



La salud
es de todos

Minsalud



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 202011200473771

Fecha: 02-04-2020

Página 1 de 1

Bogotá D.C.,

Magistrado

JOSÉ FERNANDO REYES CUARTAS

Sala de Seguimiento a la sentencia T – 760 de 2008

Corte Constitucional

Calle 12 No. 7 - 65 – Piso 2

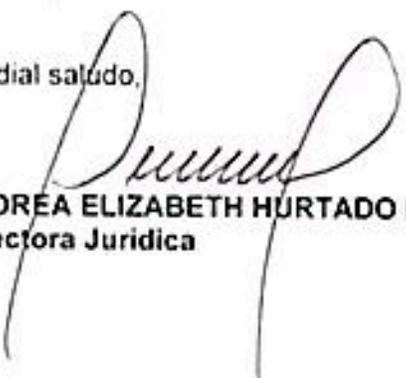
Bogotá, D. C.

Asunto: Oficio No. OPTB -352/20
"EXPEDIENTE T-1.281.247. ACCION DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y OTROS" – Seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008
Radicados MSPS 202042300395792 y 202042300399882

Honorable magistrado,

De acuerdo con la información suministrada por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Viceministerio de Protección Social de este Ministerio, de manera atenta remitimos en sesenta y un (61) folios, las respuestas a las preguntas formuladas en el marco del seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008, información que según lo solicitado en el auto del 11 de marzo de 2020, se envía al correo electrónico despacho05@corteconstitucional.gov.co, en formato pdf.

Cordial saludo,


ANDREA ELIZABETH HURTADO NEIRA
Directora Jurídica



Oficio No. OPTB – 352/20

REFERENCIA: *SEGUIMIENTO A LAS ÓRDENES VIGÉSIMA PRIMERA Y VIGÉSIMA SEGUNDA DE LA SENTENCIA T-760 DE 2008. SOLICITUD DE INFORMACIÓN. EXPEDIENTE T-1.281.247. ACCIÓN DE TUTELA INSTAURADA POR LUZ MARY OSORIO PALACIO CONTRA SALUD COLPATRIA Y OTROS*

Damos respuesta a las preguntas formuladas por esa Corporación, según auto del 11 de marzo de 2020, en el marco del seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la sentencia T-760 de 2008, así:

“(j) Atendiendo a que la principal fuente de información para determinar la suficiencia de la UPC proviene de las mismas EPS, pero estas no reportan de manera completa o de forma eficiente, explique ¿qué medidas han sido adoptadas para remediar esta dificultad y que resultados se ha obtenido con las mismas?”

Respuesta:

Con miras al mejoramiento de la calidad de la información utilizada para determinar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, especialmente, de la reportada por las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado – EPS-S, este Ministerio adoptó las siguientes medidas:

Asistencia técnica en sitio a las EPS-S

Como una nueva estrategia se realizaron visitas a las sedes principales de las EPS-S, con el objetivo de que estas suministren información confiable, actualizada, relevante, oportuna y con calidad tanto para la determinación de suficiencia de la UPC, como para el desarrollo de estudios que soporten las recomendaciones que se hacen a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en relación con el incremento de la UPC de los dos regímenes, la modificación de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo o actualización a los contenidos del Plan de Beneficios en Salud, financiados con la UPC.

Es así como desde el año 2017 se han venido programando y cumpliendo jornadas de capacitación, con el propósito de formular propuestas técnicas que sirvan de insumo al cálculo de la UPC, a través del estudio de suficiencia que este Ministerio adelanta anualmente. Se programaron en cada visita dos clases de sesiones de trabajo: la primera, directamente con las EPS y la segunda, con participación tanto de las EPS, como de su red prestadora de servicios de salud, con sede principal en el departamento anfitrión.

El primer asunto abordado en las visitas de asistencia técnica en sitio, ejecutadas a las EPS, fue conocer la forma como estas validaban la información, fuente para el informe del estudio de suficiencia de la UPC, y hacer un ejercicio para determinar y analizar la cobertura de información aportada por sus diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS.

En el marco de la asistencia técnica en sitio, brindada, se previó como metodología que las EPS realizaran el análisis de la información presentada por las IPS que conforman su red prestadora



de servicios de salud con sede en el departamento donde la EPS - S tiene su sede principal y que era objeto de visita, ejercicio en el cual, las EPS debían identificar y cualificar las principales inconsistencias advertidas en la información reportada por sus IPS, según se tratara principalmente de problemas de cobertura, consistencia o validación. De esta manera, se procederían a identificar las IPS con mayores dificultades que serían objeto de priorización y convocatoria a sesión de trabajo.

