DIAGNÓSTICO DEL COSTO DE CUBRIMIENTO DE LAS EXCLUSIONES DEL PBS DENTRO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA PERÍODO 2010 – 2020

TRABAJO DE GRADO

PRESENTADO POR:

Siria Ibony Moreno Beltrán

Zulma Ríos Ledesma

DIRECTORA DE TRABAJO DE GRADO:

Ángela María Varela Espinosa

Mg. Administración de salud

Nota de aceptación:

Aprobado por el Comité de Programa en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Institución Universitaria Antonio José Camacho para optar al título de: Administradora en Salud.

LUZ DARY GONZALEZ

_____

Jurado

JULIO ANGULO

_____

Jurado

Santiago de Cali, septiembre de 2021.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de grado es el resultado de un gran esfuerzo en donde han participado nuestros esposos, familiares, docentes y compañeros, opinando y aportando desde su experiencia para el desarrollo de la investigación.

Agradecemos a Dios por darnos la sabiduría y la fuerza para hacer realidad nuestros sueños y alcanzar nuestras metas.

A nuestra directora de trabajo de grado Ángela María Varela Espinosa, por su apoyo, acompañamiento y disposición en el desarrollo de este documento.

A la Institución Universitaria Antonio José Camacho que como siempre abre las puertas cuando uno lo necesita y que nos permitió cumplir un paso más en nuestras vidas tanto en lo laboral como en lo personal.

Mil y mil gracias.

Siria Ibony Moreno Beltrán

Zulma Ríos Ledesma

TABLA DE CONTENIDO

Pág.

RESÚMEN 8
SUMMARY 9
INTRODUCCIÓN 10
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 11
1.1. Pregunta de investigación 14
2. OBJETIVOS 15
2.1. Objetivo general 15
2.2. Objetivos específicos 15
3. JUSTIFICACIÓN 16
4. METODOLOGÍA 18
4.1 Enfoque de la investigación 18
4.2 Tipo de estudio 18
4.3 Diseño de la investigación 18
4.3.1. Criterios de inclusión. 19
4.3.2. Criterios de Exclusión: 19
4.4 Estrategias de Búsqueda 19
4.5 Organización de la información 20
4.6 Instrumentos y métodos de análisis a emplear 20
4.6.1 Instrumentos de recolección. 20
4.6.2 Procesamiento y análisis de la información. 21
5. CAPÍTULO 1 24
5.1. Marco constitucional y/o legal de los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud 24
5.1.1. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). 24
5.1.2. Los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS. 26
6. CAPÍTULO 2 34

6.1. Contextualización del funcionamiento de las rutas de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia 34
6.1.1. Flujo de recursos del SGSSS. 35
6.1.2 Fuentes de financiación.....388
6.1.3. Rentas territoriales. 39
6.1.4. Costos del régimen subsidiado 47
7. CAPÍTULO 3 49
7.1. ¿Cuáles son los costos del plan de beneficios en salud que impactan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud? 49
8. CONCLUSIONES 57
REFERENCIAS 59

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1 Flujo de recursos SGSSS. 36
Figura 2. Distribución de los recursos de licores, vinos y aperitivos 42
Figura 3. Porcentaje población régimen subsidiado 2013 44
Figura 4. Porcentaje población régimen subsidiado 2017 44
Figura 5. Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2013 45
Figura 6. Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2017 46
Figura 7. Fuentes de ingreso régimen subsidiado en Colombia 47
Figura 8. Costos totales régimen subsidiado 48

LISTA DE TABLAS

Pág.

Tabla 1. Procesamiento y análisis de la información 21
Tabla 2. Fuentes de financiación del régimen subsidiado 38
Tabla 3. Rentas territoriales para el régimen subsidiado 41

RESÚMEN

Con la Ley 100 de 1993 el Gobierno Nacional creó el Sistema de Seguridad Social Integral – SSSI y estipuló dos maneras de afiliación a este sistema, como primera medida el Régimen Contributivo (RC) y segundo, el Régimen Subsidiado (RS). En este trabajo de grado, se describen los factores económicos que intervienen en la prestación de los servicios del plan de beneficios en salud en el desarrollo del SGSSS en Colombia durante el periodo 2010-2020. El enfoque metodológico utilizado es de tipo cualitativo – interpretativo, el cual corresponde a una tendencia expresa por profundizar en los significados estructurados del tema escogido por las investigadoras.

Se concluye que mediante el marco constitucional y legal de los costos del cubrimiento del No PBS, la mencionada ley puntualizó al RS como una serie de normas que regulan la afiliación de los ciudadanos al SGSSS mediante el pago de una cotización subsidiada acordada entre los entes territoriales, las EPS, IPS y ARL, con giros derivados del ADRES. En efecto, se asume que el No PBS se deriva de aquellos servicios y tecnologías en salud que están excluidos del PBS, y por tanto, no son financiados por la UPC. Esto a causa del alto costo de los medicamentos innovadores, el tratamiento de algunas enfermedades como el cáncer, diabetes mellitus, hepatitis C, entre otras, que requieren de gran innovación tecnológica, lo que genera un desangre financiero de los sistemas de salud que en muchos casos no puedan cubrir los gastos en su totalidad.

Palabras claves: Exclusiones del PBS, Plan de Beneficio en Salud, Régimen Contributivo, Régimen Subsidiado, Sistema General de Seguridad Social en Salud, Unidad de Pago por Capitación.

SUMMARY

With Law 100 of 1993, the National Government created the Comprehensive Social Security System - SSSI and stipulated two forms of affiliation to this system, as the first measure the Contributive Regime (RC) and second, the Subsidized Regime (RS). In this degree work, the economic factors that intervene in the provision of the services of the health benefits plan in the development of the SGSSS in Colombia during the 2010-2020 period are described. The methodological approach used is qualitative - interpretive, which corresponds to an express tendency to delve into the structured meanings of the topic chosen by the researchers.

It is concluded that through the constitutional and legal framework of the costs of covering the No PBS, the aforementioned law specified the RS as a series of norms that regulate the affiliation of citizens to the SGSSS through the payment of a subsidized contribution agreed between the territorial entities and EPS, IPS and ARL, with transfers derived from ADRES. Indeed, it is assumed that the No PBS is derived from those health services and technologies that are excluded from the PBS, and therefore, are not financed by the UPC. This is due to the high cost of innovative drugs, the treatment of some diseases such as cancer, diabetes mellitus, hepatitis C, among others, which require great technological innovation, which generates a financial drain on health systems that in many cases cannot cover the expenses in full.

Keywords: PBS Exclusions, Health Benefit Plan, Contributory Regime, Subsidized Regime, General System of Social Security in Health, Capitation Payment Unit.

INTRODUCCIÓN

Según el Departamento Nacional de Planeación – DNP (2020), el SSSI vigente en Colombia fue creado por la Ley 100 de 1993 y congrega coordinadamente una serie de instituciones, normativa y procedimientos a los que puede acceder toda la población con el objetivo primordial de brindar asegurabilidad de una calidad de vida alineada a la dignidad humana. Conforma el Sistema de Protección Social aunado a políticas, normas y procedimientos de protección laboral y asistencia social. En el contenido del Sistema se encuentran las obligaciones del Estado y la sociedad, las entidades y los recursos designados para garantizar la cobertura de las prestaciones de índole económica, de salud y de servicios complementarios, implementados en la Ley 100 de 1993 y en otras normas.

En este orden de ideas, el objetivo principal de este trabajo de grado es identificar los factores económicos que intervienen en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios en Salud en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS en Colombia durante el periodo 2010-2020. Para su desarrollo, este trabajo se divide en tres ejes temáticos a saber:

En el primer capítulo, se determinan los aspectos constitucionales y legales de los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud; en el segundo, se realiza una contextualización del funcionamiento de las rutas de financiación del SGSSS; en el tercero, se lleva a cabo la identificación de los costos del cubrimiento del NO PBS que impactan en este Sistema. Por último, se realizan las conclusiones generales.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En Colombia existe un Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSSI), que en ejercicio de las facultades constitucionales el legislador estableció mediante la Ley 100 de 1993, como reguladora de dicho sistema en lo concerniente a salud y riesgos profesionales (Corte Constitucional, Sentencia 463 de 2008), y contempló la calidad como un atributo fundamental de la atención integral en salud que se le brinda a la población. Su participación pública y privada opera bajo principios de equidad, universalidad, protección integral y libre escogencia de los usuarios; la calidad constituye un objetivo clave en cuyo logro participan aseguradores, prestadores, entes territoriales, organismos de control y los propios usuarios. Se accede a través del Régimen Contributivo y a través del Régimen Subsidiado.

Yepes y Marín (2018), afirman que la situación de la salud pasó de ser un asunto exclusivamente técnico para convertirse en un asunto político, por sus diferentes niveles de relación, expresados por múltiples condiciones y factores determinantes, volviéndose un asunto muy complejo. Por lo tanto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de un análisis mide y explica el perfil de la salud-enfermedad, estableciendo los requerimientos para la priorización en salud, implementando estrategias de intervención, conllevando a procesos de negociación política que repercute en la movilización de recursos y criterios definidos en las instituciones responsables.

Dentro del mandato de la Ley Estatutaria existe una metodología que hace referencia a las exclusiones que parte de la revisión de la evidencia técnico científica sobre distintos medicamentos y tecnologías para aquellos que no son efectivos, no se paguen a través de los recobros del no PBS (Plan de Beneficios en Salud (antes POS), y que a su vez no toma el tema de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en donde se hace una propuesta de exclusión, que para la fase de adopción de la decisión y publicación, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud tuvo en cuenta los resultados de los períodos

anteriores, determinando que, del total de las 41 nominaciones, 17 fueron consideradas como no exclusión, 10 requieren de otros análisis y 14 fueron catalogadas como exclusión de la financiación con recursos públicos asignados a la salud. (Minsalud, 2019)

De acuerdo a Gutiérrez (2018), la Ley Estatutaria determinó las especificaciones que se pueden utilizar para definir la lista de exclusiones, sin embargo no las hizo para el costo ni para el impacto presupuestal, que son criterios esenciales para garantizar la sostenibilidad financiera y la disposición de los recursos insuficientes. Según el autor citado, para poder asumir el doble desafío de sostenibilidad y calidad el Estado debe accionar en tres aspectos: aumentar el recaudo y la eficiencia del gasto, determinar un arreglo institucional que reduzca la judicialización de la salud y, seguir adelante con la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud -MIAS-.

En este sentido, el Ministerio de Salud realiza algún tipo de control a las prescripciones por el MIPRES ("esta es una herramienta tecnológica para garantizar el acceso, reporte de prescripción, suministro verificación, control, pago y análisis de la información de las tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios"), como es el caso por ejemplo de las que sean ordenadas para las enfermedades para las que son aprobadas, que si son de alto costo el paciente esté inscrito, entre otras; y conlleven tal vez a demostrar los abusos más notables de prescripción. Pero, no existe un método que tenga en cuenta el costo o el impacto presupuestal o los requerimientos sanitarios. Si la elaboración de la lista de exclusiones se realiza mediante una interpretación angosta de la norma, gran parte de las nuevas tecnologías quedarían en el elemento implícito. (Gutiérrez, 2018)

El sistema de salud colombiano desde que fue creada la Ley 100 de 1993 ha tenido múltiples reformas con el propósito de garantizar la oportuna prestación de los servicios en salud, en pro de mejorar la eficiencia en la financiación y en el costo

sectorial, esto con la finalidad de aumentar la calidad de los servicios de salud y lograr que dicho sistema sea factible y permita su sostenibilidad. Actualmente, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB), están pasando por una crisis financiera debido a factores de carácter político, económico y social (Calderón, *et. al.,* 2018).

Entre los motivos de la problemática del sistema se encuentran aspectos como el incremento de la población, la inversión de la pirámide poblacional, el mayor gasto per cápita en salud, el surgimiento de un mayor número de individuos con enfermedades de alto costo, la condicionada oferta académica de programas de especialización para los profesionales del sector, los precios excesivos y la evolución continua de la tecnología, el poder centralizado y los obstáculos de entrada que colocan las multinacionales farmacéuticas o sencillamente por el supuesto de que a mayor inversión en salud, mayor índice de desarrollo y bienestar se obtendrá, agregándole la penosa realidad colombiana de la corrupción y la falta de conciencia del sector político que saquean diariamente el erario público. (Murillo, 2016)

Es por tal razón, que a las entidades responsables de la vigilancia, regulación y control se les asigna dicha problemática, ya que no han sabido aplicar firmemente las normas y leyes que regulan el tema, donde se demanda a todos los prestadores de servicios de salud poner en marcha un sistema de información financiera que facilite la toma de decisiones oportunas, confiables y eficaces. (Murillo, 2016)

Lo anterior requerirá mejorar el acceso a los servicios de salud y, adicionalmente, generar datos oportunos y de calidad que permitan observar el fenómeno en cuestión, dado que es un problema de salud pública que demanda una investigación y observación continua a fin de crear políticas, estrategias y acciones con miras a evitar que tales hechos continúen presentándose.

