este estudio, la gobernanza es la hoja de ruta para formular las recomendaciones para identificar, medir y solventar cuellos de botella en los flujos de recursos entre los actores que obstaculicen un adecuado funcionamiento del sistema a la luz de sus objetivos.

Para Greer, Wismar y Figueras., (2016), la Gobernanza es “el proceso y las instituciones a través de los cuales se toman decisiones y se ejerce la autoridad en un país” (p. 28), en otras palabras “Cómo se hacen las cosas”. En el marco analítico presentado por estos autores, llamado TAPIC, se identifican cinco atributos que influyen las decisiones y consecuencias de estas en el sistema de salud:

1. Transparencia.
2. Rendición de cuentas (accountability).
3. Participación.
4. Integridad.
5. Capacidad política.

La **transparencia** implica que las instituciones informan al público y a otros actores sobre las próximas decisiones a tomar y las que ya se han tomado, y sobre el proceso y las bases sobre las que se toman (Greer, Wismar y Figueras, 2016). Asimismo, produce información disponible, útil y precisa para que pueda ser utilizada por aquellos que confiarían, planificarían o buscarían influir en la organización, lo que conlleva a la generación de confianza entre los distintos actores.

La esencia de la **rendición de cuentas** es la obligación o responsabilidad de explicación y la sanción. *Ser responsable significa tener la obligación de responder preguntas sobre decisiones y/o acciones (Brinkerhoff, 2004)*. Se pueden hacer dos tipos de preguntas: provisión de información y justificación: qué fue hecho /gastado y por qué. Las sanciones constituyen la otra característica definitoria de la rendición de cuentas.

Rendición de cuentas, ¿para qué? En el marco analítico propuesto por Brinkerhoff (2004) emergen tres categorías generales de respuesta a esta pregunta:

1. Rendición de cuentas financieras: esta área se ocupa del cumplimiento de las leyes, normas y reglamentos relacionados con el control financiero y administración.
2. Rendición de cuentas sobre desempeño.
3. Rendición de cuentas política y democrática.

La trazabilidad puede considerarse como una característica de la transparencia y la rendición de cuentas. El objetivo del seguimiento de los recursos de salud es informar el proceso de toma de decisiones y, por lo tanto, mejorar el desempeño del sistema de salud (Powell-Jackson & Mills, 2007). Por su parte, en el SGSSS, la trazabilidad puede ser entendida como la capacidad de rastrear todos los procesos a lo largo de la cadena de valor del sistema de salud, desde la adquisición de insumos médicos hasta la prestación de las atenciones en salud, pasando por el financiamiento y el aseguramiento para poder aclarar *cuándo, dónde fue prestado, qué servicio, y por quién y con qué recursos*. La trazabilidad en el sector salud es fundamental para la formulación y planificación de políticas sólidas, particularmente en los países en desarrollo donde los recursos son escasos e impredecibles (Powell-Jackson y Mills, 2007).

El atributo de **participación** significa que las partes afectadas tienen acceso a la toma de decisiones y poder para tener un interés significativo en el trabajo de las instituciones y el sistema de salud. La necesidad de participación proviene de los problemas que surgen cuando se toman decisiones y ejerce la autoridad sin la participación de las poblaciones afectadas. En los mecanismos de participación se incluyen: elecciones, comités asesores, encuestas, asignación de presupuestos, entre otros.

La **integridad** tiene varios sinónimos y términos relacionados: previsibilidad, anticorrupción, ética, estado de derecho, asignación clara de funciones y responsabilidades definidas, reglas formales y estabilidad. Significa que los procesos de representación, toma de decisiones y la aplicación deben especificarse claramente y que todos los miembros deben ser capaces de comprender y predecir los procesos mediante los que una institución toma decisiones; los individuos deben tener una asignación clara de funciones y responsabilidades (Tafur y Prada, 2019). Por su parte, la **capacidad política** se refiere, precisamente, a la capacidad de desarrollar políticas alineadas con recursos para la consecución de objetivos, la forma en que el sistema transforma recursos, ideas y voluntad política en una política coherente para el logro de sus objetivos intrínsecos.

Una visión sistémica de la Gobernanza reconoce y destaca las interdependencias entre los actores del sistema de salud. La **Tabla 1** presenta la matriz de evaluación propuesta por Brinkerhoff (2004), adaptada al sistema colombiano para mapear los vínculos de responsabilidad y examinar las interacciones entre actores. La matriz rastrea o hace seguimiento a los patrones de responsabilidad y sanciones en términos de qué actores están en condiciones de exigir información e imponer sanciones, y de qué actores están obligados a suministrar información y están sujetos a sanciones. Así, el mapeo de las relaciones existentes entre los diferentes actores facilita la transparencia entre estos y permite identificar los mecanismos de seguimiento de dichas relaciones en aras de lograr una mayor trazabilidad de estas relaciones y lo que involucran.

Tabla 1. Matriz de rendición de cuentas de los actores del sistema de salud

		Actores SGSSS		Demandan información, imponen sanciones				
				Usuarios	Rectoría y financiación	EPS (Cont y Sub)	IPS (Privadas + ESE)	O. Logístico
Suministran información, responden a sanciones	Usuarios	A.1						
		A.2						
		A.3						
	Rectoría y financiación	A.1						
		A.2						
		A.3						
	EPS	A.1						
		A.2						
		A.3						
	IPS	A.1						
		A.2						
		A.3						
	O. Logístico	A.1						
		A.2						
		A.3						
Proveedores	A.1							
	A.2							
	A.3							

Fuente: elaboración equipo de PROESA, 2020. Las líneas (A.1, A.2, A.3) se refieren a las actividades que realizan los diferentes actores en los cuales están relacionados, al igual que los colores implican que hay una relación esperada entre los actores involucrados.

2.1. El marco de análisis provisto por la matriz adaptada al SGSSS consiste en:

1. Mapear los vínculos de rendición de cuentas. Identificar en la matriz las relaciones entre los actores en las estrategias para mejorar la rendición de cuentas que pueden seleccionar objetivos en tres niveles diferentes: el sistema de salud, la prestación y/o el proveedor de servicios de salud individual.
2. Desarrollar estrategias para incrementar la responsabilidad. Estrategias con tres propósitos:
 - a) Contener mal uso, fraude o corrupción.
 - b) Cumplimiento de procedimientos y estándares (leyes, reglas administrativas, procedimientos, consejos profesionales, licencias y acreditación). Dar claridad a las reglas de juego.
 - c) Mejorar el aprendizaje/desempeño, por ejemplo, sistemas de información que incluyan medidas para mejorar oportunidad de la atención.

En resumen, un apropiado flujo de recursos físicos y financieros es un objetivo instrumental necesario para que el sistema de salud avance en el cumplimiento de sus objetivos finales. Una visión sistémica para el uso eficiente y adecuado de los recursos debe considerar la transparencia y la rendición de cuentas como elementos clave en la Gobernanza del sistema. Un buen mecanismo de rendición de cuentas debe tener la capacidad de modificar el curso de las acciones delegadas que no se están desempeñando de la manera esperada. Para ello debe considerar claridad en los objetivos, sistemas de información, medición del desempeño, incentivos y reglas de juego precisas entre los actores.

3. METODOLOGÍA

Para abordar el diagnóstico de problemáticas y alternativas de política pública, en cuanto a trazabilidad y flujo de recursos, se utilizó un enfoque cualitativo. Para ello, se realizaron entrevistas semiestructuradas a diferentes actores fundamentales de las instituciones que componen la cadena de valor del sistema de salud, expertos y académicos que trabajan en el análisis de flujo de recursos. En total se hicieron 34 entrevistas. La Tabla 2 detalla el número de entrevistas realizadas según el actor involucrado, su área de competencia y los mandatos (en caso de ser una institución pública) u objetivos que enmarcan su acción en la cadena de valor del sistema de salud.

Tabla 2. Listado de actores entrevistados



Fuente: elaboración equipo de PROESA, 2020. IVC: Inspección, vigilancia y control.

La intención de las entrevistas era explorar qué aspectos normativos, de implementación de las normas y políticas públicas facilitan o limitan el flujo de recursos financieros en el marco de los objetivos del sistema de salud². Se partió de la percepción que hay en algunos actores del sistema de salud sobre la no oportunidad, falta de trazabilidad e insuficiencia de los recursos de la UPC con el fin de identificar los problemas con estos recursos (correspondientes a más de tres cuartas partes de los recursos financieros corrientes del SGSSS), sus causas y consecuencias sobre los objetivos del sistema para derivar en alternativas de política pública propuestas desde los actores para atacar estas causas. Durante las entrevistas también se dio el espacio a los actores para que comentarán su perspectiva sobre otras fuentes de recursos como los techos para No PBS o los recursos de emergencia para atender la contingencia generada por la pandemia por Covid-19.

Para complementar y dar una mirada integral al diagnóstico y propuestas desde los actores formuladas en las entrevistas, se llevó a cabo una revisión normativa y de antecedentes de política pública sobre la evolución del SGSSS que permitió mapear la normatividad y políticas más recientes asociadas a los flujos de recursos, y su evolución en el contexto del sistema de salud como lo conocemos hoy día desde su creación en 1993.

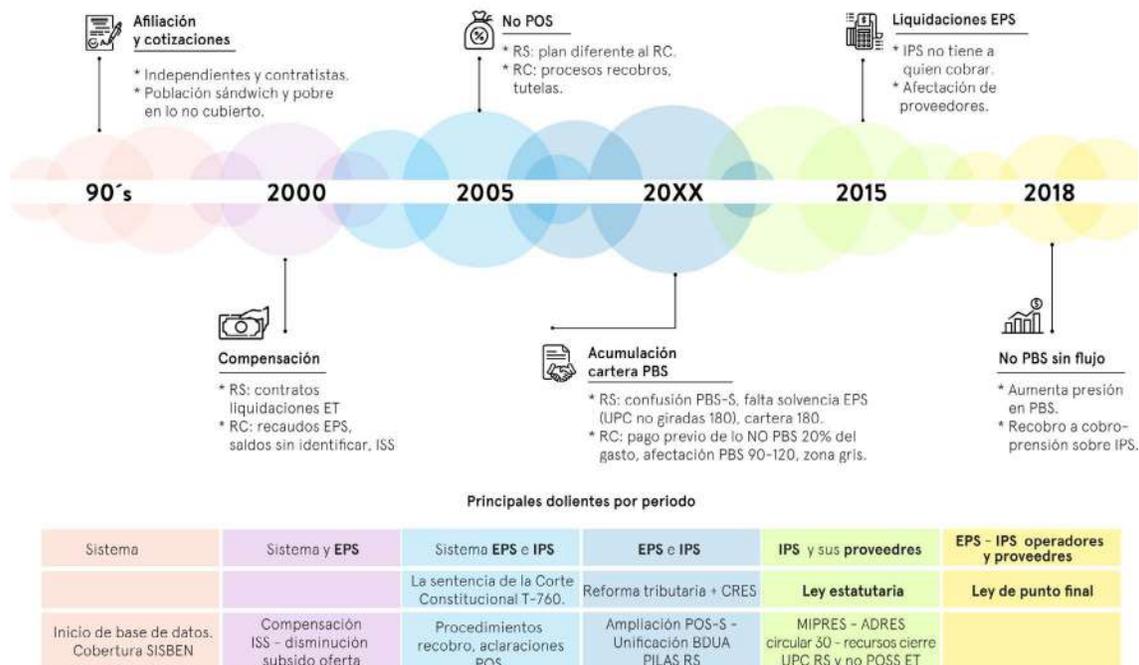
2 El cuestionario estructurado se incluye en el Anexo 6.2.

4. DIAGNÓSTICO

4.1. Antecedentes normativos y de política

Para comprender la necesidad de este documento es indispensable conocer los desarrollos normativos y de política pública en materia de flujos financieros del sistema de salud, así como los vacíos y limitaciones en la implementación de este a nivel nacional y territorial. Con el fin de profundizar en los avances del SGSSS relacionados con el flujo de recursos, la Figura 3 ilustra la línea de tiempo de los desarrollos en el SGSSS desde su inicio en 1993³.

Figura 3. Línea de tiempo de la presión sobre el flujo de recursos



Fuente: elaboración equipo de PROESA, 2020.

El SGSSS, como lo conocemos, tuvo su origen en la Ley 100 de 1993. Introdujo, entre otras cosas, una reforma estructural y radical a la forma en la que se prestaba el servicio de salud a la población Colombiana, creando lo que, por primera vez, pretendía ser un SGSSS. Desde su fundación y hasta finalizar la primera década del siglo XXI, los problemas de trazabilidad y flujo de recursos financieros estuvieron atados al crecimiento vertiginoso que tuvo el sector para lograr niveles de cobertura superiores al 90 %, lo que implicó la construcción de reglas y sistemas de información centralizados para identificar y compensar a la población, como la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) para la recolección de contribuciones, y la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes (PILA).

3 La evolución normativa en detalle puede consultarse en el Anexo 6.3.

Estos retos de identificación de afiliados, recolección de contribuciones y compensación se superaron, pero surgieron otros desarrollos normativos que incidieron en la trazabilidad y flujo de recursos desde mediados de 2005: acumulación de cartera de las IPS, la definición del POS (ahora PBS) para RS y RC, centralización y giro directo de recursos, normalización de cartera y procedimientos de gestión para lo No PBS.

Aproximadamente, desde el 1998 comienzan a presentarse quejas sistemáticas, en su mayoría, por el impago de cuentas referidas a ciertas atenciones, que habrían sido glosadas por no corresponder a coberturas del POS, lo que generaba deficiencia en los recursos asignados para el POS que se destinaban a otras prestaciones. Por este motivo, en el 2002 se expidió el decreto Ley 1281 de dicho año, mediante el cual se pretendía regular los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país.

Posteriormente, se expide la Ley 1438 de 2011 que cambia sustancialmente la operación del RS y permite que, desde el MinSalud, se giren directamente a las EPS del RS los valores correspondientes a la UPC, sustituyendo el anterior esquema de contratación entre entidades territoriales y EPS del RS. En esta misma línea, la Ley 1753 de 2015 creó ADRES, como entidad encargada de administrar los recursos que hacen parte del SGSSS.

En la Ley 1955 de 2019, del Plan de Desarrollo para el período 2018-2022, se incluye un conjunto de medidas conocidas como APF para hacer más eficiente el gasto en salud. El objetivo del Gobierno Nacional con estas medidas es sanear deudas históricas entre los agentes del sector, garantizando el financiamiento del sistema de salud y generando mayor liquidez, sin que esto represente una restricción al derecho a la salud de los colombianos. Además, implica la ejecución de medidas para evitar que estas deudas se vuelvan a generar con el paso del tiempo.

El objetivo más reciente de política pública para proteger la sostenibilidad del sistema está asociado con tecnologías y servicios no PBS. Mediante la Resolución 1885 de 2018 se estableció un nuevo procedimiento para “el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC”. Este nuevo esquema de operación implica que los profesionales de la salud prescribirán las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de manera clara y justificada en la herramienta dispuesta para ello: MIPRES, con el fin de eliminar las barreras administrativas que dificultaban el acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el PBS.

La ADRES recopiló y auditó los cobros por las tecnologías registradas y suministradas en el MIPRES hasta comienzos del año 2020, cuando empezó a operar el cambio más importante que está experimentando la operación del sistema de salud: la adopción del mecanismo de Presupuestos Máximos [PM], conocidos popularmente como “techos”. Dicho mecanismo pretende impactar el flujo de recursos en los actores y la sostenibilidad del modelo, siendo su destino final la unificación del PBS con los servicios No PBS en las EPS.

Finalmente, en el marco de la emergencia sanitaria y económica declarada por el Gobierno Nacional por el Covid-19, la ADRES es la encargada de operar varios mecanismos de reconocimiento excepcionales para garantizar el flujo de recursos y ayudar a los actores del sistema de salud a superar este reto de salud pública de manera exitosa. Los mecanismos implementados y estipulados incluyen que las EPS puedan manejar de manera mancomunada los recursos de la UPC y techos, incentivos por disponibilidad de camas hospitalarias y pagos adicionales al TH que atiende la pandemia.

4.2. Percepción de los actores – resultados de las entrevistas

4.2.1. Problemas de flujo de recursos o trazabilidad de estos/suficiencia

A los actores entrevistados se les consultó sobre su percepción de los problemas de flujo en los recursos de la UPC, en particular sobre su trazabilidad y/o suficiencia e identificación del punto de la cadena de valor del sistema donde se observaban dichos problemas. Vale la pena señalar que se le permitió a los entrevistados mencionar recursos diferentes a los de la UPC, si consideraban que estaban relacionados a los problemas de trazabilidad.

Los puntos de la cadena examinados se presentan en la Figura 4. Allí, el primer punto relaciona a la ADRES con las EPS, tanto para los recursos de UPC y pago de primas, como para los recursos No PBS para reembolsos por prestaciones fuera del PBS.

Figura 4. Flujo de recursos del SGSSS

ADRES - EPS	EPS o ET - IPS o GF	IPS - TH o GF	GF - DP
UPC - Prima de PBS	\$ Servicios de salud afiliados	Producción - entrega de servicios a pacientes	\$ Producción, importación, disposi- tivos medicamentos
No UPC			

Fuente: elaboración equipo de PROESA, 2020.

En el segundo punto se relacionan las EPS con las IPS (públicas: ESES o privadas) o GF o las ETS – ESES, ETS – IPS en urgencias. No se diferencia PBS de No PBS, sino de servicios prestados a los afiliados, pues es la afiliación la que define la obligación de la EPS de gestionar los servicios de salud, así estos recursos tengan fuentes diferentes. Parte de los servicios No PBS se asumen con recursos de UPC (porción correspondiente al comprador administrativo) y otra con cargo a los recursos adicionales que llamamos no UPC. Ambos recursos deben ser gestionados por la EPS ante el Gobierno (ADRES) o por parte de la Entidad Territorial [ET] en el caso del RS y los servicios no PBS⁴.