Producto de esta actividad, anualmente, en las vigencias solicitadas por esa Alta Corporación, se suministró acompañamiento, así:

Año 2017, asistencia técnica en sitio con EPS – S o IPS

Las EPS–S, que participaron de la actividad fueron COMFACOR, EMDISALUD, SAVIASALUD, CAJACOPI ATLÁNTICO AMBUQ, COMFAMILIAR CARTAGENA, COOSALUD E.S.S., MUTUALSER, ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC, ASMETSALUD, COMFAORIENTE, COMFAMILIAR HUILA, COMPARTA, CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMFENALCO, DUSAKAWI, COMFASUCRE, COMFAMILIAR NARIÑO, MALLAMÁS, PIJAOS, COMFAMILIAR GUAJIRA, ANAS WAYUU y CAPRESOCA.

Asistencia técnica en sitio a EPS – S, año 2017
Participación según EPS e IPS referidas y número de sesiones

	Tipo de entidad	Nombre de la entidad	Número de entidades IPS: personas jurídicas y mixtas - naturales convocadas, referidas por la EPS	Número de sesiones
Marzo de 2017				
Montevia	EPS	COMFACOR	1	1
	EPS	EMDISALUD	1	1
	IPS	COMFACOR	161	1
	IPS	EMDISALUD	125	1
Medellín	EPS	SAVIASALUD	1	2
	IPS	SAVIASALUD	277	2
Barranquilla	EPS	CAJACOPI ATLANTICO	1	1
	EPS	AMBUQ	1	1
	IPS	CAJACOPI ATLANTICO	125	1
	IPS	AMBUQ	152	1
Cartagena	EPS	COMFAMILIAR CARTAGENA	1	1
	EPS	COOSALUD E S S.	1	1
	EPS	MUTUALSER	1	1
	IPS	COMFAMILIAR CARTAGENA	98	1
	IPS	COOSALUD E S S.	121	1
	IPS	MUTUALSER	146	1
Popayán	EPS	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC	1	1
	EPS	ASMETSALUD	1	1
	IPS	AIC	95	1
	IPS	ASMETSALUD	112	1



	Tipo de entidad	Nombre de la entidad	Numero de entidades IPS: personas jurídicas y mixtas - naturales convocadas, referidas por la EPS	Numero de sesiones
Cúcuta	EPS	COMFAORIENTE	1	1
	IPS	COMFAORIENTE	90	1
			100	
Neiva	EPS	COMFAMILIAR HUILA	1	1
	IPS	COMFAMILIAR HUILA	89	1
Abril				
Bucaramanga	EPS	COMPARTA	1	1
	IPS	COMPARTA	147	1
Quibdó	EPS	C C F. COMFACHOCO	1	1
	IPS	C C F. COMFACHOCO	65	1
Valledupar	EPS	DUSAKAWI	1	1
	IPS	DUSAKAWI	89	1
Sincelejo	EPS	COMFASUCRE	1	1
	IPS	COMFASUCRE	116	1
Pasto/Ipiales	EPS	EMSSANAR	1	1
	EPS	COMFAMILIAR NARIÑO	1	1
	IPS	COMFAMILIAR NARIÑO	167	1
	IPS	EMSSANAR	148	1
	EPS	MALLAMAS	1	1
	IPS	MALLAMAS	132	1
Ibagué	EPS	PIJAOS	1	1
	IPS	PIJAOS		1
Riacha/Macao	EPS	COMFAMILIAR GUAJIRA	1	1
	IPS	COMFAMILIAR GUAJIRA	78	1
	EPS	ANAS WAYUU	1	1
Yopal	IPS	ANAS WAYUU	67	1
	EPS	CAPRESOCA	1	1
	IPS	CAPRESOCA	72	1

Fuente: Elaboración propia de los autores con información de las visitas de asistencia técnica. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social, 2017

Año 2018, asistencia técnica en sitio con EPS – S e IPS y descripción de actividades desarrolladas

A la luz de la finalidad en mención (confiabilidad, oportunidad y calidad, entre otros, de la información suministrada por las EPS – S para la determinación de la suficiencia de la UPC), la asistencia técnica en sitio en la precitada vigencia, se desarrolló con el cumplimiento de las siguientes tareas:



- ✓ Verificar los procesos y su relación con la información reportada sobre servicios para el estudio de suficiencia
- ✓ Conocer el proceso de validación y encuesta de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS
- ✓ Ejercicio trazabilidad factura con estudio de suficiencia

En este contexto, se brindaron capacitaciones a las EPS-S, para profundizar en el conocimiento de los sistemas de información, los resultados de las validaciones realizadas y las calidades previstas en la información solicitada para el estudio de suficiencia de la UPC. Igualmente, se generaron reuniones con las IPS de la red de prestadores de cada EPS-S, para fortalecer el entendimiento y optimizar el conocimiento de las validaciones de información del pagador (EPS-S), su correlación con la facturación de servicios y la utilización de ello como fuente primaria de la información exigida a las EPS para el estudio de suficiencia.

En desarrollo de este ejercicio, participaron 23 EPS-S y un total de 286 funcionarios, de los cuales, el 41% desempeñan funciones directivas como directores nacionales o seccionales, subdirectores, gerentes, coordinadores o líderes de área. Se logró también la participación de equipos multidisciplinarios, en representación de las diferentes áreas de la organización, como prestación de servicios, calidad, aseguramiento, cuentas médicas, financiera, contabilidad, áreas interculturales, autorizaciones, jurídica, afiliación y tecnologías de la información.

A cada una de las EPS-S, participantes en la asistencia técnica en sitio brindada, así como a su equipo de trabajo, se les socializaron los resultados de cobertura final de los datos validados, las principales causas de registro no válidos y la descripción del comportamiento de las IPS de la red, respecto del volumen de datos que representa la prestación de servicios de salud.

La información detallada aparece en la siguiente tabla:

Asistencia técnica a EPS – S - año 2018 - participación según tipo de funcionario y área representada

Departamento	EPS	Participación de las EPS		
		Total funcionarios	Total Directivos	Áreas representadas
Atlántico	AMBUQ	8	6	Prestación de servicios, TIC's, auditoría y calidad, administrativos
	CAJACOPI ATLÁNTICO	6	3	TIC's, planeación, aseguramiento, financiero, gestión de riesgo, cuentas médicas y contratación
Bolívar	MUTUAL SER	16		Contratación, Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS, financiera, auditoría, facturación, TIC's, prestación de servicios, contabilidad, redes, gestión de riesgo.
	COOSALUD EPSS	12	7	Gestión de riesgo, financiera, contratación, TIC's, salud, operaciones, gerencia general
	COMFAMILIAR CARTAGENA	10	2	TIC's, contabilidad, cuentas, administración, auditoría, gestión de riesgo, servicios de salud
Casanare	CAPRESOCA	7	4	Cuentas médicas, costos, auditoría, administrativos, asesora y líder de

**Asistencia técnica a EPS – S - año 2018 - participación según tipo de funcionario y área representada**

Departamento	EPS	Participación de las EPS		
		Total funcionarios	Total Directivos	Áreas representadas
				desarrollo
Cauca	ASMET SALUD	13	3	Prestación de servicios, TIC's, salud, gestión de riesgo.
	AIC	11	5	Aseguramiento, servicios de salud, cuentas médicas, TIC's
Cesar	DUSAKAWI	16	11	Calidad, auditoría, estadística, área intercultural, TIC's, cuentas médicas, prestación de servicios.
Córdoba	COMFACOR	12	7	Cuentas médicas, salud, TIC's, redes, gestión de riesgo, autorizaciones
	EMDISALUD	19	15	TIC's, aseguramiento, alto costo, cartera, contabilidad, cuentas médicas
La Guajira	ANAS WAYUJ EPSI	6	6	TIC's, servicios de salud, aseguramiento, gestión de riesgo, planeación
	COMFAMILIAR GUAJIRA	9	3	TIC's, auditoría médica, cuentas médicas, calidad, contratación
Huila	COMFAMILIAR HUILA	21	3	Cuentas médicas, gestión de riesgo, TIC's, administración
Nariño	MALLAMÁS	33	6	Auditoría, estadística, TIC's, aseguramiento, área intercultural.
	EMSSANAR	21	6	Auditoría médica, TIC's, comercial, salud, contratación, promoción y prevención, calidad, servicios de salud
	COMFAMILIAR NARIÑO	8	1	Cuentas médicas, TIC's, jurídica, auditoría
Norte de Santander	COMFAORIENTE	18	9	Cuentas médicas, contratación, servicios de salud, atención al afiliado, autorizaciones, afiliación y registro, contratación, contabilidad
Santander	COMPARTA	6	5	Servicios de salud, financiera, servicios de salud, calidad
Tolima	PUAJOS SALUD	7	0	Control interno, calidad, contratación, contabilidad
Chocó	COMFACHOCO	11	5	Administración, cuentas médicas, TIC's
Antioquia	SAVIA SALUD	7	7	TIC's, contabilidad, cuentas médicas
Sucre	COMFASUCRE	9	4	calidad, gestión de riesgo, auditoría médica, redes, Comité Técnico-Científico - CTC, afiliación y registro