1.1. Pregunta de investigación

¿Cuál es el diagnóstico del costo de cubrimiento de las exclusiones del PBS que impacta dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, período 2010 a 2020?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Identificar los factores económicos que intervienen en la prestación de los servicios del Plan de Beneficios en Salud en el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS en Colombia durante el periodo 2010-2020.

2.2. Objetivos específicos

- Determinar el marco constitucional y/o legal de los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

- Contextualizar el funcionamiento en cuanto a las rutas de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

- Identificar los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS que impactan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

3. JUSTIFICACIÓN

En la búsqueda de un ¿Por qué? se realiza esta investigación que brinde resultados que conlleven al análisis exacto sobre el costo del cubrimiento de las exclusiones del PBS. Así pues, hacer referencia a la Salud desde cualquier punto de vista es un aspecto que causa gran interés para el lector, debido a que le permite adquirir una noción del tema que respecta a la aguda escasez de los recursos financieros como producto de las políticas de ajuste frente a la crisis financiera y el incremento de la demanda de servicios, que según el Fondo Monetario Internacional – FMI (2020) ha traído consigo el requerimiento de aprovechar de la mejor manera los recursos económicos, y por tal razón, un mejor conocimiento de los costos de salud de las exclusiones del PBS en Colombia.

La política de financiamiento del sistema de salud colombiana se encuentra condensada en planes, programas, proyectos y otros instrumentos normativos cuyo propósito es promover condiciones para dilucidar los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS y sus rutas de financiación. Por ello, es importante la ejecución de proyectos de investigación de este tipo, que apunten a dar soluciones a las problemáticas de tales características del sector salud.

El análisis del comportamiento de los factores económicos que intervienen en la prestación de los servicios del PBS en el desarrollo del SGSSS en Colombia durante el periodo 2010-2020, permite tener una visión más clara del potencial que a futuro tendrá el área estudiada conforme al actual modelo económico en la prestación de los servicios de salud. (Roldán, 2021)

En este sentido, para las investigadoras, comunidad académica y sociedad, este trabajo es un aporte relevante porque resulta de gran interés ya que la investigación les permite tener un referente sobre cómo abordar un estudio sobre el tema en particular, basados en el contexto y la realidad económica nacional, y que puede ser fácilmente comparada con la situación actual en otros países de América Latina.

Además, la validez de este proyecto de grado brinda elementos claros, concisos y aplicables en la medida en que pueda permearse y facilitar el cambio de paradigmas acorde con las nuevas significaciones y exigencias del actual SGSSS en Colombia. De ahí que se tome como recurso el análisis documental, debido a que suministra los instrumentos que se requieren para comprender de modo crítico y metódico los aportes de diversos documentos escritos, de manera que puedan ser útiles para los fines de la investigación.

Así las cosas, este trabajo compilatorio e investigativo reviste importancia primero porque a través de la teoría se recolecta información que enriquece el conocimiento como estudiantes de Administración en Salud; segundo a través de la descripción y la deducción como herramienta metodológica, se pueden observar aquellos fenómenos y conductas que se derivan del SGSSS, que sirven a su vez como refuerzo bibliográfico para futuras investigaciones de la comunidad académica; y tercero, desde el punto de vista práctico, es importante también porque puede servir como modelo investigativo para la aplicación de la normativa en el sector de la salud, principalmente.

4. METODOLOGÍA

4.1 Enfoque de la investigación

La perspectiva metodológica de este trabajo de investigación es de tipo cualitativo con enfoque interpretativo. Dicho posicionamiento metodológico obedece a una tendencia expresa por ahondar en los significados estructurados por las investigadoras, con respecto a los factores económicos que intervienen en la prestación de los servicios del plan de beneficios en salud en el desarrollo del SGSSS en Colombia durante el periodo 2010-2020.

4.2 Tipo de estudio

El estudio cualitativo según Deslauriers (2004), refiere a la investigación que genera y analiza la información descriptiva, aunque no se destaca únicamente por ello, debido a que ésta también puede ser cuantificada, sino más bien por su método de análisis que no es matemático, ni tampoco estadístico para luego sacar conclusiones. La investigación cualitativa no descarta estos últimos, pero no les concede sencillamente el primer lugar.

4.3 Diseño de la investigación

Es una investigación descriptiva, por cuanto su principal interés es demostrar que, a partir de elementos teóricos ya aceptados en Colombia, como lo es la prevalencia del interés general, es decir; cómo diferentes variables del costo de cubrimiento de las exclusiones del PBS pueden influir dentro del SGSSS en Colombia.

4.3.1. Criterios de inclusión.

Se eligió cualquier publicación científica, libro o informe técnico entre los periodos de publicación 2010 a 2020, que identifiquen los factores económicos que intervienen en la prestación de los servicios del plan de beneficios en salud en el desarrollo del SGSSS en Colombia. En cuanto a los estudios seleccionados se utilizaron los siguientes: artículos (21); ensayos (2); informes (10); libros (3); monografías (1); revistas (3); trabajos de grado (10).

4.3.2. Criterios de Exclusión:

- Documentos que únicamente presentaron un resumen.

- Si no fue posible descargar el texto completo a través de suscripciones universitarias, entonces ese también fue excluido.

- Documentos referentes al tema, pero fuera del periodo en estudio.

- Se leyeron los documentos completos y se descartaron aquellos que no aportaron al tema.

4.4 Estrategias de Búsqueda

Con el fin de identificar estudios relevantes y directamente relacionados con el tema en cuestión, se exploraron las siguientes bases de datos o motores de búsqueda:

- Bdigital
- Biomedica
- Dialnet
- Google Escholar
- Lopscience
- Minsalud

- Redalyc
- Repositorio
- Scielo.
- Scholar
- Scientific

4.5 Organización de la información

- Importancia del contenido para el desarrollo de este trabajo de investigación.
- Bibliografía y temas constitucionales y/o legales actualizados.
- Documentos especializados.
- Autenticidad y veracidad de autores y editores del documento.
- Autenticidad y veracidad de documentos institucionales.
- Orientación hacia aspectos académicos, informativos o divulgativos.

4.6 Instrumentos y métodos de análisis a emplear

4.6.1 Instrumentos de recolección.

Para Tenorio (2020), una técnica de investigación es el procedimiento o modo específico de adquirir información, para tal fin se utilizan instrumentos de recopilación de datos, que puede ser cualquier medio, dispositivo o formato (en papel o digital). Dichos instrumentos deben poseer tres aspectos relevantes: confiabilidad, validez y objetividad.

En tal dirección, este estudio de orden descriptivo es orientado por medio de la selección y recopilación de artículos nacionales y fuentes importantes internacionales. Luego de realizar una búsqueda exhaustiva y selectiva de los estudios afines con el tema de investigación se escogieron aquellos que sirvieron de base para analizar el abordaje del tema en los diferentes contextos, pero haciendo énfasis en el periodo 2010 - 2020 sobre los factores económicos que

intervienen en la prestación de los servicios del PBS en el desarrollo del SGSSS en el territorio nacional.

4.6.2 Procesamiento y análisis de la información.

La interpretación de la información derivada de los documentos indagados es el punto de referencia en la que las investigadoras se basaron para luego disponer de los datos que se analizan; a continuación se presentan algunos de ellos (Tabla 1):

Tabla 1. Procesamiento y análisis de la información

CATEGORÍA DE ANÁLISIS	FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	INSTRUMENTOS UTILIZADOS	PROCESAMIENTO DE DATOS
Costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS	Agudelo Calderón, C.; Cardona botero, J.; Ortega Bolaños, J. y Robledo Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Articulo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. Calderón Rodríguez, A.; Núñez Monroy, M. y Restrepo Cortés, L. (2018). Análisis de metodologías del costo médico en la hospitalización general. Monografía. Universidad Santo Tomás. Bogotá D.C.	Motores de Búsqueda: Biblioteca Digital	Caracterización del marco constitucional y/o legal de los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS dentro del SGSSS.

	Ministerio de Salud (2019). Resolución 244 de 2019. Listado de Servicios y Tecnologías que serán excluidas de la financiación. Colombia. Ministerio de Salud (2021). Metodología para el seguimiento a la decisión de exclusión.	MINSALUD	
Factores económicos de servicios de salud	Hernández Ángela (s.f.). El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud. Artículo. Yepes Carlos, E. y Marín, Y. A. (2018). Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. Ensayo.	Motores de Búsqueda: Repository Biomedica	Análisis cualitativo sobre las variables: calidad, inclusión y equidad, como aspectos básicos que deben estar inmersos o ser suplidos por el SGSSS para mejorar la salud a toda la población.
Plan de beneficios en salud	Muñoz Segura, A. (s.f.). Servicios sociales complementarios en Colombia. Análisis jurídico. Vaca Gonzáles, C. (2015). El plan de beneficios de Colombia ¿Qué lecciones nos deja? División de	Motores de Búsqueda: Biblioteca Digital	Análisis descriptivo de la efectividad del PBS de acuerdo a la operatividad de la prestación de los servicios del PBS.

	Protección Social y Salud. Banco Interamericano de Desarrollo – BID.	Google Scholar	
Rutas de financiación en salud	Riveros Pérez, E. y Amado Gonzáles, L. (2012). Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 11, núm. 23, pp. 111-120 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS. Bogotá, D. C., Colombia. Barrera Salazar, W. (2018). Evaluación del financiamiento del régimen subsidiado en el sector de la salud en Colombia durante el periodo 2013-2017. Trabajo de Grado. Universidad de la Salle. Bogotá, D.C.	Motores de Búsqueda: Biblioteca Digital MINSALUD Google Scholar	Orientación sobre el SGSSS, en lo concerniente a la estructura de financiamiento del sector y en las fuentes y usos de los recursos, teniendo en cuenta la diversidad de agentes y procesos que intervienen en su gestión y asignación.

Fuente: elaboración propia (2021).

5. CAPÍTULO 1

5.1. Marco constitucional y/o legal de los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud

En el caso de Colombia, el marco constitucional y/o legal de los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS tiene sus antecedentes a mediados del siglo XX, el cual ha sido motivo de unas reformas que tienen su más reciente sanción a través de la Ley 100 de 1993 que crea el SGSSS, modificando los diseños de funcionalidad del sistema que hasta esa fecha estuvieron vigentes, y que permiten un nuevo modelo de competitividad normalizada. Lo que se observa, es que el sistema de funcionalidad de la salud en Colombia pasó de ser un monopolio del Estado para adentrarse en un mercado de competencia regulada, dentro de un contexto dinámico. (Hernández, s.f.)

El Articulo 48 de la Constitución Política (1991), define que: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (p.8). Es así como para el 2015, fue aprobada por el gobierno presidencial la Ley Estatutaria 1751, la cual reemplazó el Plan Obligatorio de Salud (POS), por un mecanismo que le permita a los usuarios que sea suministrado por el sistema de salud todo lo que el médico le formule con algunas exclusiones específicas, era la primera vez desde la Constitución de 1991 que se reglamentaba un derecho fundamental, en este caso a la salud. (Ministerio de Salud, 2017)

5.1.1. Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El SGSSS tiene como finalidad regularizar el servicio público fundamental de salud y brindar accesibilidad al servicio a la población en general, en todos los servicios de atención, y está conformado por: El Estado, mediante el Ministerio de Salud y

Protección Social, quien se configura como entidad de coordinación, dirección y control; las EPS y las IPS, encargadas de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de ser garante en la prestación del PBS a los afiliados; y las IPS, (hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros), quienes son los que prestan la atención a los usuarios. Además, conforman el SGSSS los entes Territoriales y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS). (Ministerio de Salud, 2014)

El SGSSS ha tenido un relevante desarrollo normativo con regulaciones nacionales y de organismos intervinientes en la evolución del mismo, así como un profuso tratamiento jurisprudencial que hace complejo su análisis. Con la idea de cumplir con dicho propósito, se requiere destacar que el SGSSS determinó un régimen de beneficios para afiliados, beneficiarios y no afiliados, según lo estipulado en la Nueva Ley Estatutaria de Salud y bajo la premisa constitucional que la salud es un derecho esencial y su protección consolidada en sujetos de especial amparo. (Muñoz, s.f.)