En el tercer punto se explora el flujo de la IPS al TH y a los GF. En este punto los recursos que recibe la IPS deben cubrir la producción y entrega de servicios de salud al paciente – usuario. En el último punto se exploró el flujo entre GF y DM que cubre la producción e importación de dispositivos (incluyendo equipos) y medicamentos necesarios para la atención en salud del paciente – usuario.

A continuación, se presentan los resultados de las entrevistas, organizados en dos categorías: flujo y trazabilidad. El tema de suficiencia se abordará en las causas de los problemas de flujo en cada uno de los contactos entre agentes de la cadena de valor.

4.2.1.1. ADRES – EPS:

Hay un consenso en que los recursos de UPC fluyen a través de la cadena desde la ADRES a las EPS y que el problema se concentra en los recursos del no PBS. Los entrevistados coinciden en que hay trazabilidad de los recursos que se giran en este punto de la cadena, respecto a la UPC, pero no se ha registrado todo lo no PBS en el sistema de información.

⁴ Esta regla hace referencia a lo que estaba vigente para 2019 y al Acuerdo de Punto Final, pues para 2020 se instauró la política de techos para financiar lo No PBS, no obstante, no se exploró directamente este aspecto dado que la pandemia sesga la aplicación de las reglas en este caso.

Lo anterior se debe, de acuerdo con las opiniones de los entrevistados, a que existen reglas estrictas por parte del MIPRES que, si bien pueden sonar coherentes, no permiten ajustes que se dan en la vida diaria de la provisión de servicios. Dos ejemplos de esto son el cruce de Códigos Único de Medicamentos [CUMS] (si se entrega una presentación diferente o un número de pastillas que no casan con la unidad CUMS), y las entregas parciales de medicamentos. En el RS, el problema de registro del no PBS puede ser mayor, por problemas de gestión de ET, EPS o prestadores (IPS/Empresas Sociales del Estado [ESE]).

4.2.1.2. EPS – IPS o EPS – GF

Hay opiniones diferentes frente al flujo y la trazabilidad de los recursos en este punto de la cadena de producción. El Gobierno y los aseguradores consideran que los recursos fluyen, pues la mayor parte de los dineros que se entregan por UPC se entregan a los prestadores y otros proveedores.

Asimismo, estos actores consideran que hay trazabilidad de ese flujo porque estos recursos tienen el mecanismo de giro directo para el RS y para las Entidades Promotoras de Salud del régimen Contributivo [EPS-C] intervenidas. Por otro lado, existe una circular de la Supersalud que obliga a las EPS a reportar los pagos realizados, tanto en sus páginas web, como reportados a la Supersalud⁵, que publica esta información en su aplicativo Radar. Se mencionó además que, de cada 100 pesos, entre 75 y 80 consignados por UPC a las EPS están en giro directo para quienes tienen este mecanismo. Al respecto se mencionó que en el RS el porcentaje de recursos que están en giro directo puede alcanzar más del 90 %.

Por otro lado, el giro directo ha ayudado significativamente a conocer la trazabilidad de los flujos de recursos en salud desde el Gobierno Nacional hasta el prestador; en dicha modalidad de compensación se encuentran todos los aseguradores que pertenecen al RS y algunas aseguradoras que están bajo vigilancia especial. En términos de cifras, para el 2018 se giraron directamente recursos por valor de \$4.7 y \$15.6 billones para el RC y el RS, respectivamente.

Los prestadores y GF, por su lado, consideran que, si bien hay flujo mensual, estos flujos son tardíos, incompletos y tienen muchas barreras. Ejemplo de las barreras para el flujo de recursos mencionados son las que hay para radicar la facturación, la devolución injustificada de facturas, los procesos de auditoría que toman tiempo, las glosas no justificadas que podrían llegar a representar más del 10 % de la facturación y los procesos de conciliación que se presentan en condiciones desfavorables para el prestador. Se menciona que si bien hay actores que pagan a 20-30 días de la presentación de la factura, el promedio de pagos se encuentra entre 180 y 360 días; en particular son las IPS públicas las que reportan el mayor número de días para la ejecución de los pagos. En cuanto a la trazabilidad, los prestadores y otros actores de la cadena tienden a considerar que, pese a que existe información de seguimiento a los flujos, señalan que no es suficiente, no es oportuna y no es veraz (no confían en el reporte de las EPS, ya que no está encadenado a transacciones bancarias). Al respecto, hay dos temas que no se reflejan en estos informes de flujo. El primero es la oportunidad, es decir, el periodo al que corresponden los pagos, y el segundo es el denominador, pues estos se miran frente a los recursos girados por UPC, pero no frente a los servicios facturados/prestados.

Varios actores citaron las inconsistencias entre lo que reportan las EPS y las IPS, refiriéndose a la Circular 030 de 2013 del Ministerio de Salud y la Superintendencia, para la aclaración de cuentas del sector. Los aseguradores refieren que en muchas ocasiones las deudas ya han sido pagadas, pero no se han asentado en la contabilidad de los prestadores. Asimismo, consideran que deben revisar las facturas para evitar que sean generadas a pacientes ficticios, que se repita la facturación, se incluyan servicios no prestados o innecesarios al paciente, que se respeten los precios pactados, entre otros aspectos. Algunos aseguradores refirieron que cuando no contratan cierto volumen con un prestador, el flujo de información de pagos puede ser deficiente. Adicionalmente, los prestadores señalaron que el flujo es mejor si hay una relación estratégica y de confianza con los aseguradores y si se hace una gestión permanente de liquidar y negociar los rezagos. Hay también una selección de EPS con las que se contrata.

5 Al respecto, se puede consultar más en la Circular Externa Número 000008

4.2.1.3. IPS – GF o TH

Existe un consenso acerca de que el flujo de prestadores hacia el resto de la cadena se afecta como consecuencia del retraso en el ingreso de recursos, también que el flujo en este punto es desconocido para los demás actores del sector, es decir, que no hay un mecanismo para hacer seguimiento a los pagos de estos al TH o a sus proveedores. Por otra parte, hay relativo consenso entre los proveedores, los aseguradores y el Gobierno en que se requiere hacer un seguimiento a este eslabón de la cadena. En cuanto a los prestadores, no se presentó un consenso claro.

Se considera no apropiado, pero sí aceptado que los tiempos de cartera que maneja la transferencia de recursos de EPS a IPS o GF, sean transferidos como apalancamiento a los demás eslabones de la cadena. Algunos proveedores hablaron de promedios de 200 días, aunque, como en el caso de las EPS, hay prestadores que tienen pagos a 60 días.

4.2.1.4. GF – Distribuidores o productores primarios

De acuerdo con lo señalado por los entrevistados, en este último punto de la cadena no hay trazabilidad de los recursos. Empero, sí se observa una acumulación de problemas en el flujo de recursos. Los tiempos reportados pueden alcanzar 200 o más días, pero no alcanzan más, porque se suspende el despacho a partir de cierto nivel de deuda.

4.2.2. Causas

A continuación, se presentan las causas de los problemas de flujo y trazabilidad identificadas por los actores entrevistados. Un primer grupo de causas consiste en todas aquellas relacionadas con aspectos estratégicos del sistema de salud, el segundo grupo de causas identifica aspectos de las relaciones entre actores e institucionalidad y el último grupo recoge las demás causas no asociadas a los primeros dos grupos de causas.

4.2.2.1. Causas Sistémicas

En esta sección se presentan las causas relacionadas con aspectos estratégicos del sistema de salud. Se incluyen cinco subsecciones, a saber: en la primera se recogen los aspectos relacionados con la visión y estabilidad del sistema de salud. En la segunda se exponen aspectos relacionados con la suficiencia de los recursos y sostenibilidad financiera. En la tercera se recogen los asuntos relacionados con reglas del sistema. Por último, en la cuarta y en la quinta se recogen las causas de los problemas relacionados con los sistemas de información y con la confianza en el sector, respectivamente.

4.2.2.1.1. Visión de sistema y estabilidad

Algunos entrevistados mencionaron que no hay un acuerdo en los objetivos del sistema de salud colombiano y hablaron de cómo se quiere llegar a cumplirlos. De acuerdo con algunos de ellos, no todos los actores que trabajan en el sistema ponen en el centro los objetivos finales del este o el cuidado de la salud de los afiliados. Al no estar esto claramente unificado, hay conductas oportunistas en algunas instituciones que no agregan valor para lograr los objetivos del sistema de salud.

También se mencionó que el sentido de pertenencia de los actores con el sistema de salud no es homogéneo y, por lo tanto, hay un segmento de ellos que no comprende el sistema como algo que se construye por todos y que se debe cuidar entre todos. Al no compartir esta visión, actores no alineados tienden a promover reglamentaciones que no son equilibradas y coherentes con la misión del sistema de salud y terminan profundizando la fragmentación en los procesos y la desarmonización de la reglamentación. Entre los ejemplos de la falta de pertenencia de los actores frente al sistema de salud se encuentran prestadores que prescriben servicios no necesarios, OL que se limitan a una comercialización y no a resolver problemas reales de logística o trazabilidad, prestadores que no protegen a sus pacientes de complicaciones derivadas de la atención médica, aseguradores que no gestionan el riesgo de salud de sus afiliados, Entes Territoriales que priorizan visibilidad política frente a resolución de riesgos para la salud pública de la población, usuarios que utilizan inapropiadamente los servicios de salud.

Otro aspecto mencionado por los entrevistados, como causa sistémica de los problemas de flujo, es el constante cambio en las directrices y normativas para el sector. Un ejemplo son las reformas al sistema de salud. Más allá de las normas, las prioridades que se establecen por cada líder político y ministerial son cambiantes y conllevan a que los actores no sigan los lineamientos de manera inmediata porque sienten que pronto se van a cambiar o a que no hay un aprendizaje progresivo y un desarrollo institucional y sistémico coherente. En los lineamientos y procesos operativos este problema cambiante es aún mayor, mencionándose que la reglamentación se hace muchas veces desconociendo la realidad del sector y las implicaciones de las reglas para la operación de los diferentes actores.

La politización del sector, así como la injerencia política en la prestación de servicios y el aseguramiento, dificulta la gobernabilidad del sector, debilita la creación de reglas claras y sobre todo el ejercicio de Inspección, Vigilancia y Control [IVC]. Esto afecta a todos los actores, a la confianza en el sector y a la estabilidad normativa del mismo. Muestra de ello son las propuestas anuales de reformas del sector, la defensa de nichos políticos, en especial en la prestación de servicios públicos y el exceso de personal administrativo en algunas entidades frente a la planta dedicada a su misionalidad.

4.2.2.1.2. Suficiencia

La mayor parte de los actores consideran que los problemas de flujo no se deben a la insuficiencia de los recursos PBS, sino a la afectación de estos por brindar servicios fuera del PBS, es decir, a lo no PBS. Consideran que hay un desequilibrio entre lo que se quiere que entregue el sistema de salud, las expectativas que se crea por el legislador y puede legítimamente ser el deseo de la población y lo que en realidad puede ser financiado por la misma población. Este desequilibrio se puede resumir en que el deseo de recibir es mayor al deseo de aportar o a la capacidad de aporte de la población. Al parecer, no haber sido capaz, como sociedad, de establecer límites para lo que se puede ofrecer por el sistema de salud, ha sido la mayor causa de los problemas de flujo del sector.

Entre los aspectos mencionados se pueden incluir las promesas de entrega de servicios o condiciones de entrega de los mismos, sin considerar su impacto en los costos del sistema o si existe el recurso humano para brindarlos. Muestra de esto son las condiciones de acceso directo con ciertos especialistas como la pediatría y la ginecología, los tiempos de oportunidad máximos para ciertos servicios o las características de ciertos medicamentos o insumos. Al respecto, no existe una condición para generar nuevas reglas y procesos del sistema de salud que garantice que cualquier norma que afecte el funcionamiento del sistema tenga un estudio del impacto en costos para los usuarios, los demás actores y para la sostenibilidad del mismo.

Lo anterior se agrava con la judicialización del derecho a la salud y con su juzgamiento a la luz del derecho individual, sin ponderarlo a la del derecho colectivo a la salud; este es un aspecto que no ha permitido instaurar muchas de las medidas para regular los costos del sistema. El problema radica en que las reclamaciones, no solo incluyen servicios de salud, sino que también incluyen otros servicios fuera de la racionalidad, dando claramente lugar al abuso del sistema. Todo esto está unido a la congestión judicial, a la ausencia de conocimiento de las reglas del sistema de salud por parte de los jueces y a la complejidad técnica, que pueden presentar potenciales consecuencias graves, lo que a su vez puede incentivar a los jueces a otorgar amparos que impiden una asignación técnica, equitativa y eficiente de los recursos del sistema de salud.

Otro aspecto señalado es la necesidad de eliminar desperdicios e ineficiencias dentro del sistema. Algunos ejemplos citados de ineficiencias o desperdicios son la falta de gestión del riesgo, los procedimientos innecesarios, la repetición de pruebas o el no uso de las mismas para la toma de decisiones, los reprocesos, la burocracia, la fragmentación de los sistemas de información y la falta de automatización de procesos, entre otros. Parte de los actores entrevistados señalaron que los recursos son insuficientes por ausencia de gestión del riesgo, especialmente por los aseguradores o por los prestadores que comparten riesgo. Por otro lado, se cuestionó el valor agregado de algunos actores dentro de la cadena de producción de servicios, sobre todo de los operadores logísticos.

Por último, en esta sección se presenta la preocupación de los actores por la falta de alineación de los incentivos en la cadena de valor del sistema de salud, desde los cálculos de las primas que se hacen con base en la historia y en información entregada ad hoc, y no en el sistema de información de prestaciones de servicios de salud, pasando por la

ausencia de incentivos por logros de mejores indicadores en salud, calidad y satisfacción, y la ausencia de consecuencias para quienes incumplen las normas o no reportan información, entre otros. En particular, también se manifestó que la metodología de cálculo de los techos para los servicios por fuera del PBS, la cual se basa en información histórica, genera incentivos a una mayor formulación o registro de este tipo de servicios y no a un control de la prescripción y que, en realidad, no se trata de una prima técnica.

4.2.2.1.3. Excesiva normatividad o reglas

Una de las preocupaciones manifestadas de manera más frecuente por los actores, particularmente por los que se encuentran en la cadena de valor después de los aseguradores, es la cantidad de normas, a veces contradictorias, que terminan no cumpliéndose. Se considera que todo está descrito en una norma, pero no todas pueden cumplirse operativamente y algunas no llegan a difundirse adecuadamente. Algunos ejemplos citados son los tiempos de presentación de facturas, formulación y respuesta de glosas, clasificación de estas, así como los anticipos de 50% sobre la facturación. Se hizo especial mención del incumplimiento de actas de conciliación ante la Supersalud. La ausencia de flujo correcto, según estos actores, sería una consecuencia de que las reglas existentes para promover un flujo adecuado no sean coherentes, aplicables o no se cumplan.

Algunos de los actores manifestaron su inconformidad ante las diferentes reglas que rigen al RC y RS. Una de ellas es la contratación obligatoria con la red pública, que pasa por alto el desempeño de estas instituciones, su capacidad de oferta y técnica, y la baja respuesta a las expectativas de los usuarios. Esta contratación, que no siempre se refleja en una prestación efectiva del servicio, se considera como un subsidio a la oferta disfrazado, que necesariamente afecta la suficiencia de los recursos y, por lo tanto, el flujo de estos hacia servicios requeridos y efectivamente prestados.

En contraste, ante los prestadores afirman que son afectados por los descuentos que realizan las aseguradoras cuando no se cumplen las metas de gestión del riesgo, promoción de la salud o prevención de la enfermedad. Así, los prestadores ven en dichos no pagos un supuesto incumplimiento de los compromisos por parte de los aseguradores quienes manejan los pagos a su discrecionalidad y no con transparencia en la información.

Dos diferencias más citadas entre las reglas del RS y el RC son la obligatoriedad en el RS de giro directo, medida que solo aplica para las EPS-C que se encuentran con alguna medida de vigilancia. La otra diferencia está en el valor de la UPC donde, debido a que no refleja las atenciones. De acuerdo a los actores del sistema, el cálculo no incluye la probabilidad de la atención derivada de la oferta de servicios y valores de mercado en un territorio determinado. Sobre el cálculo de UPC, los actores del gobierno mencionaron la ausencia de reporte de los servicios de salud prestados por el RS frente a los aseguradores del RC. Los aseguradores y el gobierno reconocen que el principal problema de información acerca de los servicios de salud en el RS se produce en la red pública, que debe ser contratada obligatoriamente.

Dentro de las reglas del sistema se considera que no hay un marco general que proteja al sistema de salud y sus recursos de los abusos de cualquiera de los actores, desde usuarios y pacientes, pasando por médicos y otros profesionales de la salud, como por proveedores y distribuidores, OL, prestadores de servicios de salud, aseguradores, alcaldes, gobernadores y, en general, por toda la sociedad. No existe la cultura de que se debe cuidar primero a la gente (usuario, pacientes, trabajadores de la salud) al mismo tiempo que se cuidan los recursos del sistema de salud, que son finitos y son aportados por todos los ciudadanos. No existe un reforzamiento de un comportamiento ético alrededor del sistema de salud.

Los entrevistados también manifestaron su preocupación en que los prestadores asuman riesgo para resolver su flujo de caja sin tener, necesariamente, la capacidad financiera y técnica para gestionar dicho riesgo. Las contrataciones de riesgo compartido como capitación y, sobre todo, pagos globales prospectivos con riesgo en el alto costo pueden ser un arma de doble filo, ya que si no son manejadas correctamente pueden afectar a toda la cadena desde el prestador. Para asumir en riesgo, en especial el riesgo financiero, los aseguradores deben cumplir una serie de requisitos.