Según Bojacá (2019), el modo como está catalogado el sistema de salud en Colombia es colaborativo toda vez que con el dinero que aportan los usuarios con base en sus ingresos y otros actores, se crea una bolsa común de la que todos, inclusive quienes no cotizan en el sistema, tienen derecho. Lo anterior acorde a la definición que plantea la Constitución Política en cuanto al principio de solidaridad como uno de los rectores de la Seguridad Social, y que consagra la Ley Estatutaria 1751 de 2015.

Es así, como el SGSSS propende por ofrecer a toda la población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo mediante un modelo regularizado de prestación del servicio público fundamental de salud en todos los niveles de atención a toda la población, que en el contexto de la estrategia Atención Primaria en Salud facilite la acción coordinada del Estado, las entidades y la sociedad para mejorar la salud y el fomento de un entorno sano y saludable. (Famisanar, 2019)

5.1.2. Los costos del cubrimiento de las exclusiones del PBS.

Para comenzar vale la pena resaltar que en Colombia existe un PBS, establecido en el Artículo 2º de la Resolución 5857 de 2018, como una serie de servicios y tecnologías en salud con cargo a la UPC. “El PBS incluye la promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de la enfermedad, constituyéndose en un mecanismo de protección al derecho fundamental a la salud” (García, 2020, p.1). En efecto, debe asumirse que el llamado No PBS obedece a aquellos servicios y tecnologías en salud que están excluidos de dicho plan, y por tal razón, no son financiados por la UPC.

Calderón (2018), señala que todo proceso de producción de bienes y servicios genera un costo, y los servicios de salud no están exentos. El concepto de “costo” no era conocido en el área de la salud. No obstante, la aguda insuficiencia de los recursos financieros como producto de las políticas de ajuste ante la crisis financiera y el incremento en la demanda de servicios, ha traído consigo procurar un mejor aprovechamiento de estos recursos y, por tal razón, un mejor conocimiento de los costos de salud para la toma de decisiones.

Según el CONPES (2019), en Colombia el acceso a los servicios en salud puede prestarse mediante dos procedimientos: primero, a través del aseguramiento al RC o en el RS del (SGSSS), y segundo, por medio de la atención por evento en la red pública financiada con recursos de oferta. En este aspecto es relevante tener en cuenta que los costos de la atención en salud son menores cuando se accede por aseguramiento que cuando se accede por prestación de servicios. Esto como resultado de que en el marco del aseguramiento se reparte el riesgo de salud entre un grupo de afiliados; en tanto que, en el marco del acceso a los servicios por evento se tiene que adjudicar de manera individual el costo de cada atención sin la solidaridad del seguro.

Como complemento a la introducción de políticas de calidad en la prestación, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2018-2022, establece de manera clara un conglomerado de políticas que impactan la eficiencia en el costo en salud, las cuales están plasmadas en el acuerdo de punto final y la regulación de medicamentos en puerta de entrada. En referencia a la primera política propuesta, el Gobierno nacional propone garantizar la sustentabilidad financiera del SGSSS adoptando un proceso de saneamiento perentorio de las deudas entre figurantes por concepto de los servicios y tecnologías en salud, no financiados con la UPC. (CONPES, 2019)

Lo anterior implica la aclaración y saneamiento de las cuentas a través de una auditoría y el respectivo pago, con títulos de deuda pública y recursos del servicio de deuda del Presupuesto General de la Nación en el RC, y con probable cofinanciamiento entre los entes territoriales y la Nación en el RS. En estos convenios de punto final, se pactan contratos en los que se registra el resultado de la auditoría y se renuncian los recobros por procesos judiciales y métodos de carácter administrativo. La Superintendencia Nacional de Salud deberá constatar que las EPS e IPS denoten los procesos de conciliación de cuentas acumuladas en sus balances y estados financieros y se amparan en los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019. (CONPES, 2019)

En el largo plazo, los mecanismos de sustentabilidad determinadas en el PND, se direccionan hacia la implementación de nuevas medidas “para hacer más eficiente la gestión en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a la UPC” (CONPES, 2019, p.16). Es así, como se pronostica en el Artículo 231, que la ADRES obtenga, de los entes territoriales, la competencia de la financiación, constatación, control y pago de las prestaciones no UPC del RS, desde el 1 de enero de 2020.

Con la intención de solucionar la problemática, el gobierno incluyó en la Ley 1955 de 2019 (Plan de Desarrollo 2018-2022) el Artículo 240, en el cual determinó que los servicios y tecnologías no financiados en el PBS serán llevados a cabo por las

EPS a través de techos presupuestales máximos que les serán transferidos desde la ADRES. Para regular dicho artículo fueron emanadas las Resoluciones 205 (modificada por la Resolución 586 de 2021) y 206 de 2020.

De acuerdo a Vivas (2021), en la Resolución 586 de 2021 que modificó la Resolución 205 de 2020, se determina la regulación de tales techos, los cuales se resumen del siguiente modo:

- Las EPS recogerán mensualmente una suma determinada para gestionar los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS y serán las responsables del trámite de los servicios o tecnologías no PBS, a partir de la formulación u ordenación de las mismas hasta su entrega.

- Dichos servicios o tecnologías financiados por los techos son medicamentos, procedimientos, alimentos para procedimientos médicos especiales y servicios complementarios. Los mencionados se ordenarán o formularán según las indicaciones establecidas por el INVIMA.

- Determina el método para definir los presupuestos máximos, con base en la información proveída por la ADRES, de acuerdo al gasto del año anterior.

- La suma establecida para cada EPS será asignada dentro de los primeros diez días de cada mes, excepto el primer mes luego de publicada la resolución que establece los techos, que será enviado en los diez últimos días.

- Estipula que los presupuestos máximos se pueden ajustar por traslados de pacientes entre EPS, por cumplimiento de indicadores por parte de las EPS o por petición de las mismas.

- Las EPS son las responsables de asegurar que no se superen los techos máximos.

- La ADRES es la responsable de constatar que los techos máximos se efectúen y anunciará la información de los pagos cumplidos a EPS, IPS y proveedores.

En la Resolución 206 de 2020, se determinan los valores de los techos presupuestales máximos por cada EPS:

De este modo, es notoria la existencia de un cambio importante en el proceso de autorización y pago de las tecnologías no PBS, las cuales actualmente están bajo responsabilidad de las EPS, que recogerán una cantidad sin que requiera presentar facturas a la ADRES, asegurando al mismo tiempo que los servicios o tecnologías NO PBS sean prestados a los pacientes, y haciéndose cargo del pago de estas a las IPS o proveedores.

Considerando que el sistema de salud en Colombia es de aseguramiento, se puede deducir que el riesgo que antes enfrentaba el Estado por medio de la ADRES con respecto a las tecnologías y servicios No PBS, es actualmente trasladado a las EPS, quienes al mismo tiempo tendrán que asumir el compromiso de garantizar su entrega a los pacientes y el pago a quienes los presten o provean. (Vivas, 2021)

Otros componentes de la estrategia implican el mejoramiento de la elaboración de información de referencia por medio del fortalecimiento MIPRES; el desarrollo de instrumentos de control de precios de dispositivos y procedimientos, como se ha llevado a cabo para medicamentos; el apoyo a los jueces que califican las tutelas en la búsqueda de evidencias científicas; la introducción de la compra centralizada de medicamentos y refuerzo de la política farmacéutica nacional; la implementación de la reglamentación de tecnologías, y el fomento del manejo eficiente de las enfermedades huérfanas y los servicios vinculados a la atención en salud. (CONPES, 2019)

Para el desarrollo de la metodología de Valores Máximos de Recobro - VMR, determinada en la Resolución 243 de 2019, el Ministerio de Salud y Protección

Social deberá amplificar la normatización a grupos de medicamentos adicionales a los 50 ya implementados. Esto favorecería la disminución del esparcimiento en los valores recompensados para una misma tecnología a diferentes proveedores. (CONPES, 2019)

Por otra parte, la técnica de presupuesto máximo o techo determina el procedimiento para que cada EPS formalice las prestaciones no UPC con límites presupuestales predeterminados, de acuerdo al gasto histórico y proyecciones de su crecimiento, del mismo modo los cálculos sobre los VMR. Entre los beneficios de este factor se encuentran el traslado de riesgo no UPC a las EPS. (CONPES, 2019)

Uno de los determinantes primordiales del gasto es el reconocimiento de servicios y tecnologías de alto costo que se pagan con recursos distintos de la UPC. Consecutivamente, la jurisprudencia de la Corte Constitucional supeditó la función de las juntas médicas para negar servicios, arguyendo que la responsabilidad es del médico tratante, indistintamente si el servicio se encuentra en el PBS. Esta jurisprudencia fue recogida por la Ley 1751 de 2015, donde se propone un PBS amplio e integral que limita la prescripción únicamente bajo las siguientes causales de exclusión: “servicios y tecnologías con fines cosméticos o estéticos, los que no han sido aprobados para su uso en el país, los que no tienen suficiente evidencia de efectividad clínica y los que se presten exclusivamente fuera del país” (CONPES, 2019, p.23). Dicho gasto ha permanecido entre dos y tres billones de pesos al año en la última década, pese a los métodos de la introducción de diversas medidas para reducirlos, como la reglamentación de precios de medicamentos y la inclusión al PBS. (CONPES, 2019)

Con la actualización integral de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la UPC por medio de la Resolución 2481 de 2020, se modificó la fuente de financiación de determinados servicios y tecnologías, es decir, se pasó de financiar unos beneficios en salud de Presupuestos Máximos a la Unidad de Pago por Capitación, para facilitar el vínculo entre EPS e IPS, que conduce a una mejora

en la prestación del servicio a los usuarios. Con esta resolución se financiará alrededor del 73% de los medicamentos con la UPC, (antes únicamente era el 61%) el sobrante se financia con Presupuestos Máximos. Fueron 8.300 códigos únicos de medicamentos los determinados en el nuevo acto administrativo, entre los que se integraron medicamentos para diabetes mellitus tipo II y se progresó en la supresión de los medicamentos que presentaban algún término para su financiación con la UPC (Ministerio de Salud, 2020).

Según Rendón, *et, al.,* (2019) el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), reportó que para el año 2017 el 94,6% de la población en Colombia estaba afiliada al SGSSS, el 50% al RS y primordialmente vinculado con zonas rurales. Del mismo modo, la ADRES (2019), señaló que para el mismo año el ponderador de la UPC constituyó el 12,5% del total de gasto en salud del PBS del RC.

La Contraloría General de la República (2020), afirma que el apropiado financiamiento de los servicios de salud no contenidos en el PBS se deriva entonces, del flujo adecuado de recursos por parte del Estado para cubrir el pago de los recobros que normativamente sean expuestos por los entes territoriales que son garantes de la prestación del servicio.

No obstante, para Bacca (s.f.), el desequilibrio primordial del SGSSS se presenta cuando los usuarios demandan servicios y tecnologías en salud que, a pesar de no estar incluidos en el plan de beneficios- NO PBS, tampoco están excluidos en virtud del artículo 15 de la Ley 1751 de 2015 y son imprescindibles para la atención del usuario. Dichos servicios de salud que, al no figurar en un listado de cobertura, no poseen financiación con cargo a la UPC; pero esto no puede servir de excusa para no prestarlos, debido a que la Ley Estatutaria en salud apunta a la integralidad del sistema, en donde los servicios y tecnologías deberán ser proveídos completamente para la prevención, paliación alivio de la enfermedad.

En cuanto a esta postura, se pretendía que con la Ley Estatutaria en Salud, se elaborara una lista de exclusiones, en el sentido de que una lista negativa otorga mayor autonomía a los prestadores, quienes pueden tomar decisiones libremente sobre qué tecnologías utilizar toda vez que no hagan parte de la lista negativa; en tanto que la lista positiva exige un trabajo estructural mayor, que puede quedar desactualizada en determinado momento por el desarrollo tecnológico o el aparecimiento de nuevos requerimientos de acuerdo a la enfermedad de cada usuario. (Bacca, s.f.)