4.2.2.1.4. Falta de información confiable

Otra de las causas de los problemas de flujo es la información fragmentada, duplicada y no estandarizada que no se usa de manera suficiente como las Tecnologías de la Información y la Comunicación [TIC], y que no se hace visible para los usuarios y actores del sistema de salud. Al respecto se puede mencionar los reportes de ADRES acerca del flujo directo, complementados con el nuevo informe de la Supersalud (Circular 08), que dan cuenta de parte de los flujos del sector, pero no de toda la información relacionada con la trazabilidad ni con todos los actores.

Las tecnologías de información disponibles hoy en día permitirían hacer una traza a toda la cadena de atención del usuario y de los flujos, partiendo de la solicitud y autorización, pasando por la entrega del servicio y la posterior facturación; no obstante, no están siendo utilizadas. Un ejemplo mencionado durante las entrevistas es, por un lado, la duplicidad de información de las atenciones de servicios de salud prestadas, puesto que el prestador reporta unos Registros Individuales de Prestación de Servicios en Salud [RIPS] y, por otro lado, el asegurador debe consolidar una información de prestaciones diferente para el cálculo de la UPC. Como se señaló con anterioridad, la deficiencia de ambos tipos de información es más crítica en el RS que en el RC, sin embargo, todos los contratos de riesgo compartido presentan retos al respecto.

Los problemas anteriores llevan a la sensación de que hay que hacer una revisión de todo lo que se hace antes de realizar los pagos porque no hay transparencia en la información, por lo tanto, se crean procesos de revisión y auditoría que tratan de reestablecer la confianza, en ocasiones produciendo el efecto contrario. Esto retrasa y entorpece la agilidad de las transacciones en varios niveles de la cadena.

Otros temas relacionados con la información es que esta no se devuelve con recomendaciones a quien la reporta, además, se percibe que no hay consecuencias por no entregarla con calidad, completa y de manera oportuna. Asimismo, se manifestó por parte de los entrevistados que la información no es pública ni visible, es decir, que no es posible o es muy difícil tomar decisiones basadas en ella.

4.2.2.1.5. Desconfianza entre los actores y el Gobierno

Los actores manifiestan que hay poca confianza entre ellos y el gobierno, lo cual impide la pertenencia con el sistema de salud y su cuidado, y aumenta la sospecha mutua que termina burocratizando las relaciones. Hay cinco causas principales citadas en las entrevistas: la primera es que las reglas no se cumplen y no son homogéneas a lo largo de la cadena; la segunda corresponde a los casos de corrupción que sesgan la percepción del sector; la tercera a los problemas históricos sin resolver como, por ejemplo, la deuda no PBS, las liquidaciones, entre otros; la cuarta hace alusión a los abusos de unos actores sobre otros y, por último, la falta de desarrollo institucional homogéneo, ya sea como causa o consecuencia de la injerencia política en el sector. Un descontento generalizado por los actores de la cadena, frente a su deudor, es la falta de transparencia en los criterios para realizar los pagos, ya sea de la EPS a las IPS, de los OL como de las IPS al siguiente eslabón de la cadena, o de los OL hacia proveedores primarios o distribuidores.

4.2.2.2. Causas Operativas o institucionales

Además de las causas sistémicas tratadas en la sección anterior, se mencionaron causas más proximales al flujo de los recursos dentro la relación entre las EPS e IPS, relacionadas a la falta de capacidad institucional y a la operación de los servicios no PBS y el MIPRES. A continuación, se presentan dichas causas.

4.2.2.2.1. Relación EPS – IPS

Pese a que se han desarrollado normas que definen los mínimos para establecer la relación contractual entre las EPS y las IPS, en cada relación las reglas son diferentes. Muchas veces, dentro de los idiomas que cada institución maneja en sus procesos se crean brechas enormes de comunicación que van quebrando la relación. En los contratos no se pactan

condiciones de codificación de los servicios, de transferencia de información, de soportes de la facturación ni de procesos de conciliación de cuentas o de liquidación de contratos.

Cada asegurador tiene unos procesos de acceso, auditoría, facturación y soportes, interpretación de la codificación, tarifaciones diferentes, lo que puede crear una torre de Babel para los proveedores de varias de las EPS, ya sean prestadores o aseguradores. Por su lado, las IPS pueden utilizar una codificación propia como base de su servicio y homologadores a Códigos Únicos de Procedimientos (CUPS y/o CUMS) que frecuentemente no tienen relaciones uno a uno. Esto genera poca trazabilidad a lo autorizado frente a lo registrado como procedimiento y finalmente cobrado. Frente al manejo contable de notas de crédito y débito, también puede haber un sin número de políticas y procesos no compatibles.

Otro asunto que afecta la relación entre actores es el no cumplimiento de los acuerdos de pago y los abusos de posición de actores con caja, ya sean aseguradores, OL o IPS. Estos supuestos abusos son, en general, negociaciones duras de la tarifa por parte de estos compradores.

4.2.2.2. Falta de capacidad institucional EPS e IPS

Las capacidades institucionales fue otra de las causas de problemas del flujo o de su trazabilidad mencionadas por los entrevistados. Los aspectos operativos más críticos fueron la falta de sistemas de información apropiados, de capacidad de auditoría oportuna, previa y eficiente, debilidades en los procesos contables o de entrega de información, y la insolencia de algunos actores. Estos problemas pueden dificultar los flujos tanto si los presenta el pagador como la entidad que cobra.

Un aspecto estratégico mencionado como el origen de la suficiencia de los recursos, de la gestión apropiada de estos, y de los flujos del sistema en las EPS es la capacidad de gestionar el riesgo de sus afiliados. La ausencia de esta capacidad ocasiona mayores costos. Lo anterior fue también considerado como válido para las IPS que comparten riesgo, donde se ubican las que saben gestionarlo y las que no, con consecuencias en los resultados de salud y economía de la población asignada. De igual manera, la capacidad de gestión del riesgo operativo y financiero, tanto en EPS, como en IPS permite a las instituciones una mejor gestión de sus recursos, la selección consciente de compradores y vendedores. Mientras los distribuidores de insumos y medicamentos mencionaron que su estrategia de selección de clientes tuvo que sofisticarse mucho, otros simplemente dejaron de suministrarlos cuando se llegaba a un número de días de cartera específicos.

El tamaño de las instituciones frente a los mercados donde se desempeñan es un factor crucial a la hora de gestionar la cartera. Esta condición, unida a las condiciones específicas de una zona geográfica particular, determina cuál de los actores va a tener un mayor poder de negociación. En ciertas zonas del país predomina el poder de negociación de los aseguradores y en otras el de los prestadores. En general, entre más grande sea la operación de un prestador para el asegurador, mayor el riesgo en el flujo, pero también es más probable que el asegurador priorice a ese prestador.

4.2.2.2.3. No PBS y MIPRES

La realidad es que los problemas de flujo de lo no PBS se deben, en la percepción de los actores, a la insuficiencia de los recursos para pagar todo y la falta de límites a lo que el sistema puede entregar. Esto, unido a los problemas operativos en Entes Territoriales de salud o a la ausencia franca de recursos en algunas de ellas, como es el caso del RS. En un momento dado, incluso ahora, para acceder a los recursos de APF, los prestadores y aseguradores de dicho régimen se tenían que entender con tantos procedimientos como entidades territoriales hubiera. En algunas zonas del país ni siquiera se radicaban facturas por parte de estos últimos.

Si bien el mercado en general considera que el MIPRES fue un adelanto en estandarizar los procedimientos para el acceso a los servicios no PBS, se indicó que las reglas son muy estrictas y a veces alejadas de la comprensión de lo operativo. La actualización del MIPRES en el año 2019 en varias versiones se percibió como un reto para poder seguir registrando los servicios.

Los ejemplos expuestos que pueden ilustrar lo anterior son las entregas parciales que, si bien no son lo ideal, ocurren (podrían ser deseables si la formulación es para tres, seis o doce meses), y los cambios de CUMS para ofrecer mayor eficiencia al sistema cuando las dosis son, por ejemplo, por kg de peso (algunas presentaciones pueden ahorrar el desperdicio).

4.2.3. Otras Causas

Finalmente, en esta categoría se listan otras causas del problema de flujo de recursos o de su trazabilidad referidas por los entrevistados. Dos actores indicaron que el problema es que este sistema de salud no sirve, y que se debería acabar y reformar completamente. Otros expusieron que la integración vertical no permite una objetividad del asegurador a la hora de generar los pagos ni ejercer funciones de manera clara, ya sea en la prestación, en la operación logística o en el aseguramiento.

Los pagos preferenciales a cierta red, en el caso de las privadas, se mencionó por algunos entrevistados, argumentando que el criterio no era claro ni transparente o que se privilegiaba en los pagos a la red propia o a la red donde los socios pudieran tener algún interés. Al respecto, también dijeron que a la red pública se le debía pagar aún sin contar con un contrato (redes de primer nivel en la red pública).

Por otro lado, también se mencionó que poner por encima de las instituciones y los pacientes a los intereses particulares y/o políticos puede causar problemas de flujo y de su trazabilidad en el desvío de recursos. Sobre esto, muchos de los entrevistados consideraron que existe una debilidad en la IVC. Se mencionó por algunos la debilidad de la Supersalud.

4.2.4. Consecuencias

En esta sección se presentan las opiniones de los actores entrevistados a la pregunta referente a las consecuencias de los problemas de flujo o de su trazabilidad para el sector salud. Se identificaron dos grandes grupos de consecuencias: el primero ligado al impacto negativo en el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud y el segundo relacionado con la participación y sobrevivencia de ciertos actores en el sector, afectando la institucionalidad del mismo.

4.2.4.1. Objetivos del sistema

A pesar de que ninguno de los entrevistados señaló directamente consecuencias en la salud de los afiliados, muchos de ellos dijeron que los problemas en el flujo de recursos afectan el acceso a los servicios de salud. Esta afectación se da, en primer lugar, porque algunos proveedores dejan de distribuir a ciertas redes, en particular aquellas con menor flujo, y, por lo tanto, los usuarios no tienen acceso a todos los medicamentos o tecnologías. Asimismo, la disponibilidad de TH se puede ver perjudicada al afectar el cuidado de los pacientes. En segundo lugar, se puede estropear la calidad de los servicios y su oportunidad por falta de inventarios adecuados o por el reemplazo de insumos, dispositivos y medicamentos de alta calidad por otros de menor calidad o con menor garantía. Indirectamente, esto puede incidir negativamente en la salud y en la respuesta del sistema a las expectativas de los usuarios, conllevando a que algunos pacientes y familias terminen pagando de sus bolsillos servicios de salud que de otra manera les hubiera cubierto el sistema de salud. Por lo tanto, los tres objetivos principales de los sistemas de salud pueden verse afectados por los problemas de flujo de recursos. La problemática también puede tener consecuencias en la equidad, ya que para algunos pacientes hay toda la disponibilidad de recursos y para otros no los hay. La eficiencia del sistema también se ve afectada debido a que los tiempos prolongados de pago llevan a tarifas más altas por costos financieros que deben absorber los proveedores.

4.2.4.2. Oportunidades de participación y sobrevivencia en el sector

La afectación de la participación de los diferentes actores en el sector se deriva del significativo capital de operación que se exige (180 a 300 días), con un sector mal calificado por las instituciones financieras, lo que hace que el costo financiero sea mayor y se traslade a los precios de los servicios. Por otro lado, es tan grande la cartera que pocas instituciones

tienen el músculo financiero para poder apalancarse exclusivamente en créditos, generando, en el caso de las IPS, una decisión de afectar el TH o los proveedores de medicamentos, insumos y dispositivos.

En la cadena de servicios, varias instituciones han desaparecido, lo que conlleva a que las alternativas de proveedores vayan disminuyendo en favor de las instituciones que cuentan con el capital para financiarse. Esto puede llevar a tener oligopolios o incluso monopolios para ciertas atenciones en una región determinada. Asimismo, los compradores pueden ganar participación de mercado, debido a que sus competidores van desapareciendo.

Por último, este fenómeno de criticidad de la caja limita la operación del sistema, generando desconfianza en el sector, al tiempo que se presta para el abuso de negociaciones de quien tiene caja y para la corrupción en la obtención de pagos.

5. PROPUESTAS DE POLÍTICA PÚBLICA

A continuación, se presentan las propuestas diseñadas a partir de las causas identificadas por los actores para los problemas de flujo y, por ende, de trazabilidad. Esta sección está compuesta por el desarrollo de propuestas para las causas sistémicas y las causas operativas.

Mediante estas propuestas, algunas de carácter estructural, se realiza una priorización de estrategias que proyecten una hoja de ruta de corto plazo y abone terreno para las propuestas estructurales planteadas. Esta hoja de ruta se diseñó a partir de criterios como la inclusión de todos los actores de la cadena de producción de servicios de salud y una visión conjunta de sistema de salud y no de un actor particular, con la idea de proponer desarrollos a corto (1-2 años), mediano (3 a 5 años) y largo plazo (6 años o más), pretendiendo abordar paulatinamente las causas más fundamentales y, a la vez, buscando complementariedad con los elementos normativos, procedimentales y operativos en curso.

5.1. Propuestas a causas sistémicas

5.1.1. Propuestas para alcanzar una visión conjunta de sistema y lograr su estabilidad

Para navegar las tormentas se necesita claridad en el destino e instrumentos para sobrepasarlas. Se requiere una visión común del sistema para todos los actores, precisión en los objetivos y metas y en la ruta a seguir para cada uno de los actores. Un plan decenal que incluya la seguridad social y la institucionalidad, complementario al plan decenal de salud pública, podría ser ese instrumento, esa carta de navegación. Asimismo, debería mostrar directamente cuál es el valor que debe agregar cada actor en el sistema y el cómo hacerlo.

Para abordar la falta de pertenencia y confianza en el sistema se debe mostrar todo el valor que el sistema añade a la sociedad, de manera agregada y en su conjunto. Se debe difundir y publicitar, no solo las pequeñas cosas que no funcionan, sino también todas aquellas que sí lo hacen. Mostrar sistemáticamente lo que se logra en conjunto y también lo que cada actor aporta en un sistema de monitoreo y seguimiento, con alertas y con consecuencias de no participación en el sector, en caso de desviaciones. La información debe ser estandarizada y fluir entre todos los actores del sistema que les sea de su interés.

Para darle fin a las deudas del sector y dejarlas atrás se propone ampliar el alcance del APF. Para ello, se requiere un borrador que aborde el pasado no PBS y en lo PBS, y les permita a las entidades reiniciar o redefinir procesos y enfocarse en la operación corriente. El APF ya incluye lo no PBS que, además, tiene un mecanismo para que no se vuelva a presentar el mismo problema. El pasado PBS debe sanearse contablemente, con un proceso final y buscando un mecanismo para que esto no se repita. Para lograr esto, aparte de generarse unas directrices muy claras, es necesario gestionar recursos de préstamos a largo plazo o créditos condicionados y medidas de salvamento a disposición de los actores.

5.1.2. Propuestas para alcanzar una suficiencia de los recursos

Para promover la suficiencia y el cuidado de los recursos del sistema se han propuesto modelos de contratación que involucren al prescriptor y generador del gasto en el equilibrio entre la racionalidad y la calidad, que prioricen los recursos de manera idónea y se controlen entre pares, como, por ejemplo, en la selección de una red en la que el prestador o un comité de profesionales de salud de los prestadores distribuye un presupuesto definido para lo no PBS. La propuesta es que se realicen pilotos con estos tipos de contrataciones y se incluyan indicadores de resultados en salud, de manera que, como sistema, haya un aprendizaje sobre qué sirve y qué no. Asimismo, se propone reglamentar los incentivos a la calidad y resultados en salud (Const. 1991, art. 241), de manera que estos se entreguen a toda la cadena de servicios de salud y se relacionen con el logro de los objetivos del sistema.

Para mejorar el cuidado de la sostenibilidad del sistema de salud se considera crítico definir una rama judicial que atienda las tutelas y una estrategia de educación continuada para dicha rama en lo relacionado con la seguridad social en salud. Esta formación deberá involucrar o estar acompañada de principios de tecnología y rutas estandarizadas de decisión para condiciones mínimas, como lo son las condiciones de aprobación de un servicio de salud o que la decisión deba consultar los conceptos del IETS. Esta medida podría aportar a la estandarización, descongestionamiento e involucramiento del sector judicial en el cuidado de las personas en equilibrio con el cuidado a la sostenibilidad del sistema de salud que atiende a muchas personas.

Por otro lado, se propone que se exija de manera obligatoria un análisis de impacto en recursos a nivel de sistema de salud y de los actores (beneficios vs. costos) en las normas que afectan las condiciones que rigen el sistema de salud, y que se defina la fuente de dichos recursos nuevos. Lo anterior para que las decisiones o modificación de condiciones de operación de sistema de salud puedan ser realmente implementadas⁶ al tener recursos asociados a ellas. Por último, para fomentar la suficiencia de los recursos, se propone realizar estudios sistemáticos del sector que busquen identificar ineficiencias y desperdicios. Podría ser un observatorio o una línea de investigación sistémica que se dedique a identificar oportunidades de desempeño óptimo de sistema; por ejemplo, un paso interesante sería realizar un estudio de las buenas prácticas de prestadores y aseguradores en la gestión de los recursos y del riesgo, y estimar la ganancia en el sistema si todos los actores pudieran lograr esas buenas prácticas.

5.1.3. Propuestas para lograr una mejor claridad y operatividad en la implementación de la normatividad o reglas de operación del sistema

Para aportar a la claridad de las reglas, se propone identificar la normatividad vigente que rige los procesos relacionados con el flujo de recursos para todos los actores que están involucrados en la cadena de producción y acceso a los servicios. Esta revisión debe incluir, al menos, los procesos de autorización y admisión a los servicios de salud, de registro y reporte de la atención; de auditoría clínica y contable; elaboración, presentación, revisión y aceptación de la factura; de información, reporte y conciliación de no conformidades en la factura; de realización, registro y asiento contable de pagos y de liquidación de contratos. Igualmente, debería contener todos los reportes asociados a estos procesos en lo concerniente al flujo de recursos.