En consonancia con el anterior planteamiento, en un conversatorio realizado por la Universidad Nacional de Colombia (2017), se llevó a cabo un análisis contrastivo entre la Ley 100 y la Ley 1751 de 2015, estableciendo su diferencia con respecto al tipo de ley –una es estatutaria y otra orgánica, lo cual quiere decir que la primera es el cabal cumplimiento de la Constitución y por tal razón es más importante-, el fin último de las leyes –debido a que la Ley 100 fue establecida para la protección del riesgo financiero en salud de los afiliados al sistema, y la segunda busca garantizar el derecho esencial a la salud-, la cual hace referencia al sistema de salud como la unión de todos los esfuerzos del Estado por garantizar tal derecho - la importancia de la sustentabilidad fiscal – ya que la UPC era lo más relevante en la Ley 100 y ello establecía el POS.

En tal contexto, la Corte Constitucional en su Sentencia C-313 de 2015, determina que la sustentabilidad fiscal no puede ser un obstáculo para la prestación oportuna de todos los servicios de salud, porque lo primordial es la garantía de este derecho fundamental, sin limitarse a los recursos disponibles-, y finalmente, con respecto al plan de servicios -la Ley 100 de 1993 instituía un POS, el cual está conformado por dos listados específicos: uno de inclusiones y el otro de exclusiones, supeditando la prescripción. Además, la Ley Estatutaria determina que únicamente debe haber una lista negativa y todo lo demás está incluido, estructura a través de un sistema participativo y democrático, de esta manera ya no hay POS sino de prestaciones

que no se financian con recursos públicos. (Universidad Nacional de Colombia, 2017)

A manera de conclusión, frente a este dilema, el Estado es el responsable constitucionalmente de recurrir a la reglamentación y las políticas necesarias para financiar de modo sostenible los servicios de salud, por ser éste un servicio público fundamental, además de asegurar el flujo de los recursos para atender oportunamente a los requerimientos en salud de la población, para lo cual debe intervenir cuando se presentan falencias en el SGSSS, con el único propósito de garantizar el derecho esencial a la salud a toda la población y hacer sostenible el sistema, a través de las políticas de financiación que determine. Es de anotar, que hasta febrero de 2020 las EPS permitían los servicios o tecnologías No PBS y lo recobraban a la ADRES. En la actualidad, las EPS autorizan y pagan de manera directa el servicio o tecnología de acuerdo a los llamados techos presupuestales máximos (García, 2020)

6. CAPÍTULO 2

6.1. Contextualización del funcionamiento de las rutas de financiación del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia

Este capítulo se ha llevado cabo en busca de orientar al lector con respecto al SGSSS, en lo concerniente a la estructura de financiamiento del sector y en las fuentes y usos de los recursos, del modo más sencillo y claro posible, debido a la complejidad del tema y teniendo en cuenta la diversidad de agentes y procesos que intervienen en su gestión y asignación.

El SGSSS de Colombia es un sistema de salud de competencia regulada, con base en la integración del sector público - privado y mercado-regulación, que como explica Agudelo, *et. al.* (2011), "cuyas principales fuentes de financiamiento son las cotizaciones de empleados y empleadores, que financian el régimen contributivo, y los recursos fiscales adquiridos a través de impuestos generales, que financian el régimen subsidiado" (p.2).

Las EPS son entes públicos y privados que se configuran como aseguradores y administradores. Las IPS son las responsables de suministrar los servicios de atención a los usuarios, con base en las prestaciones o beneficios establecidos en el PBS. Bojacá (2019), afirma que es de esta forma, que el sistema se desequilibra ya sea por costos excesivos de medicamentos como por falencias estructurales en el sistema mismo en su administración, entre otros. Con base en el Barómetro Global de Transparencia Internacional del año 2013, de los diez países latinoamericanos que fueron objeto de estudio en cuanto a corrupción en el sector salud, Colombia registró el 63% de percepción afirmativa a este fenómeno ocupando el vergonzoso primer lugar.

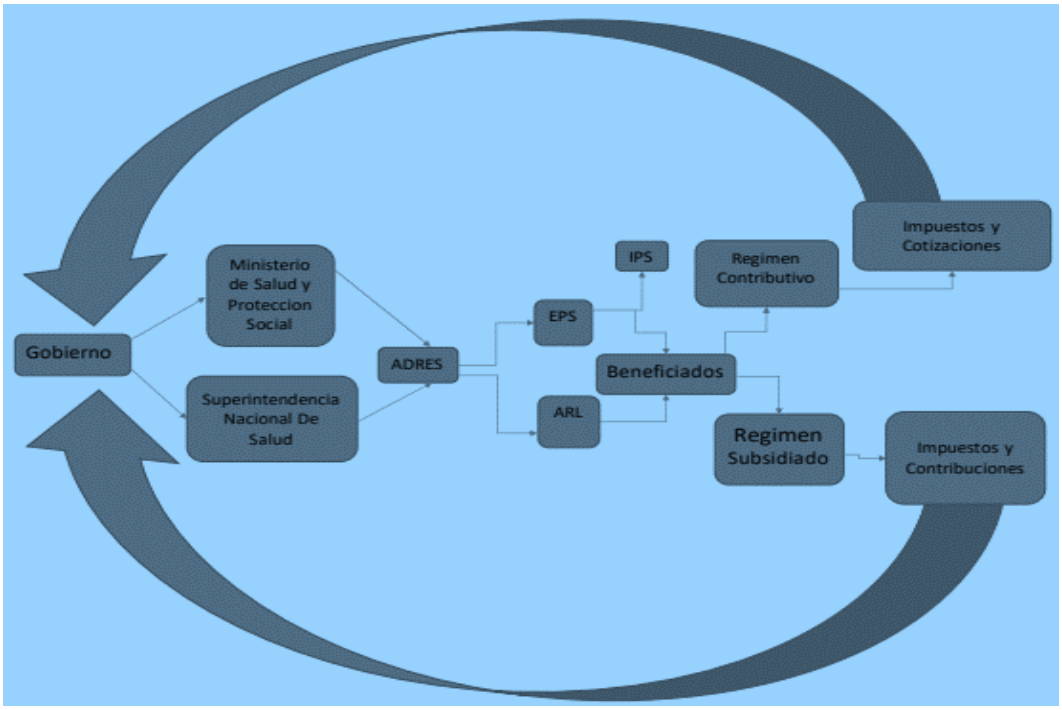
El contenido del PBS del RS constituye alrededor del 60% en comparación con el del RC. (Agudelo, 2011) La ADRES (antes FOSYGA), es la encargada de reconocer el pago a las EPS, de acuerdo al número de afiliados y el valor de la UPC y transferir recursos fiscales para el régimen subsidiado. Esto, en el aprovechamiento de los juegos de azar a responsabilidad de la Empresa Territorial para la Salud (ETESA), también, de la coparticipación que realizan otros recursos de menor cuantía.

6.1.1. Flujo de recursos del SGSSS.

El dinero del sistema de salud es de carácter público, el cual pasa por una serie de intermediaciones de actores privados que figuran como administradores, desde las plataformas que recaudan, los entes que afilian a los usuarios y las Instituciones que prestan los servicios. Quien distribuye ese dinero es la ADRES, por medio del cálculo de la UPC. Una cuota anual por cada afiliado, todos con los mismos derechos. Hay que aclarar que esta entidad no hace las veces de una aseguradora en la que por el grado de riesgo esté el cubrimiento de servicios, aunque si determina una lista de exclusiones, como todo lo que está por fuera del plan de beneficios. (Bojacá, 2019)

Por su parte, el Gobierno Nacional es responsable de dirigir, administrar e inspeccionar los recursos del SGSSS asignados para la salud, los cuales están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, en concomitancia con el ADRES, realizando el reconocimiento de la UPC y determinando giros directos a los prestadores y suministradores del sistema IPS. La finalidad es facilitar cobertura a los beneficiarios de los regímenes subsidiado y contributivo a partir de impuestos, aportes y cotizaciones (Figura 1). (Barrera, 2018)

Figura 1. Flujo de recursos SGSSS



Fuente: Barrera (2018, p.30).

En la figura 1 se observa que los impuestos, cotizaciones y contribuciones son responsabilidad directa del gobierno nacional a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Nacional de Salud, representadas éstas por la ADRES, quien a su vez delega a las EPS, IPS y ARL prestar los servicios oportunos de salud a los beneficiarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

En lo que concierne al desarrollo del financiamiento de la salud en Colombia cabe señalar que el ADRES tiene tres subcuentas que se configuran como el pilar esencial del SGSSS:

La primera es llamada Solidaridad del régimen subsidiado, cuyo objetivo es velar por la integridad y oportunidad en el recaudo de los recursos aportados por las múltiples fuentes asignadas al régimen subsidiado, también valida los derechos de los entes y beneficiarios, a partir de la información de contratación y afiliación en

dicho régimen. Por otro lado, lleva a cabo los pagos determinados en la operación de la subcuenta procedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, en las cuales se contienen los recobros demostrados por las EPS-S, medicamentos No PBS y fallos de tutela. (ADRES, s.f.)

La segunda, es llamada Compensación del régimen contributivo y lleva a cabo el proceso de descuento de las cotizaciones recaudadas totalmente por las EPS y demás entes obligatorios a compensar (EOC), los recursos con destino a financiar acciones de promoción y prevención, los de solidaridad del régimen subsidiado y por concepto de UPC, de la misma forma como incapacidades por enfermedad general y licencias de maternidad y paternidad. Con base en lo anterior, los recursos concebidos por el superávit de las cotizaciones recaudadas por las EPS y EOC, dentro de las subcuentas correspondientes de la ADRES, son transferidas a las cuentas de las EPS las sumas que van a favor. (ADRES, s.f.)

Y la tercera, es llamada subcuenta para Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), con la que se garantiza la atención integral a las víctimas que sufran daños físicos resultado de accidentes de tránsito, actos terroristas y catástrofes de índole natural; en tanto que la EPS procede en calidad de aseguradora, su primordial función es utilizar la dispersión del riesgo para incrementar el acceso e inspeccionar el gasto; es su obligación administrar el riesgo financiero, gestionar el riesgo en salud, ser garante de la calidad en la prestación de servicios en Salud, entre otras. El valor que se les adjudica a las EPS por afiliado se establece cada año por el Ministerio de Salud y Protección Social para el RC y el RS, mediante el UPC para servicios y tecnologías contenidos en el PBS y aquellos que no están incluidos, se reconocen por medio del presupuesto máximo. (Bacca, s.f.)

6.1.2 Fuentes de financiación.

La administración del régimen subsidiado está bajo responsabilidad de las EPS delegadas que del mismo modo, pueden administrar al régimen contributivo, las cajas de compensación familiar y las organizaciones solidarias de salud como un tipo de EPS comunitaria las cuales adquieren una UPC subsidiada con un valor menor a la UPC contributiva con la finalidad de facilitar el POS-S. Los servicios que no sean cobijados por el plan antes mencionado tendrán que ser garantes los hospitales públicos que reciben financiación del Estado a través de la modalidad de subsidio a la oferta. (Ministerio de Salud, 2021).

En lo concerniente a los recursos dirigidos al financiamiento del régimen subsidiado existe la prelación de distribución bajo el fundamento de equidad entre los entes territoriales que se derivan de los recursos fiscales, de solidaridad del régimen contributivo, de ingresos propios de dichos entes y de algunos recursos contribuidos de manera voluntaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). En la Tabla 2, se detallan las fuentes de financiamiento, así como el criterio de las contribuciones:

Tabla 2. Fuentes de financiación del régimen subsidiado

FUENTE	CRITERIO
Sistema General de Participaciones	Los elementos están distribuidos así: 4% en asignaciones especiales como grupos étnicos, municipios ribereños, alimentación escolar y fondo de pensiones territoriales. El 96% es para el nivel sectorial del cual el 24.5% se destina para la salud de los departamentos, distritos y municipios.
(SGP)	Del 24,5% el 4,5% es para el régimen subsidiado, 10% para la salud pública y el 10% para la oferta de la población pobre no asegurada (PPNA).
Recursos de juegos de azar y recursos girados por la Empresa Territorial para	El 7% es para la investigación en salud considerando que el 93% representa el

la Salud ETESA y ahora COLJUEGOS EIC	100% del cual el 25% va para gastos de operación de las dependencias y las entidades de la administración en salud. De modo que el porcentual sobrante es destinado a la financiación del régimen subsidiado.
Rentas destinadas a la salud de los Departamentos y del Distrito Capital	Los recursos que se derivan de licores, cerveza y juegos de azar, sus ganancias son transformados para financiar la salud y al mismo tiempo manejados directamente por los departamentos, acorde al recaudo efectivo de tales recursos.
ADRES	Los recursos son recibidos en la subcuenta de solidaridad, considerando su origen: un punto de la cotización del régimen contributivo mensualmente; la contribución del presupuesto nacional según el Plan Anual de Caja (PAC), el cual es avalado por MINSALUD anualmente y los rendimientos financieros contabilizados cada mes.
Cajas de Compensación Familiar (CCF)	De acuerdo al Artículo 217 de la Ley 100 de 1993, el 5% de los recaudos del subsidio familiar se dirigirán al RS, excepto a las cajas que adquieran un cociente superior al 100% del recaudo del subsidio familiar que deberán asignar un 10%.
Gremios, asociaciones y demás entidades.	Contribuir de acuerdo a sus capacidades.
Rendimientos financieros	De las múltiples fuentes.
Impuesto de renta sobre la producción y explotación de la industria petrolera	En las áreas de Cupiagua y Cusiana, el 15% de los recursos agregados que perciban los municipios, distritos y departamentos como participación y giros por dicho concepto.
Afiliados	Contribuciones correspondientes a una parte del valor del servicio demandado.