A partir de la claridad acerca de la vigencia y de la compilación, lo ideal sería realizar una simplificación y estandarización de procesos y procedimientos, acompañada de una amplia difusión y asesoramiento técnico, y creación de un sistema de monitoreo al cumplimiento. Estos procesos han de contar con toda la cadena de actores para que se genere la trazabilidad integral del flujo de los recursos. Asimismo, en espejo, se debe crear el sistema de monitoreo del valor agregado que cada actor aporta al cumplimiento de los objetivos del sistema, en especial a la salud de los afiliados. Finalmente, se propone que los resultados de estos sistemas de monitoreo se hagan visibles, y que la gestión adecuada sea reconocida públicamente y se señalen los abusos o no conformidades y las medidas que se toman al respecto, así como

⁶ En las condiciones que no estén costeadas no se evalúan las capacidades existentes para viabilizarlas, por lo que terminan afectando la operación de los actores. Algunos ejemplos son las normas de habilitación y las normas que regulan la oportunidad de la atención o el acceso directo a especialistas.

los tiempos para que esto se corrija. Esto último se debe volver un incentivo poderoso para el cumplimiento de las reglas dentro del sector, por eso la información tiene que ser muy confiable, a lo cual los mismos actores del sistema deben fomentar su credibilidad.

Para que las reglas y su cumplimiento se vuelvan reales y legítimas, deben percibirse “iguales” para todos los actores dentro de lo que aplique a su función dentro del sector. Deben equipararse cada vez más las reglas que aplican al RC para el RS; lo mismo aplica para las reglas de prestadores privados como para prestadores públicos. Pero también, si una regla aplica a aseguradores, por ejemplo, frente al cuidado de los recursos, de igual manera, debería aplicar para los prestadores, los OL, los profesionales de la salud, y los usuarios y sus familiares. Dos ejemplos concretos se exponen a continuación.

La contratación obligatoria con la red pública no ha permitido que toda esta red evolucione institucionalmente ni se haya convertido en el ejemplo de eficiencia y buena gestión del sector, que es lo que se necesita. Lo ideal sería eliminar el requisito de contratación obligatoria y buscar otros mecanismos para promover la prestación en lugares donde no hay competencia. En caso de que se quiera continuar con la regla de obligatoriedad en la contratación, esta solo debería aplicar cuando la gestión es adecuada y se aporta a los objetivos del sistema y a su sostenibilidad. Por eso, la selección de la red pública como prestador se debe basar en su capacidad para responder a las necesidades de los usuarios, de generar la información y ser un ejemplo de desempeño institucional en todas las reglas del sector. Sugerimos que las reglas para los prestadores sean iguales a las de prestadores privados, para que se permita una mayor flexibilidad y agilidad en la gestión de estas entidades. Para las regiones con prestación monopólica estatal deberían revisarse esquemas diferentes como los que aplican en los sectores de electricidad, donde una oferta redundante se financia para mantener el servicio público ante posibles contingencias, en este caso, el mecanismo de financiación no debería ser la UPC, podría ser un mecanismo independientemente de que los servicios que se presten puedan ser transados y pagados con esta fuente.

Para todos los aseguradores existe un sistema de información y de reservas técnicas relacionadas con el riesgo que asumen de recibir unos recursos para gestionar un riesgo en salud y de carácter financiero. Con ocasión de alinear los incentivos del sistema de salud, cada vez más prestadores y redes de prestadores están asumiendo un riesgo ligado a un pago prospectivo. Estos prestadores que asumen riesgos, deberían cumplir con unos requisitos acordes al riesgo que asumen, de manera que no se presenten oportunismos para realizar una contratación de este tipo por un periodo, limitar el acceso a los servicios y luego soltar a la población con necesidades acumuladas.

Por último, las ET tienen las funciones de financiadores, aseguradores, habilitadores y de IVC, además de la protección a la salud pública. Muchas de ellas no cuentan con los recursos para ejercer todas las funciones y no tiene mucho sentido que sean juez y parte, incluso desde el punto de vista técnico. Se propone una revisión de estas competencias buscando una separación del IVC y la ejecución, y una alineación de las funciones y recursos para su ejercicio. Esto en relación con la IVC de la pública, la selección de gerentes de las IPS públicas y la regulación del aseguramiento que afectan la trazabilidad de los flujos de información y recursos.

5.1.4. Propuestas para desarrollar sistemas de información confiable

La información se construye por todos los involucrados y debe apoyarse en las tecnologías de información disponibles. Se requiere de una información estandarizada, oportuna y confiable sobre los servicios de salud, inversión en el sistema y resultados en salud de todos los agentes del sector. Se propone, agilizar la regulación de interoperabilidad de la historia clínica y los campos estadísticos que debe transferir a los registros administrativos (hoy llamados RIPS), incluyendo la unificación de mallas validadoras de la información. Esta regulación debería incluir la posibilidad de validación y conciliación de información entre asegurador y prestador. Asimismo, a partir de esta información, se deberían crear sistemas inteligentes de monitoreo que generen alertas para determinar inconsistencias de manera inmediata y promover que el actor responsable las gestione oportunamente.

Se propone para los prestadores públicos creen una agrupación en un portal exclusivo con requisitos únicos de reporte, de manera que, si no tiene recursos para actualizar sus sistemas de información, se puedan adherir a un sistema genérico

que les permita cumplir con todos los requisitos de información del sistema. Este agrupador de información podría ser opcional para prestadores privados.

5.1.5. Propuestas para reducir la desconfianza entre los actores y el Gobierno

Para abordar los cinco aspectos resaltados, como el origen de la desconfianza, se proponen los siguientes abordajes desde la política pública.

La primera propuesta es generar una penalización moral y una contextualización de los casos de incumplimiento de reglas, corrupción y abuso de poder de los actores. Para esto se deben mostrar los casos de infractores, contextualizando a la totalidad de casuística del proceso, con protección a los inocentes involucrados y solo después de comprobar el hecho. Es necesario poner en contexto para que no se identifique al sistema con el problema, sino al caso particular como una desviación.

La segunda, vinculada con la primera, es la de reforzar el cumplimiento de las reglas. Para esto, lo ideal es simplificar las reglas, garantizar que son aplicables a los diferentes contextos o reconocer esa diferenciación de contextos en excepciones o adaptaciones y, garantizar que el no cumplirlas oportunamente acarree consecuencias. La despolitización de la penalización también debe reforzarse, generando la menor dependencia posible de los encargados de ejercer la IVC de los ciclos políticos. Para fortalecer el seguimiento al cumplimiento de las normas con capacidad y criterio técnico, es fundamental el involucramiento de tecnologías de información y sistematización de reglas.

La tercera es la definición de un norte del desarrollo esperado en las instituciones frente a su gestión, comportamiento ético y transparencia, ante los resultados esperados y su reporte, con una estabilidad en el tiempo que permita el desarrollo escalonado con unas metas volantes. Se propuso en una sección anterior que el mecanismo sea la definición del plan decenal. Lo deseable es que este plan se constituya en la guía para los actores, el cual debe estar acompañado de asesoría técnica, implementación de pilotos, difusión de buenas prácticas, entre otros, además de procesos de monitoreo y evaluación para reforzar estos aprendizajes y su progresividad en la adopción.

La cuarta es dejar atrás el pasado ampliando el alcance del APF para que, no solo sea más ágil y operativo, sino para que incluya, aparte de soluciones para resolver la deuda no PBS, soluciones dirigidas a resolver el pasado PBS, y que toda la contabilidad del sector quede depurada para que no se vuelva a presentar este tipo de desviaciones. Esta ampliación del alcance debería entenderse como el soporte para lograr la sostenibilidad del sector, que requiere de incentivos que proporcionen recursos de apalancamiento al impacto de dicha depuración, tal vez, con préstamos condicionados u otros mecanismos.

5.2. Propuestas a problemas institucionales u operativos

Las propuestas dirigidas a atacar los problemas institucionales u operativos relacionados con los problemas originados en la relación EPS e IPS, a la capacidad de las instituciones y las relacionadas con la operación No PBS y el MIPRES son presentados a continuación.

5.2.1. Propuestas para mejorar la relación EPS – IPS

La estandarización de procesos, acompañada del uso de sistema de información visible es la solución básica a las dificultades manifestadas por los actores. Aprovechando la digitalización de la factura, se deben estandarizar los procesos de autorización y admisión a los servicios de salud, de registro y reporte de la atención; de auditoría clínica y contable; elaboración, presentación, revisión y aceptación de la factura; de información, reporte y conciliación de no conformidades en la factura; de realización, registro y asiento contable de pagos; y de liquidación de contratos. Lo anterior debe incluir la estandarización de lenguajes y criterios, de tiempos y alertas, y un repositorio único de información para el seguimiento donde se incluya toda la cadena de actores. Por ejemplo, las instituciones no podrían sustentar sus activos o su operación

en: a) Deudas imposibles de cobrar porque las entidades pagadoras ya están liquidadas, y b) Deudas que ya no se van a pagar porque no fueron radicadas en su momento, no tienen un reconocimiento de título valor o ya presentan caducidad.

5.2.2. Propuestas para mejorar la relación con la falta de capacidad institucional EPS, ET e IPS

El espejo de la estandarización del proceso a nivel de la relación es el fortalecimiento de las instituciones. El desarrollo institucional es fundamental para lograr los objetivos del sistema de salud. Este desarrollo incluye, desde el gobierno corporativo, la creación de la cultura de valor y la alineación de incentivos dentro de la organización, hasta la eficiencia y capacidad de gestión, en especial la incorporación de TIC y la automatización de procesos centrados en el usuario.

Para el sector público, como ya se mencionó, es posible crear una operación unificada en un portal o una entidad agrupadora que permita dar cuenta del aporte de los prestadores públicos al sector, a la vez que los aprendizajes y avances puedan ser extendidos a toda la red. Como ya se indicó en la subsección de reglas, la facturación electrónica, ya en operación, puede ser un elemento facilitador para la creación de una plataforma común para este proceso que también resuelva la radicación de facturas con los soportes mandatorios ya depurados por calidad.

Asimismo, la operación nacional de la habilitación de prestadores y de selección de gerentes de hospitales podrían ser elementos que aporten a la separación de funciones de las ET, a la vez que ganan transparencia. Muestra de ello podría ser que las ET lo hagan seleccionando proveedores pre-habilitados en la plataforma de Colombia Compra Eficiente. En puntos específicos que se consideren de criticidad para el sector, deberían buscarse ayuda para las inversiones o desarrollo de acceso público para todos los actores.

Aspectos propuestos en otros apartes también facilitan el fortalecimiento institucional, como la propuesta de plan decenal, donde se establecería los mecanismos para el desarrollo institucional, un acompañamiento técnico y la difusión de buenas prácticas, y sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación aportarían a la mejora continua del sector

5.2.3. Propuestas para gestionar el No PBS y MIPRES

Varios de los inconvenientes reportados por los actores han sido abordados por el Gobierno con la centralización de lo no PBS en el RS, con el MIPRES y con el APF. Sobre el MIPRES, hay tres ajustes operativos que proponemos para que se estudien con el fin de un mejor aprovechamiento de la herramienta y para que se garantice una mejor trazabilidad de todos los servicios por fuera del PBS. La primera medida es la adopción de códigos estandarizados para dispositivos e insumos. La segunda es la opción de realizar novedades o alcances, como casos entre CUMS del mismo principio activo tanto para la prescripción, autorización o entrega, con la justificación de eficiencia en cada caso. La tercera es la de introducir la posibilidad de registrar varias entregas a la misma orden o prescripción, promoviendo que se refleje la operacionalización de la entrega de los contenidos de la prescripción.

Una posible ilustración de una actualización de CUMS pertinente y necesaria es cuando un especialista prescribe con el CUMS1 del medicamento con principio activo A y dosis por toma de 10 mg, que viene en una presentación de 40 tabletas para un mes, aunque en su propia prescripción diga que el paciente requiere de una tableta diaria de 10 mg por un mes. Lo más eficiente para el sistema no es entregar el paquete de 40, sino entregar un paquete de 30 tabletas del principio activo A y dosis 10 mg. Esta eficiencia no afecta en nada la calidad de la atención del paciente, sino que, por el contrario, garantiza que no tome medicamentos de más. Debería ser posible, entonces, en el sistema de información entregar el CUMS38 que tiene el mismo principio activo A, de 10 mg que viene en caja de 30.

5.3. Soluciones priorizadas

De todas las soluciones posibles a la gran cantidad de causas expuestas por los entrevistados, se priorizaron seis por considerarse las más importantes para consolidar una estrategia que genere un impacto intermedio en el flujo y trazabilidad de los recursos de la seguridad social en salud, y un impacto final en los objetivos finales del sistema. La Figura ilustra las propuestas que se describen en esta sección. Los criterios para la priorización de soluciones de política pública

se basan en los elementos conceptuales de sistemas de salud y gobernanza presentados en la sección 2. Estas son soluciones que involucran transparencia, rendición de cuentas, participación, sistemas de información, medición del desempeño, incentivos y reglas de juego claras entre los actores.

La primera solución es la definición explícita de los objetivos y ética del sistema de salud y la aceptación de las reglas de transparencia, con un conjunto de incentivos para alinear el quehacer de los actores con el logro de las metas sistémicas y con una vocación de estabilidad en las reglas. La segunda pretende consolidar un esquema de monitoreo del valor agregado generado por cada actor y por tanto, su contribución con los objetivos del sistema. Así, se podrá visibilizar el valor agregado por cada actor y del sistema de salud en su conjunto. La tercera es el aprovechamiento de la facturación electrónica para forjar procesos estandarizados entre los diferentes actores del sistema, que sean transparentes con respecto a la atención a los usuarios y el cobro de los mismos, involucrando toda la cadena de producción de servicios de salud, generando una trazabilidad completa de los flujos de recursos. La cuarta es la armonización de normas alrededor del flujo de recursos y su simplificación de recursos, mientras que la quinta es la creación de una ruta de saneamiento y recuperación de los problemas del pasado que amplíe el alcance de APF. Por último, la sexta corresponde al fortalecimiento institucional que respalda, al interior de las instituciones, todo el desarrollo de las soluciones anteriores.

Figura 5. Propuestas para abordar los problemas de flujo y trazabilidad en el SGSSS

Largo plazo					
Brújula sectorial	Crear valor y mostrarlo	Sistema transaccional común transparente y con estándares	Armonización y simplificación normativa con monitoreo y divulgación	Acuerdo punto final expandido	Fortalecimiento institucional
Mediano plazo					
Acuerdo de desarrollo institucional deseado en un marco de 10 años.	Consolidación de la cadena de valor y un sistema de seguimiento y su monitoreo a los actores basado en el difusión de resultados.	De la auditoría al registro del pago, procesos estandarizados con información unificada para el seguimiento.	Proceso de ajuste normativo que permite al paso anterior e involucrar a todos los agentes de la cadena.	Expandir la gestión para el cierre de cuentas del pasado en el sector - énfasis contable y financiero (apalancamiento)	Programa para entidades modernas para modernizar la prestación y digitalizarla fortaleciendo los procesos.
* Visión conjunta. * Estabilidad a 10 años. * Claridad para cada actor. * Cumplimiento de hitos mandatorios para seguir en la SGSSS. * Cuidado de los recursos.	* Identifica el aporte de cada actor al sistema. * Identifica un sistema para monitorearlo. * Da una justificación de los márgenes. * Permite una depuración de los agentes de acuerdo con hitos de plan decena.	* Se constituye en un sistema de monitoreo del flujo permanente y único - tipo ACH. * Permite generar alertas si se acumulan deudas.	* Viabiliza varias soluciones y la inclusión de toda la cadena.	* Estados financieros reflejen situación real. * Condiciones de desarrollo institucional. * Permite evaluar si la operación corriente es viable.	* Unificar operaciones y sistemas de información facturación y tesorería red pública. * Centralizar selección de directores de hospitales y operadores habilitación.
Corto plazo					
Buenas prácticas - casos de éxito.	Valor agregado. libro blanco por tipo de actor.	Abc procesos. Aportes sectoriales para estandarización.	Propuesta ampliación circulación 08	Identificación necesidades y barreras depuración contable.	Sistema de información, facturación, tesorería.

Fuente: elaboración equipo de PROESA, 2020.

5.3.1. La brújula del sector

Se requiere una brújula que establezca claramente el norte del sector en su conjunto y aporte a entender qué se espera de cada uno de los actores, concibiendo una cierta estabilidad y oportunidad de maduración de los actores y los procesos del sistema. Este gran acuerdo social debe establecer un marco ético general, un mínimo desarrollo del quehacer sectorial y de cada tipo de actor y su aporte dentro del sistema. Participar en el sector de la seguridad social ha de establecerse como un orgullo, como resultado de un interés por aportar el bien público de la salud de los colombianos. Asimismo, debe generar valor para los actores que participan y también para la sociedad. Esta brújula debe ser liderada por el Gobierno y los actores con la participación de la mayor cantidad de sectores representados, y debe estar lista en un año y quedar plasmada en un plan decenal institucional, espejo y complementario al plan decenal de salud pública.

Esta brújula institucional debe incluir, por lo menos, cinco aspectos clave a desarrollar. El primero es la definición de los objetivos del sistema de salud centrados en la salud de los colombianos, su experiencia, su protección financiera y el aporte a la sostenibilidad del sistema de salud. El segundo se refiere a la definición de las normas de comportamiento ético institucional, cómo se demuestra su cumplimiento y apropiación por los actores que desean participar en la seguridad social, cómo serán evaluadas las instituciones y cómo, de manera progresiva. Así, solo podrían participar en el sector aquellas instituciones que se alineen con este marco ético. El tercer aspecto corresponde a la definición del relacionamiento entre actores y su alineación correcta con los objetivos del sistema, incluyendo la automatización de procesos e intercambio de información entre actores y con la centralidad del sistema de salud, incluyendo la adherencia a los desarrollos esperados del sistema de información, el uso de TIC para mejorar la atención y la interacción de las instituciones con cada usuario y su familia, y la claridad en las relaciones entre los actores.