Fuente: elaboración propia, adaptada de Barrera (2018, p.37).

6.1.3. Rentas territoriales.

Luego de identificar las fuentes generales de financiación en salud del régimen subsidiado, se requiere detallar el porcentaje de recursos y funcionamiento de las rentas territoriales, especificando cada uno de los elementos contenidos en la siguiente Tabla 3:

Tabla 3. Rentas territoriales para el régimen subsidiado

RENTAS TERRITORIALES	RÉGIMEN SUBSIDIADO	RECURSOS PARA PRESTACIÓN	FUNCIONAMIENTO
IVA cedido de Licores	50%	25%	25%
8 puntos del IMPOCONSUMO de cerveza (IVA del 8% cerveza)	50%	25%	25%
Juegos de azar	68%	0%	25%
Recursos girados por COLJUEGOS (Diferentes a premios no cobrados)	75%	0%	25%
Sobretasa de cigarrillos Ley 1993 de 2011	100%	0%	0%
6% Impuesto al Consumo de Licores y similares	100%	0%	0%
Premios no cobrados	100%	0%	0%

Fuente: elaboración propia, adaptada de Barrera (2018, p.38).

A través de la Ley 788 de 2002 hasta 2016 se determinó el elemento de la base gravable por medio de los grados de alcohol y la tarifa del impuesto al consumo de licores y similares. Con lo anterior el IVA respectivo a los licores nacionales, estará aprobado en un 100% a salud, en tanto que el IVA de productos similares será dado en un 70% al sector salud. Del mismo modo, conforme a lo estipulado en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, se designará como mínimo el 50% de tales recursos a la financiación de la UPC del régimen subsidiado, siendo estos contabilizados como voluntad territorial (Frasser, 2019).

Por otro lado, la Ley 788 de 2002 en el parágrafo 2 del artículo 50, establece que en suma a las tarifas del impuesto al consumo de licores y demás, se encuentra incluido el IVA, el cual obedece al 35% del valor liquidado por razón de impuesto al consumo, el 65% al consumo recaudado por cada territorio, los departamentos y el distrito capital designarán un 6% inicialmente a la universalización en el

aseguramiento, posteriormente a la unificación de los PBS y si resultan excedentes, se dirigirán a la financiación de servicios prestados a la comunidad más pobre en relación a lo no cubierto por los subsidios a la demanda (Figura 2). (Barrera, 2018)

Figura 2. Distribución de los recursos de licores, vinos y aperitivos

Fuente: Barrera (2018, p.39).

La figura 2 demuestra la distribución de los recursos de productos a base de alcohol etílico, en los cuales el 100% del IVA de licores destilados el total es destinado para la salud, el 100% del IVA de vinos y aperitivos el 70% va para la salud y el 30% para el deporte.

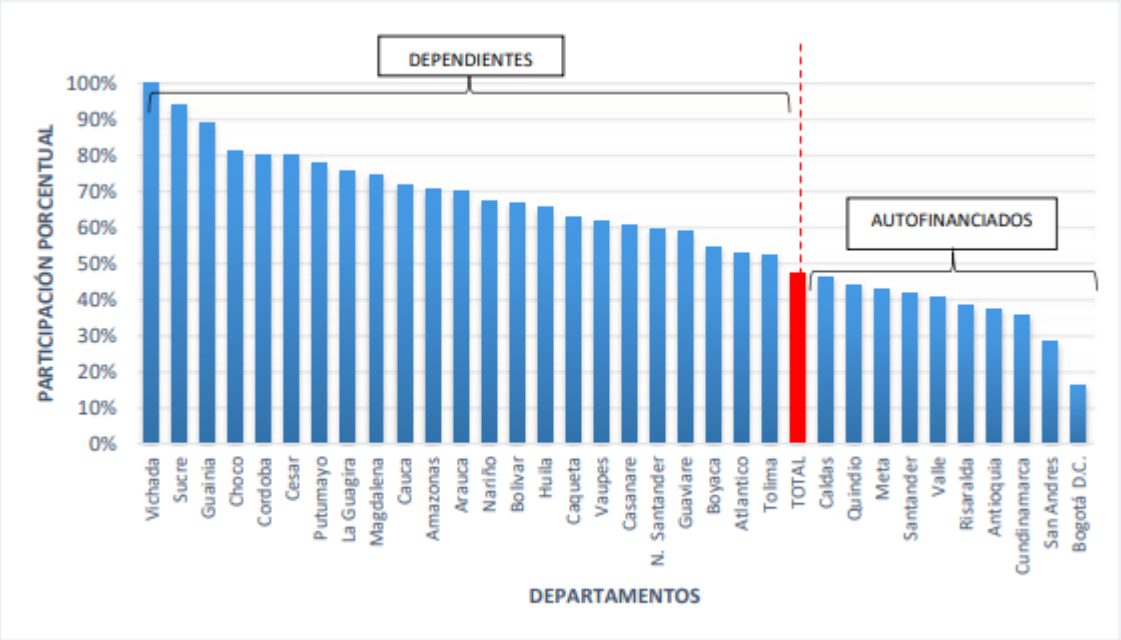
Por medio de la Ley 223 de 1995, se determinó el pago del impuesto al consumo en el territorio nacional de cervezas, sifones y similares, que en concomitancia con el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, establecieron que un 50% de los recursos percibidos por este impuesto serán dirigidos a la financiación de la UPC del régimen subsidiado, los cuales se contabilizarán como voluntad territorial. (Barrera, 2018)

Con respecto a las concesiones de juegos de azar, el Decreto 2106 de 2019 que modificó la Ley 643 de 2001, señala que deberán pagar el 12% de sus ingresos por derecho de usufructo dentro de los diez primeros días hábiles de cada mes posteriores al juego, este valor será asignado a la salud y de ninguna manera deberá ser dirigido para cobijar los gastos de funcionamiento. Los derechos de explotación producidos por las apuestas hípicas deberán ser distribuidos entre cada uno de los departamentos o distritos de modo que, un 50% será dirigido para la financiación de servicios estrictamente prestados a la comunidad pobre en lo no cubijado por subsidios que son atendidos a través de la red pública hospitalaria y el otro 50%, será asignado para la financiación en la renovación de tecnologías usadas por los hospitales públicos en cada ente territorial (Función Pública, 2019).

Considerando que muchos premios no son cobrados, la Ley 1393 de 2010 señaló que para todos los juegos de azar bajo el derecho a la prescripción judicial y aun sin haberse hecho efectivo el reclamo de los premios, el 75% de los recursos de los mismos, se asignarán hacia los planes de beneficios del SGSSS en los departamentos y distritos en donde se generaron. Por último, es el artículo 6 de la misma ley que trata sobre el consumo de cigarrillos y tabaco y expide la sobretasa al consumo de los mismos equivalentes al 10% de la base gravable que será la certificada por la Dirección de Apoyo Fiscal del Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Estos recursos deberán asignarse por los departamentos y el Distrito Capital para la universalización en el aseguramiento y la unificación del PBS. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016)

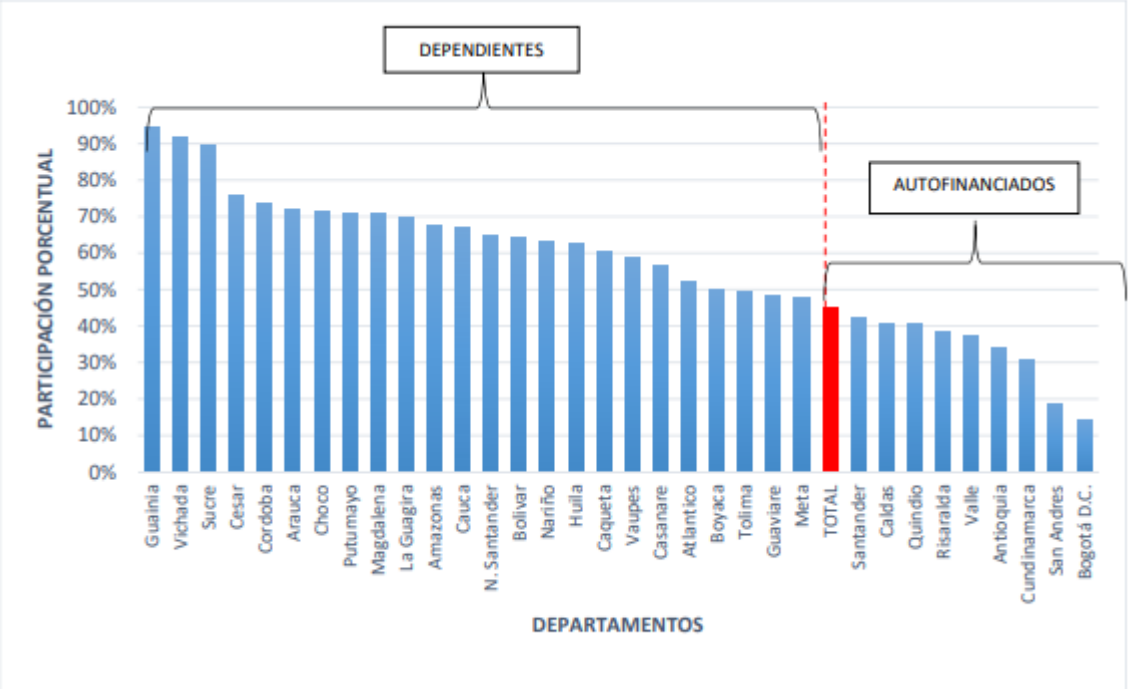
Cabe anotar que para establecer el flujo de recursos por fuente de financiamiento implícitos por departamento en el régimen subsidiado, se encontraron las fuentes de financiación que constituyen la totalidad de los recursos para la UPC del régimen subsidiado por municipio del período 2013 - 2017. A continuación se exponen las figuras 3 y 4 para el periodo de tiempo analizado. Se resalta que alrededor del 50% de la población colombiana se encuentra afiliada a dicho régimen. (Barrera, 2018)

Figura 3. Porcentaje población régimen subsidiado 2013



Fuente: Barrera (2018, p.41).

Figura 4. Porcentaje población régimen subsidiado 2017

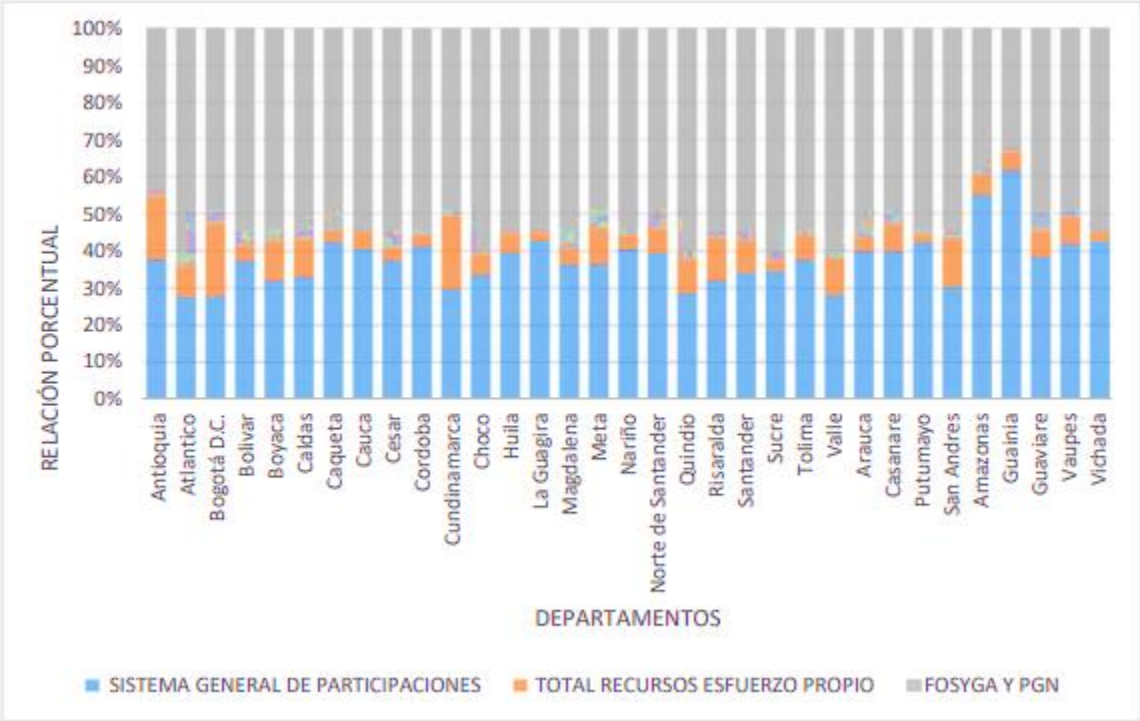


Fuente: Barrera (2018, p.42).