El cuarto aspecto se refiere a la descripción del desarrollo esperado de las instituciones que deben hacer parte del sistema de salud, definiendo el desarrollo mínimo en los aspectos críticos de cada actor, como, por ejemplo, la evolución de los esquemas de gobierno; la transparencia en los procesos, procedimientos y gestión; la entrega de la información oportuna, completa y de calidad del aporte a la salud de los colombianos. Este aspecto, al igual que el anterior, debe ser sumativo y evolutivo, y de manera progresiva debe ser evaluado para saber qué actores van adhiriéndose, razón por la que merecen estar participando del sector. El quinto aspecto recoge la alineación gradual de todos los incentivos económicos para alinear los comportamientos. Se debe incluir la cadena completa de actores, desde el individuo, el médico y otros profesionales que prescriben los tratamientos, hasta los tomadores de decisiones en el Gobierno central y territorial.

Un buen punto de partida para crear esta brújula, que puede ser gestionada desde las agremiaciones, es la compilación de buenas prácticas de gestión de cada uno de los actores de la cadena, así como la visibilización del valor que agregan al sector. A partir de esta compilación, el paso siguiente sería la solicitud, por parte del regulador o la Supersalud, de la adopción de buenas prácticas, no unas estandarizadas, sino unas acordes a cada entidad. Este proceso sería a corto plazo y facilitaría la elaboración del plan decenal.

5.3.2. Crear valor y mostrarlo

Para que el sector y cada uno de los actores sean reconocidos, y para que se permita visibilizar el aporte del sector en su conjunto, se requiere ser más explícito con la contribución de cada eslabón de la cadena a la salud de los colombianos y al cumplimiento de las metas del sistema de salud. El valor agregado que se espera de cada tipo de actor está asociado a las funciones que ejerce en el sistema de salud. Por ejemplo, un asegurador tiene un pool de afiliados y debe garantizar su acceso a los servicios de salud, de manera que un valor agregado de ese asegurador es la disminución de brechas en el acceso a los servicios de salud debidas al estrato socioeconómico de sus afiliados. Al añadir lo que hacen todos los aseguradores, tendríamos el resultado del valor que agregan los aseguradores a todo el sistema. Otros ejemplos de valores agregados de actores son la creación de adherencia al tratamiento proporcionada por el prestador que atiende a pacientes con enfermedades crónicas o la disponibilidad de medicamentos de bajo margen para los pacientes que lo requieren creada por un OL que maneja un cierto portafolio y pueda generar esos “subsídios cruzados”.

Un sistema de monitoreo del valor que agrega cada actor que proporcione información para los reguladores, controladores, actores y el público en general es necesario. No se debe dar por sentada la contribución al sistema de salud de un asegurador, de un prestador, de un OL o de los distribuidores primarios de dispositivos o insumos, o del TH, así como tampoco debería despreciarse un eslabón de manera genérica. La contribución de cada actor es lo que justifica que gestionen recursos de la seguridad social en cada eslabón de la cadena y que, en ese flujo y en su transparencia, el sector invierta tiempo, recursos y atención. Asimismo, es lo que justifica que cada eslabón se quede con un margen de recursos que, de hacer transparentes los flujos en toda la cadena, se hará evidente.

El sector salud dinamiza la economía y el mercado laboral, pues constituye un 7 % del PIB y genera salud, mitiga el riesgo y el sufrimiento en las personas, es una fuente permanente de innovación y aporta valor a otros sectores y a la sociedad. Para promover este reconocimiento del sector, no solo debe establecerse una estrategia de comunicación que muestre de manera genérica los aportes del sistema a la sociedad, sino que, de manera concreta, cada actor debe reportar su valor agregado al sistema, y el sistema, por su lado, debe garantizar que fluyan los recursos para mantener ese valor. Ambas cosas deben tener una trazabilidad de la cadena completa, al tiempo que debe visibilizarse para los actores y para el público en general.

Para comenzar este desarrollo sería muy interesante que, desde el sector privado y los actores, se identificaran los valores agregados hoy y los que se aspira en tres, cinco y diez años. Sería un documento producido en el corto plazo de posición gremial que podría incluir una propuesta de indicadores e incluso datos de lo que ya se ha logrado por cada tipología de actores.

Lo anterior podría acompañarse de una estrategia de difusión de información ya disponible dentro del sector como los RIPS o la información reportada para el cálculo de la UPC, mostrando los logros, contando personas atendidas, servicios entregados, tratamientos completados en cáncer, infecciones, sobrevivientes de eventos cardio-cerebrovasculares, altas de rehabilitación, paciente con remisión de síntomas y pacientes controlados. No se trata de ocultar los retos de mejora que existen, sino que se pretende poner en el centro, el valor que ya se suma e ir desarrollando más el sistema de salud.

5.3.3. Trazabilidad: Sistema transaccional

Un aspecto común en la mayoría de los entrevistados, que se propone como causa de las dificultades en el sector, es el relacionado con la desconfianza entre los actores, incluyendo en estos al Gobierno y a la Supersalud. Ello, se ha señalado y tendría su origen en que no se tiene certeza sobre la forma en la que se utilizan los recursos del Sistema o en cómo se direccionan, apalancado además en una percepción histórica en la que algunos actores añoran el esquema de subsidio a la oferta que estiman más adecuado, ya que partiría de la utilización directa y completa de los recursos en la prestación del servicio. En este punto resulta de gran importancia, dados los antecedentes del sector, que se pueda proveer absoluta claridad sobre qué obligaciones y qué erogaciones corresponden a cuentas actuales (deuda corriente) y cuáles a deudas pasadas (cartera antigua).

Un elemento que incide negativamente en la credibilidad de las cifras disponibles está dado por la ausencia de un lenguaje común o, por lo menos, en un entendimiento estándar y de unas reglas claras en materia de contratación, facturación, auditoría y manejo contable que permitan que la realidad contable de los actores sea entendida y genere confianza entre ellos.

Ahora bien, cualquier propuesta de solución que genere un resultado real en el seguimiento al flujo de recursos, está determinada por la inclusión de un lenguaje común a todos los actores, con el cual puedan incluirse los ítems que se incluirían en una factura, aplicables a procedimientos, medicamentos y dispositivos y otros insumos. Es decir, deben incluirse de manera obligatoria los RIPS, CUMS y una codificación de dispositivos que se adopte para este fin. Tal determinación resulta de competencia del Gobierno a través del MinSalud, que debería establecer esta codificación como uno de los elementos mínimos para la validez de la factura electrónica (Decreto 4747, 2007, artículos 19 y ss).

Sería de gran utilidad para el sector y para el Gobierno, en cabeza del MinSalud, la creación de un acuerdo entre los actores que aún no se han incluido de manera formal a la cadena de producción del SGSSS, como es el caso de los OL de tecnologías en salud y GF, así como aquellos cuyos productos e insumos carecen de codificación formal que permita el desarrollo a corto plazo de este elemento indispensable para el desarrollo de otras herramientas de información, tanto en materia financiera como de resultados en salud.

Existe una gran dificultad que es reconocida por todos los actores en materia de información y vigilancia en las IPS, particularmente en las de carácter público, pues las mismas, por múltiples razones, incluidas las más elementales como la carencia de herramientas TIC, no reportan la información requerida o no lo hacen oportunamente o, bajo la premisa de sus dificultades, se les excusa de remitir información que para los demás actores es exigible. Las situaciones descritas contribuyen al desconocimiento de su actuar, aspecto que puede ser relevante a la hora de facilitar conductas poco ortodoxas o francamente punibles, al tiempo que dificulta conocer el real desempeño en salud de las instituciones y sus resultados en la población.

Como resulta indispensable obtener los datos fieles de estos actores, podría pensarse en que el Gobierno Nacional dote a estas entidades de una sola herramienta que pueda ser utilizada por las que carecen de la capacidad a la que nos referimos, a fin de poder contar con la información requerida y que su aplicación contable se efectúe oportunamente. De esta manera sería posible conocer el estado financiero real de estas entidades, datos que a hoy no son accesibles.

En este punto no sobra mencionar la particular importancia que reviste la conducta de algunos actores hacia el recurso humano, situación que, si bien no era desconocida, se ha destacado a raíz de la pandemia. Por tal motivo sería del interés general que los flujos de recursos hacia estos proveedores del servicio clínico o paraclínico sean visibles. Ello se lograría si las herramientas de reporte y visibilización de los recursos a las IPS se extienden hasta los giros de sus proveedores de bienes y servicios. Y como corolario, la recepción del ingreso en aquellos que suministran insumos a las IPS.

Si bien se trata de un proyecto de mediano plazo, la automatización derivada, posiblemente, de la historia clínica interoperable que se viene adelantando, así como la tecnificación de los procesos a través de TICS, simplificarán notablemente la interacción entre los diferentes intervinientes en el sector y decantará las cifras, de manera que en el transcurso del tiempo se llegue a un conocimiento real del comportamiento del sistema, alejándonos de los discursos basados más en sensaciones históricas que en hechos, lo que permitirá dar credibilidad. Con base en información veraz se pueden tomar medidas más certeras en materia financiera, pero también en salud, aspecto que se une a la decisión de implementar un mecanismo de pago por resultados en salud al que se refiere el art 241 de la Ley 1955 de 2019, norma que también señala la necesidad de crear un Sistema de información sobre los resultados en salud. Por otro lado, dicha norma indica la necesidad de crear unos incentivos a la calidad que premien a los actores que cumplen de la mejor manera sus labores a la luz de sus resultados en salud. El esquema que se defina e implemente podría constituirse en una herramienta muy importante para lograr la entrega de información fiable y oportuna.

Resulta de gran importancia la posibilidad de que la medición de estos resultados sea efectuada por terceros ajenos al Gobierno, lo que dota de mayor transparencia al Sistema, al tiempo que podría permitir efectuar análisis independientes de los resultados de las IPS que, a la fecha, no se conocen.

Para tal efecto, la obligación del sector salud de iniciar la aplicación de la factura electrónica, y la reciente inclusión de la ley del Plan Nacional de Desarrollo de avanzar en la interoperabilidad de la historia clínica, se presentan como oportunidades que permiten avanzar hacia un sistema de información confiable para resolver estas dificultades que, más que problemas en el flujo de los recursos, se radica en la falta de capacidad de hacer seguimiento a toda la cadena hasta el proveedor final y de credibilidad de la información disponible.

Si se revisa la forma en que está concebida la factura electrónica, se puede observar que no está diseñada más que para brindar información sobre la causación de un gasto o erogación de una parte y de un eventual ingreso. Sin embargo, se trata de un documento que refleja un acuerdo y sobre el cual no recaen cuestionamientos o glosas y posteriores ajustes. Es por ello que el esquema que se adopte debería incluir una etapa previa y otra posterior a la facturación, donde se

puedan llevar a cabo los procesos de auditoría, ajuste y concertación de cada factura, de manera que una vez que ingresa al esquema de factura electrónica, a través del OL, se trate de un documento expreso, cierto y claro, respecto del que, además, se puedan efectuar las anotaciones contables correspondientes.

También se requerirá incluir un módulo posterior a la emisión de la factura relativo al pago de la misma y, naturalmente, los plazos en los que se efectúa el citado pago. Ello, no solo da transparencia al sector en materia de cuáles y cuántas son las deudas reales que existen y entre cuáles actores, sino que, además, permitirá hacer seguimiento al tiempo en que se hacen efectivos. Este punto es vital, puesto que hay total consenso entre todos los actores respecto a que los pagos tienen plazos que oscilan, en promedio, entre los 120 y 180 días, y que tales períodos generan evidentes sobrecostos en toda la cadena, aún más cuando tal valor no se encuentra medido.

Igualmente, para facilitar y simplificar las transacciones, aspecto que también se ha mencionado como uno de los que más causa dificultades entre los actores, debe establecerse una malla de validación común, asignada a todos los actores, bien sea como producto de un acuerdo integral entre los mismos o mediante una norma que así lo determine, que de manera automática y universal apruebe o rechace toda aquella factura que no se ajuste a los mínimos establecidos. Esto llevaría a la eliminación de las discrecionalidades que se ha mencionado en múltiples ocasiones como barreras para el pago. Este sistema favorecería el establecimiento de movimientos de recursos a lo largo de la cadena (flujo), además de información accesible a todos los actores e incluso al público en general.

El sistema de información que debería operar en poder del Gobierno, bien sea el MinSalud mediante, por ejemplo, el Sistema Integrado de Información de la Protección Social [SISPRO], y/o por la Supersalud, podrán utilizar todas las variables para revisar el comportamiento del sector en gran cantidad de niveles, desde los resultados en salud hasta los simples plazos de efectividad de un pago, al tiempo que realizará la agregación de las variables por cada actor y categoría de actores al nivel adecuado para que la información disponible sea suficiente, sin llegar a revelar aspectos sensibles o confidenciales de las personas o de las operaciones realizadas. Otra opción es que exista una plataforma privada que realice los cruces de transacciones del sector, que funcione a la manera del sistema Automatic Clearing House [ACH] para el cruce de caja en los bancos. De allí se podría alimentar el Gobierno para realizar su monitoreo y seguimiento, tal y como se hace hoy para la PILA.

Ello, deberá constar en una norma o incluirse como una reglamentación de lo previsto en el Decreto 4747 de 2007 que, en su artículo 25⁷, se refirió a la necesidad de contar con un sistema de información para el efecto, que involucre una revisión y ajuste de la Resolución 3047 de 2008.

Una segunda etapa de la utilización de los datos recaudados es su aplicación en la contabilidad de cada uno de los actores con el propósito de que estos reflejen de manera clara y veraz la situación económica de la entidad a la que se refieren. De esta manera se podrá determinar cuáles son los faltantes, si los hay, en el flujo de los recursos, por lo menos de una fecha en adelante, pues las obligaciones o créditos anteriores deberán ser objeto de otro tipo de medidas, como el APF u otras que se formulen para el efecto. Será de competencia de la Supersalud garantizar que se apliquen los movimientos de las facturas debidamente en la contabilidad.

Por supuesto, esta solución debe armonizarse con las soluciones que se vienen adelantando en otras instancias, como el proyecto de interoperabilidad de Historia Clínica que, en últimas, deberá arrojar varios de los insumos que se requerirán para la redacción de cada factura.

Un esquema como el propuesto, puede construirse a la luz de la necesidad de adaptarse a la factura electrónica con relativa velocidad, pues muchos de sus elementos ya existen o se encuentran en procesos adelantados y ofrecería un seguimiento perfecto de los movimientos de recursos a lo largo de toda la cadena de producción del Sistema de Salud.

7 Este artículo también hace referencia al Registro conjunto de trazabilidad de la factura.

5.3.4. Reglas simples y claras – Armonización y simplificación

Se propone una armonización y simplificación normativa. Todos los actores han señalado como un obstáculo en la conducta de varios de los intervinientes en el Sistema la existencia de un exceso de regulación en el sector. Muchas de las normas pueden llegar a ser contradictorias y, en caso de no serlo, pueden resultar incompatibles.

Esto resulta inquietante cuando se trata de reportes de información, ya que genera desgastes administrativos innecesarios y deslegitima los requerimientos formulados por diferentes autoridades. No obstante, pese al esfuerzo que se ha hecho para que cada una de las autoridades involucradas requieran y utilicen la información que obra en poder de otras autoridades, no siempre funciona como debería. Lo anterior, sin perjuicio de que existan diferentes niveles de requerimientos de información, derivados de las diversas funciones que cumplen las autoridades, no implica que puedan ajustarse las exigencias de información para que se trate de un solo formato y se remita información parcial que corresponda a la solicitada por las instancias que así lo requieran.

En este punto, con el propósito de lograr la operatividad de un sistema de información universal, deben revisarse las diferentes normas que exigen reportes de información a cada uno de los actores y definir qué se requerirá a los nuevos actores recientemente incorporados a la cadena de producción del sector salud, distinguiendo la información que se llegaría a necesitar para efectos de IVC y de información de flujo de recursos y de resultados en salud, mediante el uso de los códigos antes indicados para procedimientos e insumos. De esta manera se podrá recoger en una sola regulación la totalidad de los requerimientos, mismos que, además, deben ser universales a lo largo de toda la cadena, pues en la actualidad la información solo llega hasta el giro que las EPS efectúan, bien sea directo o a través sus propias tesorerías a las IPS y algunos proveedores.

Se trataría de avanzar en un proceso de armonización, donde se analicen particularmente las derogatorias tácitas que se han presentado a lo largo del tiempo que generan alguna confusión en quienes deben aplicar las normas. Se trataría de un proceso a mediano plazo que debería desembocar en la derogatoria o modificación de aquellos apartes normativos que resulten redundantes, contrarios o, en algunos casos, inoperantes.

En resumen, se trata de revisar la normatividad existente para definir qué está vigente y qué no, teniendo en cuenta la jerarquía de las normas y su fecha de expedición. Hecho lo anterior, correspondería revisar cuáles de estas normas se superponen y crean dificultades en su cumplimiento por incluir variables que no son iguales, en procura de su simplificación y posterior difusión de manera sencilla y clara. Todo esto, sin olvidar la necesidad de que se verifique y exija su cumplimiento por parte de la Supersalud, tema que requeriría mayor contundencia, en particular cuando se trata de actores que sistemáticamente omiten sus obligaciones de reporte de información.

Se debería entonces publicar los resultados de esta información de forma relativamente agregada, en un portal público y accesible, muy similar al actualmente desarrollado por la Supersalud.