En las figuras 3 y 4 se observa una estabilidad entre los años 2013 y 2017 en la participación porcentual de la población del régimen subsidiado por departamentos, al igual que la del régimen contributivo.

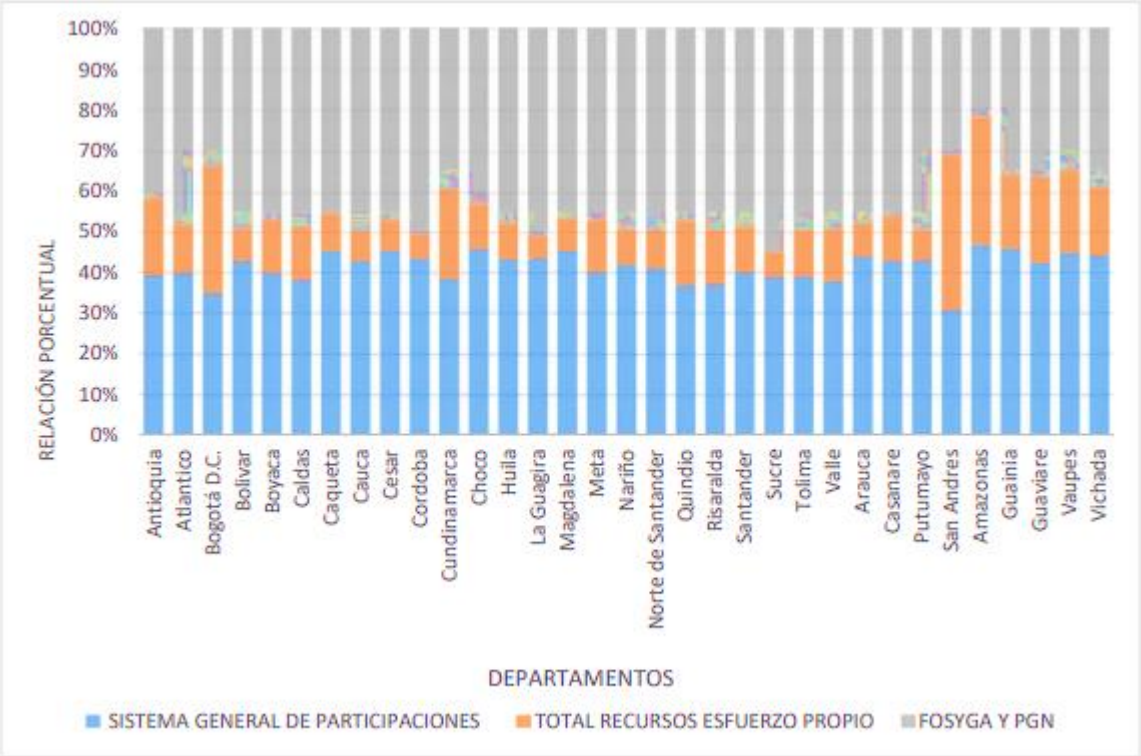
Seguidamente, se expone la distribución de ingresos del régimen subsidiado para cada departamento por medio de las siguientes fuentes: SGP, total de recursos por voluntad propia e ingresos derivados del ADRES y el Presupuesto General de la Nación (PGN), (figuras 5 y 6). (Barrera, 2018)

Figura 5. Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2013



Fuente: Barrera (2018, p.43).

Figura 6. Distribución por fuente de ingreso régimen subsidiado 2017

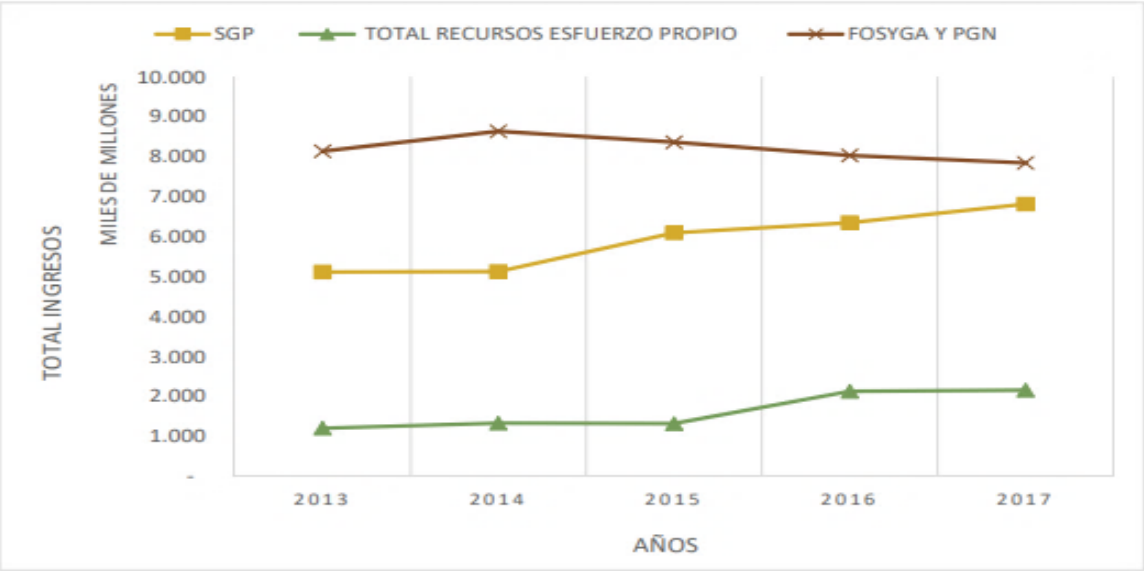


Fuente: Barrera (2018, p.44).

De acuerdo a las figuras 5 y 6, entre los años 2013 y 2017, el aumento del SGP favoreció en gran parte a los departamentos, aunque el departamento del Amazonas fue favorecido primordialmente a través del recaudo de sus correspondientes esfuerzos. No obstante, la fuente esencial de ingresos para todos los departamentos en el 2013 fue por medio del FOSYGA (ahora ADRES) y PGN, en tanto que los recursos derivados del SGP fueron en gran medida para los departamentos Amazonas y Guainía en comparación con los demás departamentos. Por su parte, Cundinamarca en los cinco años analizados, ha tenido mayor volumen de recaudo gracias a su esfuerzo propio comparada con el resto de los departamentos y con el declive de los ingresos originados en el ADRES en concomitancia con el PGN como fuente de financiación para los departamentos del año 2013 al 2017, los ingresos del SGP aumentaron considerablemente pasando a ser la fuente de financiación líder para los departamentos en el 2017. (Departamento Nacional de Planeación – DNP, 2019)

En la Figura 7, se exponen las fuentes de ingreso en el régimen subsidiado por medio del valor total, convertido a valores de 2017, de cada una de ellas en cada año.

***Figura 7*. Fuentes de ingreso régimen subsidiado en Colombia 2013-2017**



Fuente: Barrera (2018, p.44).

Según la figura anterior, las fuentes de ingreso establecen como primordial fuente de los recursos dirigidos por el Estado al ADRES y al PGN, pese a su tendencia descendiente desde 2015, conserva un promedio de ingresos alto. No obstante, en el régimen subsidiado los ingresos que resultan del SGP denotan una tendencia creciente para cada departamento, finalmente, se observa que los recursos por voluntad propia han avanzado considerablemente presentando su mayor apogeo en el 2016, aportando de manera positiva a cada departamento para cobijar sus costos correspondientes. (Barrera, 2018)

6.1.4. Costos del régimen subsidiado

En la Figura 8, se observa que la comparación respectiva a los costos totales en lo que concierne al costo promedio total por UPC cada año, en donde se demuestra un crecimiento importante en los últimos cinco años de todos los costos, por lo que

en el modo que ha aumentado el costo real promedio de la UPC de cada afiliado, el costo total por departamento en Colombia también lo ha hecho.

Figura 8. Costos totales régimen subsidiado

Fuente: Barrera (2018, p.46).

Finalmente, para la Nación el costo de tener a cada persona bajo la afiliación subsidiada en el servicio de la salud permanente aumentando paulatinamente en cada periodo de estudio, señalando que el costo de atención per cápita en el régimen subsidiado se acrecenta de manera progresiva. Cada vez es más costoso cada usuario atendido en el régimen subsidiado en el contexto real. En tal dirección, el valor es de acuerdo al mismo tiempo, de la ubicación geográfica de los afiliados, debido a que el valor de UPC será en mayor medida según la distancia que tenga cada municipio de las zonas urbanas en conjunto con el índice de afiliados bajo estas condiciones anuales. (Barrera, 2018)

7. CAPÍTULO 3

7.1. ¿Cuáles son los costos del plan de beneficios en salud que impactan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud?

Si bien en la parte inicial del capítulo 2 se realiza una breve introducción en cuanto al sistema de salud colombiano y los actores que lo conforman, y asumiendo que es un modelo económico del cual debe existir una oferta y una demanda, se observa que las dinámicas actuales afectan notablemente el propósito final del Estado que es salvaguardar y garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los ciudadanos.

A este propósito, el Conversatorio sobre la situación de la Ley Estatutaria, realizado en la Universidad Nacional de Colombia (2017) sede Bogotá, el reconocimiento de la salud como derecho fundamental ha conllevado a una serie de debates, entre ellos el de la sustentabilidad fiscal a que está sometido este derecho y sobre el requerimiento del desarrollo de una política integral de atención y prevención, debido a que esta no es rentable ni para el gobierno ni para el sector financiero, ya que ellos obtienen más ganancias facturando procedimientos médicos que previniendo las enfermedades. Otro debate es el que gira alrededor de la autonomía médica, puesto que los mecanismos que está emitiendo Minsalud a través de la contención de costos, están regulando y menoscabando dicha autonomía. (Universidad Nacional de Colombia, 2017)

No obstante de la normativa, poca relevancia se le ha otorgado al tema del tratamiento de la información financiera y de costos en las entidades de salud, tampoco se ha establecido un mecanismo de costeo que resuelva los requerimientos de información; un ejemplo de ello es la multiplicidad en los planes de cuentas, lo que no facilita que la información sea equilibrada, entorpeciendo la estandarización de criterios contables y la integración de un sistema para el manejo de los costos y gastos en el sector salud; como resultado el poco efecto que han

presentado las innovaciones implementadas al sistema, donde de manera continua los hospitales y clínicas pasan por crisis económicas y de financiación. (Murillo, 2016)

El problema más relevante encontrado en los PBS es que se convierten en una lista limitada de servicios, medicamentos e insumos que se vencen, con el tiempo y la evolución médico-científica y tecnológica, por lo que no cumple con la finalidad de conservar y fomentar la salud con aspectos de racionalidad y costo, conllevando al usuario a utilizar métodos que garanticen la protección especial y cumplimiento del derecho fundamental. No obstante, actualmente el SGSSS continúa apoyando la prestación de servicios en una lista positiva del PBS, lo cual crea obstáculos en el acceso al servicio en salud. (Bacca, s.f.)