5.3.5. APF expandido

Varios gobiernos ya han venido trabajando en depurar el pasado y dejarlo atrás, para garantizar que la operación corriente sea ágil, clara y liviana. El APF es una estrategia adicional que tiene como objetivo saldar cuentas del pasado en lo no POS, no PBS o no UPC, problema que aparece como central para el flujo de recursos adecuado del sistema. Al tiempo que se destinaron recursos para el pasado, el Gobierno Nacional implementó la estrategia de techos para cambiar las reglas para el suministro de tecnologías sanitarias no definidas en el plan hacia el futuro, de manera que, si se logra cerrar la deuda pasada, realmente se pueda superar los problemas del pasado. Aunque hay varias acotaciones al respecto y riesgos, nos enfocaremos en la necesidad de complementar la medida de punto final con otras medidas que faciliten dejar el pasado, para ello, se requiere generar un punto final y una actualización de lo contable de todos los actores, en especial de los prestadores y aseguradores, pero también de los OL y otros proveedores. Los actores del sector no podrían sustentar sus activos o su operación en:

-
1. Deudas imposibles de cobrar porque las entidades pagadoras ya están liquidadas.
 2. Deudas que ya no se van a pagar porque no fueron radicadas en su momento, no tienen un reconocimiento de título valor o ya presentan caducidad. Por otro lado, la provisión y castigo de:
 - a. Deudas en cobro jurídico.
 - b. Deudas no reconocidas ni conciliadas (glosas) por parte del deudor con más de 360 días de vencimiento deberían tener un manejo estandarizado en el sector y unas reglas de reporte que permitan identificar el riesgo financiero de las entidades de manera transparente. Lo anterior debe complementarse con unos lineamientos para identificar si la operación corriente de las entidades es viable financieramente.

Esta depuración contable requiere de estrategias de salvamento del sector que permitan acceder a recursos con tasas preferenciales y periodos de gracia cuando se cumplan ciertos requisitos para evitar el colapso del sector, e involucrar a la SNS y a la Contaduría General de la Nación. Algunos de estos préstamos podrían ser condonables si se cumplen ciertos criterios. La idea es dejar realmente el pasado atrás y evitar, con las reglas claras y la garantía de trazabilidad, que el sector vuelva a acumular discrepancias en las cuentas.

5.3.6. Fortalecimiento institucional

En complemento a lo discutido en los apartes anteriores que implican desarrollos institucionales, para la correcta evaluación del sector es fundamental hacer un acompañamiento a las instituciones, especialmente aquellas pertenecientes al sector público, apoyar su desarrollo e independizarlo de los avatares políticos.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES

En este documento se presentó un diagnóstico de la trazabilidad de los flujos financieros en el sistema de salud colombiano desde una mirada de sistemas de salud y de política pública, con una metodología de entrevistas semiestructuradas realizadas a expertos y actores de la cadena de valor de dicho sistema. A partir de las entrevistas, se identificaron como problemas para un adecuado flujo de recursos y su trazabilidad: la existencia del no PBS, la información disponible de flujos financieros que no involucra todos los actores de la cadena ni es oportuna ni unificada, deudas antiguas no saneadas, el flujo actual no es suficiente para operación corriente y pago de deudas, y una falta visión común de sistema de salud entre los actores.

El diagnóstico realizado pone de manifiesto que existe un problema de flujo de los recursos en toda la cadena a partir de la EPS. La inconsistencia parece tener su origen primario en el fenómeno no PBS, que tiene cartera acumulada y que aumentó la presión en el flujo desde 2018, por problemas en auditoría. Asimismo, esta situación no se hace evidente en la transferencia corriente de los recursos de UPC, puesto que, de acuerdo con el reporte de giro directo y la Circular 08, la mayor parte de los recursos por este concepto recibidos por las EPS son transferidos a los prestadores u OL. En el caso de los pagos por no PBS, cuentan con pago previo o giro directo, no obstante, en el MIPRES no existe un registro completo de las atenciones no PBS prestadas.

La trazabilidad no tiene en cuenta como denominador al valor de los servicios prestados, sino a los ingresos de las EPS. Así que no refleja el problema de los tiempos de cartera, es decir, la oportunidad en el pago, los trámites y la porción que nunca termina pagándose. A raíz de las IPS, la problemática de flujo afecta a la totalidad de la cadena de instituciones que aportan a la producción de servicios de salud, sin embargo, no hay trazabilidad de estos flujos desde su llegada a los prestadores u OL. Se percibe poca integración y visibilidad de la información existente para garantizar transparencia y uso de la misma por parte de los actores del sistema.

Para desarrollar las propuestas se tuvo en cuenta un marco de políticas públicas, se tomó cada una de las causas del diagnóstico y se identificó una posible acción para resolver dicha causa, la cual se menciona de manera genérica en los dos capítulos con este nombre. Seguido a ello, se priorizaron las soluciones con la visión de sistema de salud y no de un actor particular, con la idea de proponer desarrollos a corto (1-2 años), mediano (3 a 5 años) y largo plazo (6 años o más), pretendiendo abordar las causas más fundamentales, mientras se buscaba una complementariedad e integralidad de las soluciones.

Como respuesta a las causas identificadas por los actores que finalmente limitan la trazabilidad de los flujos de recursos, se favorecieron las soluciones de política pública desde a) una perspectiva de sistemas de salud y b) criterios de gobernanza para el sistema que incluyen transparencia, trazabilidad, participación y rendición de cuentas. Las propuestas de política pública priorizadas y las recomendaciones para la acción desde los actores del sistema de salud, y en particular desde la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), se mencionan a continuación:

1. La brújula del sector que partiría por los siguientes elementos: la identificación de buenas prácticas y la elaboración de un ABC para la estandarización de procesos.
2. Sistema de monitoreo y difusión del valor agregado: consolidar un esquema de monitoreo del valor agregado generado por cada actor del sistema de salud.
3. Sistema transaccional común transparente y con estándares: aprovechar la facturación electrónica para generar procesos estandarizados entre los diferentes actores del sistema.
4. Armonización y simplificación normativa: armonizar las normas alrededor del flujo de recursos y simplificar algunos procesos de recursos.
5. Acuerdo de Punto Final Extendido: crear una ruta de saneamiento y recuperación de los problemas del pasado, que amplíe el alcance de la Ley de punto final.
6. Fortalecimiento institucional: fortalecer la institucionalidad que respalda todo el desarrollo de las soluciones anteriores.

7. REFERENCIAS

- Brinkerhoff, DW. (2004). Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy Plan*, 19(6), 371-379.
- Greer SL., Wismar M., y Figueras J. (2016). *Strengthening Health System Governance. Better policies, stronger performance, Better policies, Stronger performance*. McGraw-Hill Open University Press, New York.
- Ministerio de Salud. (s.f.). Gasto de Salud en Colombia Indicadores de gasto en atención en salud Años 2013 – 2015. https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Financiamiento/Paginas/indicadores_generales.aspx
- Murray CJL., y Frenk J. (2000). Theme Papers A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731.
- Powell-Jackson T., y Mills A. (2007). A review of health resource tracking in developing countries. *Health Policy and Planning*, 22(6), 353-362. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm024>
- Tafur C. Alberto y Prada, S. (2019). *El sistema general de seguridad social en salud en colombia*. Documento de Trabajo PROESA [Internet]. 2019.
- World Health Report. (2000). *Health systems: Improving performance*. <http://www.who.int/whr/2000/en/>

8. ANEXOS

8.1. Fuentes de información financiera

• Las cuentas de la salud (datos agregados)

Para la trazabilidad de los flujos de recursos del sistema de salud se ha tomado como base de referencia la cuenta satélite de salud para el 2018, en la que es posible identificar los principales actores del sistema de salud y su respectivo ingreso y gastos en salud SHA para el periodo en cuestión (ver Tabla 1).

Para el 2018 las EPS de RC y RS reportaron ingresos de 29.889 y 19.374 miles de millones de pesos, y para ese mismo año un total de gastos de salud SHA 23.318 y 19.005 miles de millones de pesos, respectivamente, para los regímenes anteriores.

Por otro lado, las cuentas de ingresos y gastos de las compañías de seguros privadas y públicas que incluyen medicina prepagada, servicio de ambulancia prepagado y planes complementarios EPS contributivo, registraron, para el año 2018, ingresos por valor de 4.476 miles de millones de pesos y gastos correspondientes a 3.682 miles de millones de pesos.

Con los referentes a seguros privados y públicos de salud, accidentes personales, enfermedades de alto costo, riesgos profesionales y SOAT, para el año 2018 se reconocieron ingresos por valor de 8.308 miles de millones de pesos y gastos de 3.408 miles de millones de pesos.

Por lo tanto, teniendo en cuenta los gastos de los demás actores, se espera que el ingreso para el 2018 de las IPS haya sido de 49.413 miles de millones. Según datos de la superintendencia de salud, en los estados financieros de estos mismos, se datearon gastos por valor de 30.700 miles de millones de pesos.

Tabla 1. Flujos de ingresos y gastos de los principales actores del sistema de salud colombiano (Cifras en miles de millones de pesos)

Concepto	Gobierno	EPS	Prepagadas	Seguros	IPS	Otros
Ingreso	\$ 52.016	\$ 49.263	\$ 4.476	\$ 8.308	\$ 49.413	\$ 30.700
Gasto	\$ 49.263	\$ 42.323	\$ 3.682	\$ 3.408	\$ 30.700	

Fuente: Departamento Nacional Administrativo de Estadística [DANE], año; SHA, 2018; Supersalud, 2018.

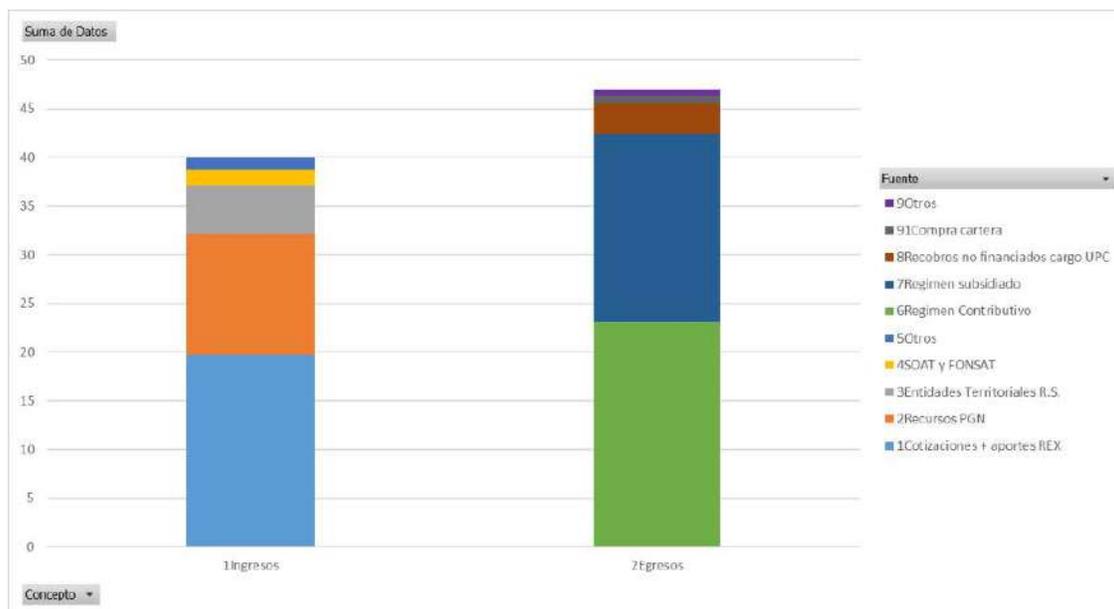
• Flujos ADRES

La Figura 1 presenta los ingresos y egresos que la ADRES registró para el año 2018, asimismo, se puede observar que existe un déficit debido a que los ingresos fueron aproximadamente de 39.96 billones de pesos mientras que los egresos fueron de 46.92 billones de pesos.

Respecto a la información que registra la ADRES en sus ingresos, es posible evidenciar que existen tres grandes cuentas que son las cotizaciones + aporte REX⁸, Recursos PGN y Entidades Territoriales R.S. En lo que concierne a otros ingresos está comprendido por concepto de reintegros, Rendimientos Financieros y Garantías.

La ejecución de egresos por parte de la ADRES para el 2018 tiene dos grandes cuentas que son hacia el RC y el RS. En otros egresos se registran deducciones por concepto de reconocimiento y pagos accidentes de tránsito por valor de 627 miles de millones de pesos, y una compra de cartera por valor de 79.939 millones giros a IPS, que representa 116 operaciones de cartera autorizadas de las que fueron beneficiarias 10 EPS y 88 IPS.

Figura 1. Ingresos y Gastos



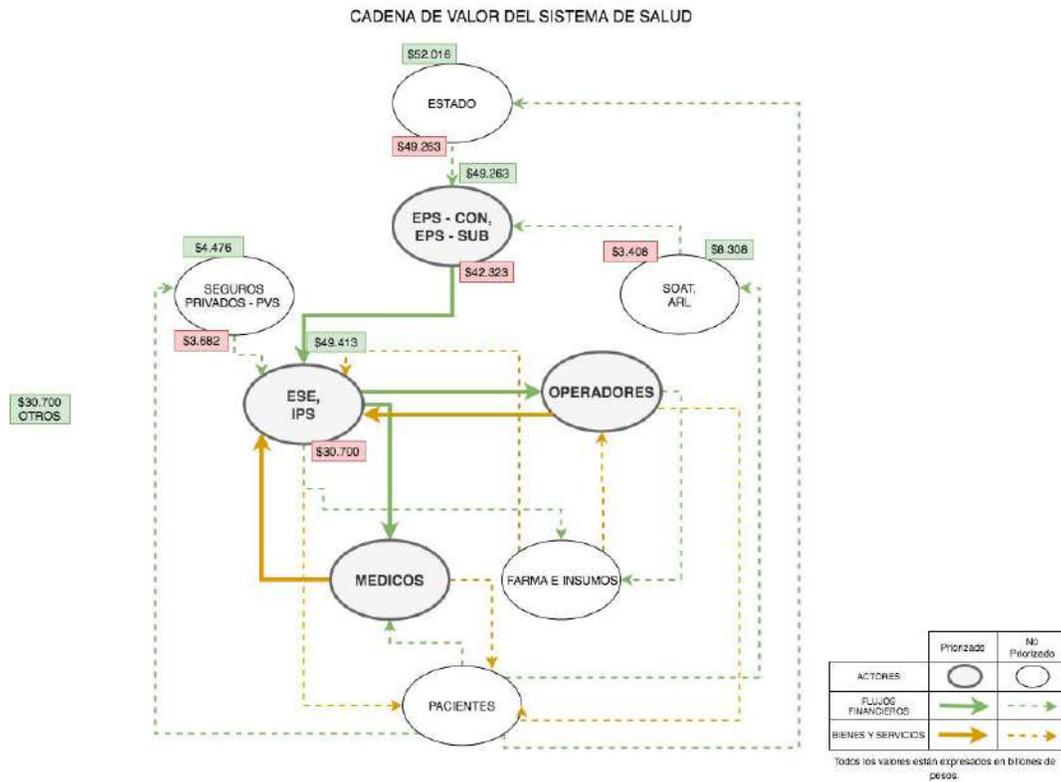
Fuente: ADRES, 2018

Otras fuentes

A continuación, la Figura 2 expone los diferentes actores del SGSSS y los relaciona en un diagrama de flujos de recursos, teniendo en cuenta la información registrada por parte de la ADRES, el anexo cuentas satélites de salud por parte del DANE y los reportes de la Supersalud para el año 2018.

8 Los Aportes REX son el área del FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA [FOSYGA], que pertenece a la Dirección de Compensación, a la que le corresponde realizar el recaudo de los aportes de salud de los afiliados al Régimen de Excepción que poseen ingresos adicionales.

Figura 2. Cadena de valor del sistema de salud



Fuente: elaboración equipo PROESA, a partir del DANE, año; SHA, 2018; Supersalud, 2018.

8.2. Guía de entrevista

Hola _____, gracias por participar en este estudio. La ANDI nos ha invitado a analizar la trazabilidad o seguimiento de los recursos de salud de la UPC en el sistema de salud colombiano. Esta entrevista nos tomará unos 40 minutos. ¿Aceptaría que lo grabáramos para facilitar la toma de nota? El manejo de estos audios o videos es exclusivamente para uso del proyecto.

Problema

1. Una queja que se escucha a menudo entre los actores del sistema de salud es que los recursos no son suficientes, "el dinero no alcanza", "el dinero no fluye" y, además, que no hay un seguimiento o trazabilidad de ellos a lo largo de la cadena de producción de servicios.
2. Situémonos en los recursos de la UPC ¿Qué opina usted de esta queja?
3. ¿Cuáles son los problemas con estos recursos?

Mencione los que considere son los tres problemas principales

Explorar cuáles. Si el entrevistado no responde, preguntar explícitamente por suficiencia en la financiación, trazabilidad y seguimiento, oportunidad y completitud (parcialidad en los pagos) en el flujo de los recursos, problemas del uso (corrupción, ineficiencia), otro tipo cuáles. (siempre diferenciando UPC de no UPC e intentado precisar el punto de la cadena afectado por cada causa), presentar el diagrama.

Problema 1:
Problema 2:
Problema 3:

Diagnóstico

2. Dado los problemas mencionados, ¿en qué eslabón de la cadena de flujo de los recursos de la UPC considera que se concentran estos problemas?

¿Cuál creería que es el porcentaje de los recursos asociados a estos recursos?

el problema son las glosas que hacen aseguradores a los prestadores ¿qué porcentaje de los recursos que tranzas se queda allí?

Causa

¿Cuáles cree que son las tres (3) principales causas de estos problemas?

Causa 1:
Causa 2:
Causa 3:

Si el entrevistado no lo responde, explorar algunas causas: financiación insuficiente, eficiencia/ineficiencia operativa, concentración de poder en algunos actores o abuso, falta de claridad en las reglas del flujo, falta de monitoreo al flujo e información, falta de control y sanciones, acumulación histórica de deudas, otros (siempre diferenciando UPC de no UPC e intentado precisar el punto de la cadena afectado por cada causa), presentar el diagrama.