De ahí y del promedio del número de habitantes vs los recaudos del sistema, se alcanza a percibir por qué es tan relevante que tales recursos estén bien distribuidos, sin que afecte el acceso ni la calidad del servicio. Es de esta manera que si alguno de dichos aspectos entra en sobrecosto, impacta fuertemente al sistema generando las crisis, que afectan a todos los participantes. Si bien son diversos actores, no es cuento que el precio de los medicamentos recobrados al sistema es uno de los aspectos que ocasiona gastos enormes, y de allí que su reglamentación sea fundamental para el adecuado funcionamiento del sistema. Por cómo está constituido dicho sistema, el alto costo de determinados tratamientos puede influir en que el dinero de muchos esté siendo manejado en unos pocos. (Bojacá, 2019)

La EPS en varias oportunidades restringe el servicio en salud por no estar financiado con recursos de la UPC, excepto que la autoridad competente dictamine el suministro o que la Junta Médica lo autorice, y esto sucede por la integralidad del sistema, que exige el reconocimiento de cualquier servicio en salud que, sin embargo de no estar incluido en la cobertura, tampoco está excluido; y siendo

fundamental para garantizar la salud del paciente, debe ser suministrado. (Bacca, s.f.)

Por tal razón, una vez la EPS presta el servicio o la tecnología en salud no PBS, se crea un problema de financiación, ya que tales servicios no están reconocidos con cargo a la UPC; no obstante, el Minsalud ordenó a las EPS suministrar los servicios y pagarlos para posteriormente ser recaudados. Aunque esto aumenta los costos, que, al no estar reconocidos por la prima, desequilibra el estado financiero del ente; motivo por el cual la EPS utilizaba los recursos del PBS para financiar el no PBS, generando desfalcos en el SGSSS. (Bacca, s.f.)

Para el mercado del tratamiento de ciertas enfermedades en Colombia como por ejemplo el oncológico, el índice de medicamentos en proceso de evaluación y aprobación ha ido en aumento hasta un 63% en la última década, y se presume que en el período 2015 - 2020 los costos de tratamientos oncológicos aumentaron entre el 7,8% y el 10%. En la actualidad, el costo de dichas terapias oscilan entre US$6.000 y 13.000. Esto no implica los descubrimientos más recientes en terapias genéticas. A manera de ejemplo, la terapia Kymriah (para Leucemia Linfocítica Aguda) tiene un costo de US$475.0007 por paciente y el Yescarta (para linfoma no Hodking) US$373.0008. Vale la pena aclarar, que las terapias genéticas todavía están lejos de realizarse en el país debido a que su proceso es dispendioso y riesgoso y solo un grupo específico de centros especializados en la materia tendrán la autorización para su aplicación. (Gutiérrez, 2018)

Adicionalmente, vale la pena mencionar que algunos avances tecnológicos no curan absolutamente la enfermedad, todo lo contrario, la convierten en una condición crónica. Esto en concomitancia con una población que vive más años, además presiona los costos. De este modo, a pesar de que algunas evoluciones tecnológicas pueden ser ahorradoras en costos si previenen complicaciones y discapacidades crónicas de alto costo que anteriormente no se podían evitar, la transformación tecnológica aumenta el costo de la atención. (Gutiérrez, 2018)

En línea con lo anterior, cerca del 25% de las peticiones de reconocimiento de estos costos reportados por las EPS no son aceptados. Como resultado, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas registran una cartera acumulada con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que llega alrededor del 1,5% del PIB. (Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES, 2019)

En efecto, el país aún requiere continuar desarrollando su capacidad para supervisar y controlar los servicios farmacéuticos. El reembolso por medio de demandas judiciales de los insumos de alto costo (en gran parte medicamentos), servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios (No PBS, hasta 2016), se han incrementado en la última década, pasando de 600.000 millones de pesos en 2007 a 2,5 billones de pesos en 2016, es decir, un promedio del 10% del gasto total del sector. Es de este modo como, para el año 2018, el valor anual de gasto per cápita en el Régimen Subsidiado (RS) fue de $830.523. (CONPES, 2019)

Otro aspecto relevante de ineficiencia presupuestal está relacionada con la comprobada presión sobre el gasto que ha soportado el costo de los medicamentos. Este rubro constituye, alrededor del 21% del gasto total en salud del SGSSS entre el período 2007 y 2017, y al mismo tiempo representan el 80% del gasto en servicios y tecnologías no financiados con la UPC. Debido a que, a partir del año 2010 Colombia no contaba con un marco legal para regularizar los precios farmacéuticos, el Ministerio de Salud y Protección Social ha implementado diversos métodos para el mejoramiento y fortalecimiento de sus políticas farmacéuticas. No obstante, a los buenos resultados en lo concerniente al acceso a los medicamentos, el progresivo gasto en medicamentos no ha sido controlado. (CONPES, 2019)

Otro aspecto de interés ha sido el seguimiento moroso a los costos de medicamentos en los que se han llevado a cabo intervenciones relevantes con el sector farmacéutico, regulando sus precios que en la actualidad se distribuyen en Colombia, esto mejoró el acceso de los pacientes a los tratamientos que anteriormente no tenían la posibilidad de utilizar por el alto costo del medicamento.

Y no puede dejarse de mencionar la inoperancia del Estado en el control de los recursos económicos que se quedaban en las arcas de las EPS, en tanto se presentaba en el país una enorme crisis hospitalaria por no tener la liquidez requerida para mantener el funcionamiento de los prestadores de salud. (Figueroa, 2020)

En tal sentido, Gutiérrez (2018) asegura que, como la finalidad última de la política de control de precios es garantizar que el país no pague sobrecostos por medicamentos que ofrecen bajo valor terapéutico comparado con sus similares, y que el Estado adquiere un precio justo, en comparación con otros países a nivel mundial, por los medicamentos que cubre con recursos públicos.

Por otro lado, Gutiérrez (2018) explica que se ha contemplado la probabilidad de incrementar el gasto de bolsillo, a través de copagos y cuotas moderadoras para promover la sustentabilidad. El autor encontró que la exigencia de copagos en medicamentos si disminuyen el gasto, aunque tiene consecuencias indeseables en el consumo de medicamentos esenciales y en la adherencia al tratamiento. Inclusive en los programas en los que existen copagos diferenciales de acuerdo al tipo de medicamento, el costo en materia de condiciones de salud y mayor consumo de otros servicios, contrarresta los ahorros.

Dicho esto, Gutiérrez (2018) sugiere que es prudente contemplar la posibilidad de regular los costos en servicios no PBS para la población con capacidad de pago. No obstante, la Corte Constitucional ha ordenado la obligatoriedad de eliminar los copagos y las cuotas moderadoras para individuos con enfermedades catastróficas y grupos poblacionales en condiciones especiales, por lo cual se requiere analizar si los ahorros producidos por copagos de servicios no PBS exceden los costos de implementación de la política, sobre todo por los gastos administrativos obligados a demostrar y medir capacidad de pago, y los procesos legales que esto conduciría.

En este sentido, Bojacá (2019), sostiene que los medicamentos nuevos son los que generan los más grandes impactos económicos al sistema, como por ejemplo los medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C (sofosbuvir y darunavir, entre otros), que son eficaces pero que la fijación de su precio fue establecida de acuerdo con el costo de un trasplante y no en los gastos en investigación y desarrollo.

Otro de los impactos está relacionado con los obstáculos financieros, de acuerdo a Cera, *et. al.* (2018), Colombia registra un alto número de usuarios que llevan a cabo algún pago por su atención, bien sea por concepto de copago, cuota moderadora, sobre todo para los afiliados al régimen contributivo o pago de prestaciones no incluidas en el PBS para la población del régimen subsidiado.

Según Osorio, *et. al,* (2021), el RS, comienza utilizando las prescripciones de las tecnologías NO PBS en MIPRES en abril del 2019, en donde la información de prescripciones llevadas a cabo para el período 2015 - 2019, estaba basada en los informes de junta médica que elaboraba las EPS del RS para la validación de tecnologías NO PBS. El escaso apoyo para el pago de dichas tecnologías, podrían haber ocasionado negaciones o el solo hecho de aminorar la formulación de éstas a los usuarios, debido a que al producirse sistemas de cobros tan esparcidos e inadecuados ante los entes territoriales, son una brecha para suponer una demanda real de servicios NO PBS para los afiliados al RS.

En este sentido, genera curiosidad, que MINSALUD haya dado por hecho que el costo real de las tecnologías NO PBS para los afiliados al RS sea tan baja en comparación con los presupuestos para el RC, y no haber propuesto otro mecanismo que hubiera incluido estudios epidemiológicos de acuerdo a las caracterizaciones y factores de riesgos, con respecto al contributivo y de este modo, haber establecido la UPC Complementaria más equitativa en referencia al cálculo del contributivo. (Osorio, *et. al.,* 2021)

En lo concerniente a barreras de acceso, para los pacientes diagnosticados a partir del 1 de marzo de 2020, en realidad ha sido complejo el proceso para el trámite de la autorización del medicamento por parte de la EPS y, de la misma forma, la formulación por parte de la IPS, en razón del alto costo del medicamento y además que, desde la implementación de techos presupuestales máximos, es al prestador que le toca la primera dosis del tratamiento hasta su registro en el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública - SIVIGILA. Desde la entrada en vigor, puede transcurrir un tiempo entre uno y dos meses, desde que se prescribe el medicamento hasta su entrega. En donde, el lapso para el RS puede ser superior, debido a que los pacientes de dicho régimen son los más afectados. (Osorio, *et. al.,* 2021)

Al respecto, Almeida y Castro (2019) afirman que el riesgo de mantener un costo de tratamientos o asistencia a la salud que sobrepase a los ingresos es uno de los factores de la gestión de riesgos en la EPS que causa mayor impacto. Una gran realidad es la que se presenta actualmente en el SSSC, en el cual se evidencia la crisis financiera tan enorme que tienen las instituciones promotoras de servicios de salud subsidiado, debido a la incidencia de cuadros clínicos establecidos que resultan de alto costo para el manejo del aseguramiento por parte de la EPS-S. Dichos cuadros clínicos si no se controlan adecuadamente y acrecientan en una población determinada en las EPS-S, provocarán el cierre definitivo y la liquidación de éstas debido al enorme flujo económico que constituye un usuario considerado como de alto costo para la entidad.

Así pues, al analizar las dificultades económicas que en los últimos años han impactado el Sistema de Salud, se deduce que la falta de supervisión y control por parte del Estado ha sido un factor relevante a partir de la Ley 100 de 1993, comenzando por el retardo en las actualizaciones del PBS que solo se lleva a cabo integralmente desde el Acuerdo 29 de 2011, lo cual fue de suma importancia para la reducción del gasto de salud de los servicios y tecnologías no incluidos en el PBS. (Figueroa, 2020)

Por último, es fundamental entonces, reconocer que las enfermedades que generan altos costos establecidas en el RS son el motivo primordial de cierres y liquidaciones de EPS en Colombia, haciendo que el sistema sea ineficiente con los usuarios de alto costo. Además, tales cuadros clínicos son la razón primordial del consumo de la UPC subsidiada en las entidades de salud y de paso son los promotores de impactos financieros superiores por causa de acciones de tutelas las cuales configuran un nivel de gasto al estipulado en la normativa vigente.

8. CONCLUSIONES

- En cuanto al marco constitucional y legal de los costos del cubrimiento del No PBS, la Ley 100 de 1993 puntualizó al régimen subsidiado como una serie de normas que regulan la afiliación de los ciudadanos al SGSSS cuando dicha vinculación se realiza mediante el pago de una cotización subsidiada, ya sea total o parcial con recursos fiscales o de solidaridad. En tal dirección, tales contratos de garantía acordados entre los entes territoriales y las EPS son financiados con recursos fiscales del ente territorial y con giros derivados del ADRES.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, sustituyó el POS por un sistema de salud que le facilite a los usuarios el suministro de todo lo que el médico le formule con algunas exclusiones específicas. En consecuencia, se asume que el No PBS se deriva de aquellos servicios y tecnologías en salud que están excluidos de dicho plan, y por ende, no son financiados por la UPC, muy a pesar de la existencia de un PBS estipulado en el Artículo 2º de la Resolución 5857 de 2018, como una serie de servicios y tecnologías en salud con cargo a la UPC.

De este modo, a partir del 1 de enero de 2020 se determina en el artículo 231, que la ADRES obtenga de las entidades territoriales, la competencia de la financiación, constatación, control y pago de las prestaciones No UPC del RS. Se resalta, que hasta febrero de 2020 las EPS permitían los servicios o tecnologías No PBS y lo recobraban a la ADRES. Actualmente, las EPS autorizan y pagan de forma directa el servicio o tecnología con base a los denominados techos presupuestales máximos

- Con respecto a la contextualización de las rutas de financiación del SGSSS se estableció que es el Gobierno Nacional el encargado de direccionar, administrar y controlar los recursos asignados para la salud, los cuales están a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social y la Superintendencia de Nacional de Salud, en conjunto con el ADRES, ejecutando el reconocimiento de la UPC y realizando

giros directos a los prestadores y proveedores de las EPS e IPS. Su propósito es permitir cobertura a los beneficiarios del RS y RC a partir de impuestos, contribuciones y cotizaciones.

Es así como el pago de impuestos, cotizaciones y aportes son responsabilidad directa del gobierno nacional a través de sus entes territoriales, los cuales son representados por la ADRES, quien del mismo modo delega a las EPS, IPS y ARL prestar los servicios oportunos de salud a los beneficiarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado.

- Al identificar los costos que cubren el No PBS que impactan en el SGSSS, se determinó que una de las causas primordiales es el alto costo de los medicamentos innovadores que impiden el acceso a ellos, seguido del tratamiento de algunas enfermedades como el cáncer, diabetes mellitus, hepatitis C, entre otras, y las enfermedades huérfanas que requieren de gran innovación tecnológica, las cuales originan una presión progresiva en la capacidad económica de los sistemas de salud que las hacen sobre girar en el presupuesto asignado y en muchos casos no puedan cubrir los gastos en su totalidad.

REFERENCIAS

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES (s.f.). Presupuesto de ingresos y gastos del fondo de solidaridad y garantía – FOSYGA. Obtenido de: https://www.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Financiero/Presupuesto

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES (2019). Recursos que se convierten en salud. Análisis y evolución del ponderador de la UPC. ISSN 2665-2951.

Agudelo Calderón, C.; Cardona botero, J.; Ortega Bolaños, J. y Robledo Martínez, R. (2011). *Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas.* Articulo. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. Obtenido de: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2011.v16n6/2817-2828/es

Almeida Espinosa, A. y Castro Méndez, W. (2019). *Análisis del riesgo financiero y riesgo de salud para las enfermedades de alto costo en una EPS de la ciudad de Bucaramanga año 2018.* Revista GEON, Vol. 6, No. 1, pág. 116 - 128. https://doi.org/10.22579/23463910.150.

Bacca Fernández, J. (s.f.). Modelo de aseguramiento y financiación del SGSSS en Colombia: deber de implementar el principio de integralidad. Obtenido el 22052021 a partir de: https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/50862/MODELO%20DE%20ASEGURAMIENTO%20Y%20FINANCIACI%C3%93N%20DEL%20SGSSS%20EN%20COLOMBIA-%20JOHANA%20LORENA%20BACCA%20FERNANDEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Barrera Salazar, W. (2018). Evaluación del financiamiento del régimen subsidiado en el sector de la salud en Colombia durante el periodo 2013-2017. Trabajo de Grado. Universidad de la Salle. Bogotá, D.C.

Barreto Bejarano, H. (2016). Del Sistema General de Riesgos Laborales en Colombia. Alcance, cobertura y campo de aplicación marco normativo período 1991 – 2015. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Sede Bogotá.

Bernal Oscar y Barbosa Samuel (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Ensayo. Salud pública Méx vol.57 no.5 Cuernavaca. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500015

Bojacá Bonilla, D. (2019). La regulación de precios de medicamentos en Colombia 2006 - 2017: el caso de los medicamentos biotecnológicos. Universidad Nacional de Colombia. Maestría en Biociencias y Derecho Bogotá, D.C., Colombia.

Bolaños Ricardo (2017). Uso racional de medicamentos. Informe Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud Américas. Obtenido de: https://salud.gob.ar/dels/printpdf/138

Calderón Rodríguez, A.; Núñez Monroy, M. y Restrepo Cortés, L. (2018). Análisis de metodologías del costo médico en la hospitalización general. Monografía. Universidad Santo Tomás. Bogotá D.C.

Cera Beleño, N.; Martínez Bibiana, C. y Clavijo Diana, C. (2018). El impacto de la implementación de la Ley 1751 de 2015 en la accesibilidad actual a los servicios de salud en Colombia. Especialización en Gerencia de la Calidad y Auditoria en Salud. Universidad Cooperativa de Colombia Sede Bogotá. Bogotá D. C.

Comisión de Regulación en Salud – CREG (2010). Evolución del sistema general de seguridad social en salud y recomendaciones para su mejoramiento. Informe Anual para el Congreso de la República. Bogotá, D.C.

Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES (2019). Concepto favorable a la nación para contratar empréstitos externos con la banca multilateral hasta por USD 300 millones, o su equivalente en otras monedas, destinados al financiamiento parcial de apropiaciones presupuestales del Ministerio de Salud y Protección Social, en reconocimiento a resultados que se alcancen en eficiencia del gasto y mejoramiento de la atención en salud, "Programa para mejorar la sostenibilidad del sistema de salud en Colombia con enfoque inclusivo". República de Colombia - Departamento Nacional de Planeación. Bogotá, D.C.

Constitución Política de Colombia (1991). Artículo 48. Título I de los Derechos fundamentales.

Contraloría General de la República (2020). Brechas de eficiencia en el gasto en salud por recobros. El caso de cuatro medicamentos. Obtenido el 22052021 a partir de: https://www.contraloria.gov.co/documents/20181/452124/Estudio+Brechas+de+eficiciencia+en+el+gasto+en+recobros+-+Caso+de+cuatro+medicamento.pdf/6140da09-984e-4f51-bfc9-1a382e5c97cb?version=1.0

Cruz Martínez, A. (2010). Intervención del estado colombiano en el sector solidario. Maestría en Derecho Administrativo. Universidad Del Rosario. Bogotá D.C.

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2019). Recomendaciones para la proyección y estimación de los recursos del sistema general de participaciones (SGP). Bogotá D.C. Obtenido de: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Inversiones%20y%20finanzas%20pblicas/Documentos%20GFT/Distribuciones%20SGP/Recomendaciones%20proyecciones_SGP.PDF

Departamento Nacional de Planeación – DNP (2020). *Seguridad Social Integral.* Obtenido de: https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx

Deslauriers, Jean, P. (2004). Investigación Cualitativa. Guía práctica / Traducción Miguel Ángel Gómez Mendoza-. Doctorado en Ciencias de la Educación - Rudecolombia. Editorial Papiro. 168 p. Pereira - Risaralda. ISBN: 958-8236-01-0

Famisanar (2019). *Contenido Sistema General Seguridad Social Integral – SGSSI.* Documento de estudio. Recuperado a partir de: https://www.famisanar.com.co/wp-content/uploads/2019/04/DOCUMENTO-DE-ESTUDIO-SGSSI.pdf

Figueroa Camacho, H. (2020). Dinámicas económicas, políticas y sociales en el sistema de salud. Ensayo de Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C.

Fondo Monetario Internacional – FMI (2020). Políticas, Política y Pandemia. Finanzas & Desarrollo. Volumen 57 | Número 2. Obtenido el 30082021 a partir de: https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2020/06/pdf/fd0620s.pdf

Frasser Arieta, M. (2019). *La regulación fiscal de los licores destilados en Colombia frente a los compromisos internacionales de no discriminación: Ley 1819 de 2016.* Revista de Derecho Fiscal n.º 14, pp. 55-88. DOI: https://doi.org/10.18601/16926722.n14.04

Función Pública (2019). *Ley 643 de 2001.* Obtenido de: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4168#

García Lara, F. (2020). *¿En qué se gasta el no PBS?* Obtenido de: https://www.neuroeconomix.com/en-que-se-gasta-el-no-pbs/

Gutiérrez Sourdis, C. (2018). El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención. Edición Debates Presidenciales. Fondo Germán Botero de los Ríos. Primera edición. Cuadernos de Fedesarrollo Número sesenta.

Hernández Ángela (s.f.). *El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (Ley 100 de 1993): entre modelo de sostenimiento económico y la defensa constitucional del derecho fundamental a la salud.* Artículo. Obtenido de:https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/13734/4/Art%C3%ADculo.%20El%20Sistema%20General%20de%20Seguridad%20Social%20en%20Salud%20en%20Colombia.%20entre%20un%20modelo%20de%20sosteni.pdf

Manyoma Leudo, A. (2018). Caracterización del ausentismo laboral por incapacidad temporal de origen común en una empresa prestadora de salud del suroccidente colombiano en el primer semestre del año 2016. Maestría en Salud Ocupacional. Universidad del Valle. Santiago de Cali.

Ministerio de Salud (s.f.). *ABECÉ MIPRES*. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/AF/abece-ctc-reporte-prescripcion.pdf

Ministerio de Salud (2014). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud.* Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *Fuentes de financiación y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*. Bogotá, D. C., Colombia. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/fuentes-y-usos-de-recursos-del-sgsss.pdf

Ministerio de Salud (2017). *Ley Estatutaria de Salud: la implementación. Boletín de Prensa No. 017*. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Ley-Estatutaria-de-Salud-la-implementacion.aspx

Ministerio de Salud (2019). *Resolución 244 de 2019.* Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20244%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud (2020). *Se actualiza Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.* Boletín de Prensa No. 1064. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Se-actualiza-Plan-de-Beneficios-en-Salud-con-cargo-a-la-UPC.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social (2021). *Resolución 2481 de 2020*. Obtenido de:https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx

Ministerio de Salud (2021). *Metodología para el seguimiento a la decisión de exclusión.* Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/metodologia-seguimiento-decision-exclusion-drbct.pdf

Ministerio de Salud (2021). *Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado.* Bogotá D.C., Colombia. Obtenido de: https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/UPC_S.aspx

Muñoz Segura, A. (s.f.). *Servicios sociales complementarios en Colombia*. Análisis jurídico. Obtenido de: http://ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---sro-lima/documents/publication/wcms_510742.pdf

Murillo Ballesteros, G. (2016). Propuesta de un sistema de costos ABC para la IPS Salud Confamiliares. Maestría en Administración. Universidad Nacional de Colombia Sede Manizales. Manizales – Caldas.

Osorio Vargas, E.; Quiroga Rodríguez, K. y Delgado Piraquive, L. (2021). Antecedentes y Análisis de los Impactos de la Ley de Presupuestos Máximos para las tecnologías No Cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud. Maestría en Administración en Salud. Universidad del Rosario. Bogotá, D.C.

Procuraduría General de la Nación (s.f.). Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud Seguimiento y control preventivo a las políticas públicas. Obtenido de: https://www.procuraduria.gov.co/portal/media/file/Publicaci%C3%B3n%20-%20Finanzas%20en%20Salud.pdf

Rendón Laura, M.; Agudelo Esteban y Valencia Naira, Y. (2019). *Impacto de la restricción al uso de medicamentos en un hospital de alta complejidad.* Artículo de investigación clínica. Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm., Vol. 48(2), 467-494. http://dx.doi.org/10.15446/rcciquifa.v48n2.82726

Riveros Pérez, E. y Amado Gonzáles, L. (2012). *Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos?* Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 11, núm. 23, pp. 111-120 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia.

Roldán Paula, N. (2021). *Modelo Económico.* Definición técnica. Obtenido el 30082021 a partir de: https://economipedia.com/definiciones/modelo-economico.html

Sentencia C-313/2015 (2015, 13 de octubre). Corte Constitucional. (Jorge Iván Palacio Palacio, M.P.). https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/t-313-15.htm

Tenorio Sepúlveda, G. (2020). *Técnicas e instrumentos de recolección de datos.* Artículo de revisión. Obtenido de: http://ri.utn.edu.mx/bitstream/handle/123456789/522/T%C3%A9cnicas%20e%20instrumentos%20de%20recolecci%C3%B3n%20de%20datos.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Universidad Nacional de Colombia (2017). *Conversatorio: ¿Cómo va la Ley Estatutaria de Salud?* Sede Bogotá. Obtenido de: http://pensamiento.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focosalud/img/Actividades_2017/Eventos/RESEN__A_DEL_EVENTO__CO__MO_VA_LA_LEY_ESTATUTARIA_DE_SALUD.pdf

Vaca Gonzáles, C. (2015). *El plan de beneficios de Colombia ¿Qué lecciones nos deja?* División de Protección Social y Salud. Banco Interamericano de Desarrollo – BID. Obtenido de: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Breve-8-El-plan-de-beneficios-de-Colombia-%C2%BFQu%C3%A9-lecciones-nos-deja.pdf

Vivas Michell (2021). *Conozca los cambios la resolución 205 de 2020 sobre presupuestos máximos.* Obtenido de: https://consultorsalud.com/presupuestos-maximos-modifican-resolucion-205/

. Yepes Carlos, E. y Marín, Y. A. (2018). *Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia.* Ensayo. Biomédica; 38:162-72. doi: https://doi.org/10.7705/biomedica v38i0.3594