De las causas mencionadas, ¿cuál sería la más relevante y por qué?

Describa su importancia

Causa 1:
Causa 2:
Causa 3:

Consecuencia

5. ¿En su opinión, cómo y en qué medida afecta el problema de flujo de recursos a los siguientes actores?

Intentar que el entrevistado mencione consecuencias concretas.

a. Gobierno
b. Aseguradores

- c. Prestadores
- d. Otros proveedores
- e. Recurso humano en salud
- f. Pacientes
- g. Contribuyentes

¿Considera que se afectan más ciertos actores más que otros?

6. ¿Cómo afecta el problema de flujo de los recursos el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud?

Intentar que el entrevistado de ejemplos concretos de sus respuestas. Importante seguir diferenciando por UPC y no UPC, pedirle que concrete la importancia, grado de afectación sobre la totalidad de servicios, dineros, pacientes, etc., la relación de actores que más se afecta.

- a. Resultados en salud
- b. Respuesta a los usuarios
- c. Protección financiera
- d. Calidad de los servicios
- e. Eficiencia
- f. Otros, cuáles y como se afectan

Propuesta

7. Podría comentarnos las 3 medidas más importantes para poder resolver el problema de seguimiento o trazabilidad de flujo de recursos del sistema de salud que deberían implementar:

Explorar explícitamente el tema de trazabilidad e intentaría que estos e relacionara con las funciones del sistema de salud. nuevamente revisar UPC y no UPC.

- a. el Gobierno
- b. los aseguradores
- c. los prestadores
- d. los otros proveedores de salud
- e. los individuos

8. ¿Conoce la ley 1966 de 2019? ¿Qué recomendaciones daría para lograr una adecuada implementación de las directrices de esta ley?

La presente ley adopta medidas a fin de mejorar la transparencia, vigilancia, control y aplicación del uso de los recursos financieros del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Mejorar la eficiencia de operación y transparencia a través de la unificación de los sistemas de información de gestión financiera y asistencial, la publicación de información esencial para el control social y rendición de cuentas de los agentes del sector; así como introducir decisiones de operación de la prestación de servicios y mecanismos de asignación de recursos para el aseguramiento por desempeño, con el fin de promover la alineación entre agentes del sector, que logre resultados encaminados hacia el mejoramiento de la salud y de la experiencia de la población colombiana en los servicios de salud.

8.3. Antecedentes normativos

El Sistema de Seguridad Social como lo conocemos, incluyendo el SGSSS, tuvo su origen en la Ley 100 de 1993, misma que introdujo, entre otras cosas, una reforma estructural y radical a la forma en la que se prestaba el servicio de salud a la población Colombia, creando lo que por primera vez pretendía ser un Sistema de Seguridad Social en Salud.

Para esa época, recordemos, brevemente, los principales problemas que justificaron la introducción de la Ley 100, según consta en la exposición de motivos, eran hospitales en crisis permanente con un porcentaje promedio de ocupación que no alcanzaba el 50 %, una gran proporción de la población sin posibilidades de acceso a los servicios, profesionales de la salud insatisfechos y usuarios mal atendidos (Murray & Frenk, 2000).

Por supuesto una de las más graves dificultades que enfrentaban los servicios de salud estaba constituida por la muy baja cobertura que, según la encuesta de calidad de vida, para 1993 tan solo llegaba a un 24 % de la población y presentaba, además, una gran inequidad, mientras que el 47 % del quintil más rico estaba cubierto, este porcentaje caía solo al 4,3 % para el quintil más pobre. En 1992 el 33,2 % de la población más pobre no recibió atención médica cuando se sintió enferma y lo solicitó, comparado con un 7,3 % de la población con mayores ingresos (Encuesta Nacional de Hogares, 1992).

Según el Estudio Sectorial de Salud de 1990 (Greer, Wismar & Figueras, 2016), la cobertura de aseguramiento social era del 15,7 % de la población (Powell-Jackson & Mills, 2007), el 63,3 % de las necesidades de atención médica no eran atendidas, lo cual llegaba al 75,1 % en las regiones más pobres del país y al 84 % entre la población ubicada en el quintil más pobre según ingreso. Lo anterior estaba acompañado por una estructura de financiamiento regresiva, sin ningún tipo de solidaridad entre los agentes. La mitad (50 %) de los recursos públicos para la salud se canalizaban a través del subsistema del Instituto de Seguridad Social (ISS), para menos del 20 % de la población (los de mayor capacidad de pago y con empleos formales). El 50 % restante de los recursos se destinaban al subsistema público (red pública) para cubrir al 70 % de la población.

Con la Ley 100 hay un cambio de lógica desde el subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, se trataba de estructurar un sistema que permitiera la complementación entre los proveedores públicos y los privados que existen en la economía colombiana. Lo que se pretendió fue darles a los usuarios la posibilidad de negociación frente al sistema, así como las diferentes entidades que prestarían los servicios de salud.

El sistema estaba constituido por dos regímenes, el contributivo y el subsidiado, con planes de beneficios definidos y diferentes, mecanismos de financiación también diferentes que debían integrarse en su funcionamiento, y tendrían una coordinación nacional y canales financieros de solidaridad.

En la organización institucional del sector, se observa la creación de las EPS, el fortalecimiento de las IPS, y las nuevas funciones de dirección y control con la creación del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, bajo la dirección del MinSalud.

Para la financiación del sistema se cuenta con dos tipos de recursos fundamentales: los privados, derivados de las cotizaciones efectuadas por trabajadores y empleadores, y los públicos, constituidos por impuestos generales de la Nación, transferencias de la Nación a los departamentos y municipios, y recursos propios de las entidades territoriales.

El sistema previó un novedoso mecanismo de solidaridad a través de la asignación de recursos para el subsidio a las poblaciones pobres y entre los afiliados al RC, mediante la aplicación de una UPC, la cual es igual para todos los afiliados en las mismas condiciones, independiente de su capacidad de pago. Con ello, todos los afiliados tendrían la protección del PBS del sistema sin consideración al riesgo particular de enfermar. Así, la solidaridad del sistema se garantiza mediante la cotización de los afiliados al sistema en función de su capacidad económica y no de los riesgos de salud individuales.

Por su parte, el RS también contaba con una UPS-s y se financia, además, de los recursos de la Nación y de las entidades territoriales con el aporte de solidaridad del RC.

Desde el punto de vista del flujo de recursos del Sistema, existían dos grandes mecanismos de giro y financiación correspondientes a los planes de beneficios financiados de diferente manera, el RC y el RS.

El RC se financia con los aportes de cotizaciones efectuados por empleadores y trabajadores, recursos que ingresaban, a través de las EPS, al Fondo de Seguridad y Garantía [FOSYGA], Fondo que tras el proceso de compensación entregaba a la EPS una UPC por persona por período.

La EPS como responsable de atender a la población afiliada contrataba con las IPS la prestación de los servicios de salud por medio de múltiples formas de contratación que eran y son la EPS, encargadas del giro a las entidades prestadoras de servicios de salud, dichas entidades, a su turno, adquirirían los insumos necesarios para la prestación de los servicios de los diferentes oferentes, ya se tratara de medicamentos, insumos o servicios personales de los trabajadores médicos y paramédicos, y en general del sector salud.

Por otro lado, en el RS la ET debía seleccionar a la población pobre y vulnerable e incluirla en la base de datos diseñada para el efecto, y mediante la contratación de las entonces denominadas unas Administradoras del RS, ARS, posteriormente EPS del Régimen Subsidiado [EPS-S], cubría a esa población ya seleccionada, cargada en la base de datos y asignada a cada ARS, giraba los recursos que la nación de asignaba y giraba a la cuenta maestra -fondo territorial de salud (Sistema General de participaciones), en la que se allegaban los recursos propios territoriales (Impuesto al Consumo de Cerveza, Sifones y Refajos, Impuestos de Licores, Vino, Aperitivos y Similares, Recursos de Juegos de Suerte y Azar, Loterías en sus diferentes modalidades, Régimen del Juego de Apuestas Permanentes o Chance, otros juegos -novedosos, hípicas, localizados, etc., impuesto de cigarrillos y tabaco).

El fondo territorial de salud giraba entonces la UPC-s a las EPS-s contratadas para prestar servicios a esa población en el municipio, misma que, tal como ocurre en el RC, contrata la prestación de servicios con las IPS, necesariamente de carácter público en la proporción establecida en las normas, que también deberán, entonces, contratar y pagar los medicamentos, insumos y sufragar los salarios y honorarios de los profesionales de la salud.

La reforma al sistema de salud contenida en la ya mencionada Ley 100 de 1993 se tradujo en un incremento significativo de la cobertura de aseguramiento en el sistema, de tal modo que para diciembre del 2004 se encontraban afiliados 14.6 millones de personas al RC y \$15.5 millones al subsidiado, 1.2 millones de personas afiliadas a regímenes especiales, para un total de 31.3 millones de personas aseguradas, que equivale al 71.1 % de cobertura (Gaceta del Congreso No. 245 de 2006 Exposición de motivos ley 1122 de 2007)

No obstante, su evidente éxito, desde, aproximadamente, 1998 comienzan a presentarse quejas sistemáticas por el impago de cuentas referidas a ciertas atenciones, las cuales habrían sido glosadas por no corresponder a coberturas del PBS, en una mayoría y por otras razones, lo que generaba deficiencia en los recursos asignados para el PBS que se destinaba a otras prestaciones, No POS, déficit que se vertía a lo largo de toda la cadena del servicio. Dichas prestaciones, que en principio eran prácticamente solo medicamentos, eran suministrados por exigencia de una acción de tutela que posteriormente condenaba a la Nación-FOSYGA al reembolso de su costo, de allí el término "recobro" como se denominó a estos pagos.

Para este primer tramo de operación del sistema los flujos de recursos eran para el RC: del aportante al FOSYGA - a través de la EPS- siendo el giro propiamente el derivado del proceso de compensación.

Para el año 2002 se expide el decreto ley 1281 de dicho año, mediante el cual se pretende regular los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación de los servicios de salud a la población del país. El decreto ley también se refiere al trámite de las facturas y de las glosas, señalando la necesidad de efectuar los pagos en un plazo máximo específico de seis meses.

Para visibilizar el comportamiento de este flujo, no existía en principio ningún mecanismo de verificación y control, en realidad los aportantes (empleadores) cotizaban de conformidad con sus obligaciones legales (establecidas en el Código Sustantivo de Trabajo) en virtud de su buena fe. El único medio de control estaba dado por la "policía laboral", es decir, por los inspectores de trabajo que, a través de denuncias y visitas, podían verificar si el empleador cumplía o no su deber. Fue solo hasta la puesta en marcha de la PILA, mediante el decreto 1465 de 2005, que se logró un control eficaz sobre este

aspecto que, en la actualidad, cuenta con una vigilancia propia a través de la Unidad de Gestión Pensional y Parafiscales [UGPP], entidad que tiene entre sus deberes verificar que todo aquel que cotiza lo haga en debidamente. No obstante, no se ha avanzado en este propósito.

El flujo de recursos de los aportantes, tanto empleadores como personas independientes y pensionados, se encuentra regulado y operando, y es plenamente visible para las autoridades mediante este mecanismo electrónico PILA, mismo que se utiliza para determinar también a los afiliados al sistema de salud, entre otras funciones de verificación y control.

Como se indicó, una vez efectuada la cotización el Sistema de Salud se debe definir quiénes son sus afiliados y reconocer una UPC a cada uno a través de su EPS.

La forma en que se determinan los afiliados es la BDUA, que cuenta con la totalidad de los afiliados, cotizantes y beneficiarios plenamente identificados, y con base en esta información se gira la UPC, mediante el proceso de compensación en lo que corresponde a RC.

La BDUA no surgió simultáneamente con el Sistema, sino que lo hace a través de la Resolución 2390 de 1998, en la que se crea el archivo maestro de afiliados y se definen sus campos. En esta época el giro de la UPC no era correspondiente en realidad con el universo de afiliados, pues apenas se conocía, al punto que en ocasiones el mismo afiliado se encontraba en el RS y en el RC de manera simultánea y no pocas veces se efectuaron giros a personas fallecidas.

La regulación de la BDUA ha sido ajustada en más de diez ocasiones, siendo significativas las Resoluciones 1149 de 2006, 812 de 2007, 1982 de 2010, cada una de las que procura incluir más datos relevantes y nuevos actores que reportan información hasta la Resolución 1344 de 2012 en la cual ya están integrados los regímenes especiales y se integra con la PILA para tener un panorama prácticamente global de los afiliados al Sistema de Salud.

Así las cosas, el siguiente paso en la cadena de recursos del Sistema es la compensación, mecanismo mediante el cual se gira una UPC por persona a la EPS en la que se encuentre afiliada, con base en la BDUA, como ya se señaló. Tal como ocurrió con la base de información, el proceso de compensación ha sufrido innumerables modificaciones desde el decreto 1896 de 1994, según el cual el proceso de giro y compensación se efectuaba por el número de personas sin identificación individual y sin cruce de datos ni validación; tras múltiples ajustes, se expide el Decreto 2280 de 2004, norma que establece la validación de la solicitud de giro y compensación contra los datos de la BDUA, seguidamente contra grupos etarios y grupos familiares y, posteriormente, contra la Registraduría Nacional del Estado Civil.

A la fecha, las EPS y otras Entidades Obligadas a Compensar [EOC] realizan el proceso de recaudo en dos cuentas maestras registradas ante el ADRES, mediante la PILA, instrumento que permite la validación de la información reportada y las cotizaciones correspondientes; una vez realizada la validación por parte de FOSYGA (ahora ADRES), las entidades pueden efectuar la verificación y aclaración respectiva. Con base en la conciliación se efectúa el proceso de compensación y giro de la UPC y los saldos por cotizaciones no compensadas quedarán a disposición de la ADRES hasta que la EPS logre aclarar y ajustar el proceso de compensación (un año)

La declaración de giro y compensación de cada EPS y EOC estará constituida por la información de los afiliados que registran las EPS y las EOC en la BDUA, y la información de pago de aportes de cada EPS y EOC. El resultado del proceso se informa a las entidades para su aceptación, que contiene el consolidado del resultado del proceso con el número de registros aprobados por periodo compensado, los valores a reconocer a las EPS y a las EOC, los valores a trasladar de las cuentas maestras de recaudo de aportes a cada subcuenta. De igual manera, contendrá el detalle de los recursos reconocidos por afiliado y el de los valores deducidos o descontados (Decreto 4923 de 2011).

Resulta de importancia para el efecto de este análisis que el flujo de ingresos a la EPS por concepto de UPC está completamente identificado y es visible para las autoridades, sin olvidar que el Decreto 4923 de 2011 estableció la obligación para las EPS de registrar ante MinSalud los pagos que realicen con cargo a los recursos que reconoce el SGSSS para financiar el RC. Para el efecto tendrán cuentas maestras de pagos que generen la información en la estructura de datos

que defina MinSalud o la entidad que haga sus veces. Estas transacciones deberán realizarse por transferencia electrónica (artículo 27). Es decir, en la actualidad, incluso los giros efectuados por la EPS o EOC con cargo a estos recursos deberán registrarse, y por ello debe ser conocido su destino que principalmente serán IPS.

En este orden de ideas, resulta claro que, si bien fueron múltiples las dificultades existentes para regular de manera eficiente el funcionamiento del principal ingreso de las entidades del RC, en la actualidad es claro y transparente, y se cuenta con toda la información necesaria para analizarlo.

En lo referente al RS, dada las fuentes de financiación el proceso era diferente y mucho más complejo, pues exigía el giro de los recursos de la Nación y de FOSYGA a las entidades territoriales en virtud de la descentralización de la administración del Sistema, donde se incorporarían los recursos propios de las entidades territoriales y otras fuentes de carácter territorial, recursos que se girarían a las ARS contratadas en el municipio, mismas que contratarían a las IPS, lo que, a la postre, demostró ser ineficaz, pues eran reiteradas las manifestaciones de descontento por parte tanto de las EPS-S como de las IPS que atendían esta población por las demoras en el flujo de recursos.

Para la misma época se expide el decreto 050 de 2003, dirigido en particular al RS con el objeto de “regular el flujo financiero de los recursos del RS del SGSSS, desde el origen de cada una de las fuentes que lo financian hasta su pago y aplicación para garantizar el acceso efectivo de la población a los servicios de salud”. Esta norma ya previó el giro directo a las ARS en algunos eventos de incumplimiento por parte de la ET.

En el mismo sentido se expide el decreto 3260 de 2004, el cual tiene por objeto adoptar “medidas para optimizar el flujo de recursos en el SGSSS”. Esta norma se refiere, entre otras, cosas a la medida de giro directo y de giro excepcional de UPC que se estima una fórmula que puede ser eficaz para garantizar que los recursos, efectivamente, lleguen a las IPS con destino a la prestación de salud y regula algunas modalidades de contratación.

Mediante esta norma se buscaba dar una mayor eficiencia en el modelo de aseguramiento en salud para soslayar las dificultades en el flujo de recursos desde las fuentes de financiación hasta las IPS, lo que significa, en últimas, hasta el usuario afiliado al sistema. En esta norma se establecen las medidas de giro directo del Sistema General de Participaciones y del FOSYGA a las Administradoras de RS cuando las administraciones territoriales o locales incumplan los plazos en los pagos o presenten impedimentos para efectuarlos. Igualmente, se instauran las medidas de giro excepcional de UPC-S a las ARS, y de giro directo de las entidades territoriales a las IPS en casos de incumplimiento en los pagos.

Las medidas adoptadas mediante estas normas no surtieron el propósito deseado, o por lo menos no en la medida necesaria, pues para el año 2006, época en la que inicia el trámite de la que sería la ley 1122 de 2007, incluye en su exposición de motivos cómo entre los aspectos problemáticos que afectan al Sistema se destaca el flujo de recursos y agentes deudores morosos del Sistema. Es de notarse que para esa época aún no se había logrado transformar totalmente el subsidio de oferta en subsidio a la demanda, subsistiendo entonces una duplicidad de costos administrativos en cierta proporción, donde se reiteraba que los procesos y procedimientos establecidos para realizar los movimientos financieros eran demasiado complejos imponiendo pasos y retenes innecesarios a los recursos, trámites que no agregaban valor y que facilitan prácticas indebidas con los dineros de la salud. Ello sin contar con que en la práctica no existe una garantía financiera en el Sistema, pues frente a la liquidación de algunas EPS, las pérdidas se trasladaron a sus acreedores, principalmente IPS, fenómeno que genera desconfianza en el sistema.

Circunstancias ampliamente difundidas en los medios sobre hechos de corrupción y especulación con los recursos de la salud, han generado costos, desprestigio e ilegitimidad al SGSSS.

Dentro del proceso de reglamentación de la Ley 1122 de 2007 se expiden varios decretos que establecen algunos ajustes a la forma en que se efectuaban los giros para el financiamiento y cofinanciamiento del RS, como el Decreto 1020 de 2007 que regula que la contratación obligatoria del 60 % del gasto en salud deberá hacerse con las ESE. En este punto resulta interesante la Resolución 660 de 2008 que regula las interventorías para el RS, en un esfuerzo por acercarse y conocer el comportamiento de estos recursos a nivel territorial.

Posteriormente, el Acuerdo 415 de 2009 del Consejo Nacional de Seguridad Social efectúa ajustes al modelo de aseguramiento del RS, modifica y define la forma y condiciones de operación del RS y del SGSSS, y determina los criterios para identificar y seleccionar a los beneficiarios de los subsidios, el procedimiento de afiliación, así como las condiciones de permanencia y pérdida del mismo. Es de anotarse que en este período aún subsistían graves dificultades en el cargue de información de la BDUA y por ello se admitían las listas censales. De otra parte, especifica las condiciones del proceso de contratación entre las Entidades Territoriales responsables de la operación del RS y las EPS-S. Así como se fijan las condiciones de la operación regional de las EPS y la forma en que los departamentos deberían asumir la competencia de manera cautelar en los casos en que una ET municipal no opere eficientemente el RS.

Dado que las dificultades en el flujo de recursos subsistían, se expide el Decreto 1965 de 2010, cuyo epígrafe indica su objeto “para asegurar el flujo ágil y efectivo de los recursos que financian y cofinancian el RS del SGSSS” que establece un mecanismo de giro a través de instrumentos tecnológicos que evitan el tránsito de los recursos a través de las cuentas maestras de las entidades territoriales, norma que fue derogada por el decreto 415 de 2009 que redujo su efectividad a la consolidación del histórico de afiliados del RS y a la elaboración de una guía para la liquidación de pagos, que de todas maneras era un acercamiento al esquema de compensación del RC.

Posteriormente, se expide la Ley 1438 de 2011 que cambia sustancialmente la operación del RS y permite que, desde el MinSalud, en general, se giren directamente a las EPS del RS los valores correspondientes a la UPC, sustituyendo el anterior esquema de contratación entre entidades territoriales y empresas Promotoras de Salud. Ello ataca directamente una de las quejas recurrentes en este régimen, y causante de una presunta deuda, constituido por la demora o imposibilidad de legalizar los contratos de administración de los recursos que lo financian y las dificultades del cargue de los afiliados a la BDUA, causante, se señalaba de una buena parte de las demoras en los giros.

La ley elimina la intervención del municipio en la validación y liquidación de las UPC al localizar tal validación en proceso centralizado de cruces en el RS, entre regímenes y frente a la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil, para evitar reconocimientos erróneos de UPC. Igualmente, elimina la participación del municipio en el giro de los recursos que ya no se hace a través de la ET, sino que fluye directamente desde el nivel central a las EPS, tal como lo había establecido el Decreto 1965 de 2010, por su parte, se agiliza el giro de los recursos propios de las entidades territoriales, que estas se girarán a las EPS con base en el pago que en forma centralizada se liquida.

Estas modificaciones eliminan la intervención de la ET en el flujo de recursos, delegándoles las funciones de establecer los potenciales beneficiarios al subsidio (encuesta SISBEN), de garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, verificar la calidad de los servicios prestados por las IPS y certificar quiénes han sido efectivamente asegurados y a quienes se podrá reconocer la UPC correspondiente.

Por ello se expiden una serie de decretos y resoluciones que desarrollan esta figura, respecto, tanto al giro directo de la UPC a las EPS del RS, como a las IPS para el cubrimiento de los contratos pactados por capitación y otras modalidades, de manera que la EPS deberán autorizar el valor por girar. Como puede verificarse en el Decreto 971 de 2011, la información sobre los recursos recibidos por UPC, están claramente identificados y registrados, en lo que respecta a recursos Nación y FOSYGA. Las entidades territoriales continúan con la obligación de cofinanciar el régimen con sus recursos propios, de lo cual no existe registro tan claro, sin perjuicio de la remisión de información anual a la Supersalud.

La Resolución 2320 de 2011 estableció el mecanismo mediante el cual las deben reportar la información de las cuentas bancarias a este MinSalud, y la obligación de las EPS de reportar el monto a girar a los prestadores de su red.

Esta medida reglamenta la implementación progresiva del giro directo de los recursos del RS a las IPS lo que permite un flujo ágil de los recursos de la salud para garantizar la atención oportuna de la población pobre y vulnerable del país.

De acuerdo con las cifras publicadas por MinSalud, de los \$3,5 billones girados directamente a las IPS durante el 2014, más de \$1,7 billones fueron transferidos a IPS Públicas y más de \$1,7 billones a IPS privadas y mixtas.

No obstante, que en apariencia los ingresos del RS para las EPS y las IPS estarían garantizados, subsiste la deuda causada con anterioridad, por lo que se expidieron los decretos 1080 de 2012 y 058 de 2015, contando para ello con recursos nuevos provenientes de los excedentes de las cuentas maestras del RS (Ley 1608 de 2013 - saldos o excedentes de cuentas maestras del RS de Salud, aportes patronales y rentas cedidas, y definir mecanismos para el financiamiento de las deudas reconocidas del RS de Salud por las entidades territoriales).

Para este efecto, los Departamentos y Distritos, en las vigencias 2012 y 2013, podrán utilizar los recursos excedentes de las rentas cedidas en el fortalecimiento de la infraestructura, la renovación tecnológica, el saneamiento fiscal y financiero que garantice la adecuada operación de las ESE y en el pago de las deudas reconocidas del RS de Salud en el marco del procedimiento establecido en desarrollo del artículo 275 de la Ley 1450 de 2011; en este último caso, los recursos serán girados directamente a IPS del Departamento o Distrito.

El uso de estos recursos, según lo aquí previsto, solo se podrá dar si se encuentra financiada la atención en salud de la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda o de la población pobre no afiliada y se hubieren destinado los recursos de rentas cedidas que cofinancian el RS de Salud conforme a lo establecido en las Leyes 1393 de 2010 y 1438 de 2011

Visto que el principal ingreso de las EPS, la UPC logró un manejo eficaz relativamente pronto, no sorprende entonces que para esta época, en lo que al RC corresponde, la principal queja de las EPS estaba determinada por los denominados "recobros", correspondientes al pago de lo que se denominaba prestaciones No POS, normas que establecían diferentes requisitos y trámites para que la Nación-FOSYGA reconociera estos valores, tales como la auditoría de las cuentas presentadas por las EPS y para el pago, y una exhaustiva revisión de la documentación que soportaba la prestación de los servicios. Tales exigencias demostraron ser necesarias, pues no eran pocos los casos en los que se presentaba varias veces el mismo recobro, se recobraban prestaciones POS, entre otros eventos que aumentaban la desconfianza entre el FOSYGA y los otros actores del Sistema.

Ello nunca dejó de generar manifestaciones de inconveniencia, mismas que eran aducidas por las EPS frente a su red de prestadores como justificación para retrasar los pagos por concepto de prestación de servicios de salud. Al tiempo que las IPS señalaban que su principal problema era el impago de las facturas en los plazos correspondientes.

En materia de recobros, la evolución de la política y la legislación ha sido abundante, desde la negación de estas prestaciones y exigencias, pasando por su reglamentación a través de resoluciones expedidas para definir el mecanismo mediante el cual el FOSYGA auditaba y pagaba las solicitudes presentadas por las EPS (Resoluciones 3797 de 2004, 2366 de 2005, 2933 de 2006, 3099 de 2008, entre otras), hasta la intervención de la Corte Constitucional mediante a sentencia T-860 de 2008 que pretendió el pago previo del recobro sin validación ni auditoría alguna. Estas normas no lograron eliminar la problemática, pues mediante Resolución 458 de 2013 encontramos un nuevo procedimiento de recobros en el que se vislumbra el pago de alguna parte de los mismos sin auditoría previa, posteriormente la Resolución 5395 de 2013 ajusta algunos parámetros para la operación de los Comités Técnicos Científicos (CTC) y establece el giro previo a la auditoría integral de los recobros.

No obstante, mediante la **Resolución 1885 de 2018** (para el RS se reglamentó mediante la Resolución 2438 de 2018) se establece un nuevo procedimiento para "el acceso, reporte de prescripción, suministro y análisis de la información de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC", y fija los requisitos, términos y condiciones para la presentación de recobros/cobros ante la ADRES, y el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro, y regulan las acciones de control y seguimiento. Este nuevo esquema de operación implica que los profesionales de la salud prescribirán las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC, de manera clara y justificada en la herramienta dispuesta para ello (MIPRES), con el fin de eliminar las barreras administrativas que dificultaban el acceso a los servicios y tecnologías en salud no cubiertas por el PBS.

Por su parte, las EPS y EOC realizan el suministro de lo prescrito y aprobados por junta de profesionales de la salud, a través de su red de prestadores o proveedores, y cumplir con los requisitos y procedimientos definidos para la presenta-

ción de las solicitudes de recobro/cobro, disponer de la infraestructura tecnológica. La ADRES debe adelantar el procedimiento de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro/cobro que presenten las entidades recobrantes, cuando a ello hubiere lugar con base en la información suministrada.

Para concluir este punto, se expide la Ley 1955 de 2019, ley del Plan de Desarrollo para el período 2018-2022, misma en cuya exposición de motivos se señala:

“El Sector Salud y Protección Social, concentra \$157,3 billones mediante los cuales el Gobierno le apuesta mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios, a través del rediseño del modelo de IVC, la formación y reconocimiento del TH, la infraestructura hospitalaria necesaria, promoviendo el acceso efectivo, la oportunidad en la asignación de citas, mejorando el diagnóstico y tratamiento temprano de enfermedades como el cáncer y reduciendo la mortalidad infantil y materna especialmente en las zonas rurales del país. De forma complementaria y no menos importante, este Gobierno le apunta al saneamiento total de las deudas y la eficiencia del gasto”

Como corolario de lo anterior se han expedido varias normas, un grupo de las cuales están destinadas a sanear las deudas por concepto de recobros, acuerdos de punto final en virtud de lo que le corresponde a la ADRES adelantar el proceso de revisión, reconocimiento y giro de las cuentas que le presenten las entidades recobrantes en el marco del citado mecanismo por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC del RC. mientras que el otro grupo crea un nuevo esquema de cobertura de estas prestaciones mediante los PM.

Dentro del primer grupo están los decretos 521 de 2020 y las resoluciones 618, 2707, junto con los respectivos anexos técnicos. Lo pretendido con estas normas es identificar las deudas preexistentes, auditarlas y pagarlas. El procedimiento en resumen consiste en validaciones automáticas y un proceso de auditoría real solo para aquellas cuentas que generen alguna señal de alarma, corresponden a las facturas o documento equivalente, y sus anexos por concepto de servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC del RC prestados con anterioridad al 25 de mayo de 2019; que no han sido pagadas total o parcialmente por la ADRES como uno de sus puntos el saneamiento de las deudas del sector salud, concluido el proceso se suscribe un acuerdo de transacción y se pagan los valores aceptados.

El segundo grupo de normas está relacionado con los denominados PM, establecidos en las Resoluciones 205 y 2016 de 2020, **mediante las cuales se definieron las disposiciones relacionadas con los PM para la financiación de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC y los montos asignados a cada una de las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado. Todo esto, con el objetivo de promover el uso eficiente y racional de los recursos de los que se dispone para garantizar el derecho a la salud**

El propósito de estas medidas es permitir una gestión integral del paciente, sin importar la fuente de financiación de las prestaciones, se espera que con los valores máximos de recobros y los PM no se vuelvan a acumular deudas por concepto de prestaciones No PBS, ya que los recursos llegarían de manera anticipada a la EPS.

Por último, en este punto, la Resolución 2152 de 2020 aclara salvedades acerca del procedimiento para gestionar, financiar y pagar servicios y tecnologías que no quedaron incluidas en el PM; tecnologías y servicios para pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas; servicios ordenados por autoridades judiciales para regímenes exceptuados y especiales, entre otros.

Este nuevo esfuerzo para facilitar el flujo de recursos y garantizar la atención integral ya cuenta con detractores que temen que este mecanismo de financiación sea como una restricción a los servicios que ellos suministran y a los precios de sus productos al dotar a las EPS de un rol de gestión más integral. También hay quienes estiman que al trasladar el riesgo de las prestaciones No PBS a las EPS mediante el giro del PM, quedarán, igualmente, prestaciones impagadas, tal como ocurrió al inicio del sistema cuando se pretendió cubrir todo el PBS con la UPC, lo que finalmente condujo a la problemática del No PBS.

El marco de procesos de la función de financiamiento incluye el flujo de recursos. El inicio del proceso de esta función es establecer el mapeo de la base de recursos y el potencial de los mismos, continúa con la definición de la población y las formas de recolectar los recursos, para pasar a describir las instituciones intermedias que normalmente tienen una función de distribuir, administrar y verificar que los recursos se conviertan en los servicios de salud.

A través de los mecanismos de pago se crean los incentivos para que finalmente los recursos lleguen a la prestación de servicios de salud, cumpliendo con los objetivos de salud. El último proceso termina cuando ocurre la prestación del servicio.

El 70 %-75 % de los recursos del sector son los correspondientes a la administración del SGSSS de seguridad social en salud, que compra servicios financiados con la UPC y no financiados con la UPC, no UPC.

La coyuntura financiera que presenta el sector de salud colombiano, caracterizada por un crecimiento de las deudas entre los diferentes actores del sistema de salud, ha limitado el acceso a una atención oportuna e integral a los servicios de salud. Frente a esta, el Gobierno Nacional, en cabeza de MinSalud ha diseñado un paquete de medidas que inyectan liquidez al sistema. Entre estas medidas se encuentran el Giro Directo hacia los IPS, que busca que los recursos lleguen directamente para el pago por evento o cápita de atenciones prestadas y autorizadas por las EPS. Otra medida ha sido el APF, que tiene como propósito el saneamiento de las deudas contraídas entre los diferentes actores del sector salud, e incluye recursos de la Nación de aproximadamente \$5.29 billones para el RC y \$1.45 billones de las entidades territoriales con cofinanciación de la Nación para el RS.

En paralelo a esta política, MinSalud ha diseñado la política de techos presupuestales, que representa una reforma estructural a la forma como se paga por los servicios y tecnologías en salud No PBS, basada en valores máximos de recobro de dichas tecnologías. En relación con estos recursos, la ADRES giró en el mes de abril a 38 EPS recursos por cerca de \$380 mil millones para cubrir las tecnologías No PBS (Resoluciones 205 y 206 del 2020). Bajo las condiciones actuales, la trazabilidad del flujo de recursos financieros inyectados al sector de la salud es un elemento que ha adquirido mayor importancia para evitar el desvío y desperdicio de recursos a lo largo de toda la cadena productiva de servicios de salud. Al ser la trazabilidad de los flujos un componente estructural de los sistemas de salud se hace necesario que se revisen los elementos de rectoría del sistema, de garantía en la liquidez de la operación de este y los mecanismos de rendición de cuentas entre los diferentes actores.

El APF es una medida que el Gobierno Nacional ha implementado para preservar la sostenibilidad financiera del SGSSS, con el fin de sanear la cartera histórica de las cuentas a través de la identificación y el pago de posibles deudas entre el Gobierno, los Departamentos y los diferentes actores del sistema de salud colombiano.

Teniendo en cuenta la información del antiguo FOSYGA, se registran cuentas pendientes desde hace más de diez años alcanzado, en el RC, cerca de \$5.2 billones, mientras que el RS registra cuentas por cobrar de alrededor de \$1.5 billones, de los que, hasta la fecha, se ha logrado desembolsar recursos por alrededor de \$1.5 billones de un total de \$6.7 billones.

Por otro lado, el giro directo ha ayudado significativamente a conocer la trazabilidad de los flujos de recursos en salud desde el Gobierno Nacional hasta el prestador, en dicha modalidad de compensación se encuentran todos los aseguradores que pertenecen al RS y algunas aseguradoras que están bajo vigilancia especial. En términos de cifras, para el 2018 se giraron directamente recursos por valor de 4.7 y 15.6 billones de pesos para el RC y el RS, respectivamente.

PROESA



Calle 18 No - 122-135
Universidad Icesi - Edificio B Piso 2
Telefono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia

icesi.edu.co/proesa

Encuétranos en:



@centro_proesa



ProesaCali

Acerca de PROESA

PROESA es un Centro de Investigación en Economía de la Salud fundado por la Universidad Icesi y Fundación Valle del Lili. Hace investigación de alta calidad y genera evidencia relevante para la orientación de las políticas públicas en protección social y economía de la salud a nivel nacional e internacional.



Calle 18 No - 122-135, Universidad Icesi
Edificio B - Piso 2
Teléfono: +57(2) 321-20-92
Cali - Colombia
www.icesi.edu.co/proesa/