Fuente: Elaboración propia de los autores con información de las visitas de asistencia técnica en sitio. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social - 2018

Para las sesiones de asistencia técnica en sitio, a la red de prestadores de servicios de salud se les convocó a través de la respectiva EPS-S, particularmente, a aquellas IPS ubicadas en los departamentos donde la EPS-S tuviera su sede principal y que fueran identificadas por estas como los prestadores con mayores inconvenientes respecto de la calidad de la información.



Participaron 696 IPS públicas y privadas y 1.085 funcionarios, contados en forma global (pudieron asistir a varias sesiones, según fueran parte de la red de prestadores de la EPS-S y hubieren sido convocados por esta). En la tabla siguiente se encuentra la información detallada respecto de dicho evento, así:

Asistencia técnica IPS de la red de EPS-S, año 2018. Participación según IPS y número de funcionarios asistentes

Departamento	EPS	N° de asistentes por parte de las IPS	No total de IPS representadas
Atlántico	AMBUQ	13	7
	CAJACOPI ATLANTICO	50	32
Bolívar	MUTUAL SER	30	16
	COOSALUD EPSS	23	9
	COMFAMILIAR CARTAGENA	37	18
Casanare	CAPRESOCA	44	28
Cauca	ASMET SALUD	51	29
	AIC	20	13
Cesar	DUSAKAWI	50	27
Córdoba	COMFACOR	55	33
Córdoba	EMDISALUD	41	31
La Guajira	ANAS WAYUU EPSI	70	46
	COMFAMILIAR GUAJIRA	31	19
Huila	COMFAMILIAR HUILA	52	32
Nariño	MALLAMÁS	110	64
	EMSSANAR	35	22
	COMFAMILIAR NARIÑO	31	19
Norte de Santander	COMFAORIENTE	101	64
Santander	COMPARTA	26	17
Tolima	PIJAOS SALUD	44	23
Choco	COMFACHOCO	48	41
Antioquia	SAVIA SALUD	69	47
Sucre	COMFASUCRE	34	19

Fuente: Elaboración propia de los autores con información de las visitas de asistencia técnica, Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social, año 2019

Año 2019, asistencia técnica en sitio con EPS – S e IPS y descripción de actividades desarrolladas

En el mes de abril de 2019 se reanudó la asistencia técnica en sitio que se venía realizando en el año anterior. Puntualmente, la asistencia se enfocó en las EPS – S, que tienen su sede principal en Bogotá, D. C, lo que no obstó para que participaran, algunas otras.

Fue así como en cuanto a Bogotá, D. C, las EPS – S, a las cuales se les brindó la asistencia en dicha oportunidad, fueron CAPITAL SALUD, COMFACUNDI, CONVIDA y MEDIMAS. Esta actividad también abarcó a las EPS Saviasalud de la ciudad de Medellín y Dusakawi que corresponde a una EPS Indígena – EPSI, de la ciudad de Valledupar.



Dentro de las actividades que comprendió la asistencia, se encuentran la verificación de los procesos relacionados con la información de las bases de servicios aportados para el estudio de suficiencia, la verificación del proceso de validación de información de RIPS y un ejercicio respecto de la trazabilidad de la factura, que incorporó información fuente del estudio de suficiencia.

Asistencias técnicas realizadas en el año 2019

Ciudad	EPS	Fecha de Asistencia
Bogotá	CAPITAL SALUD	27 marzo de 2019
Bogotá	MEDIMAS	26 marzo de 2019
Valledupar	DUSAKAWI	01 al 04 abril de 2019
Bogotá Video conferencia	SAVIA SALUD	08 abril de 2019
Bogotá	COMFACUNDI	09 abril de 2019
Bogotá	CONVIDA	24 abril de 2019
Popayán	Asociación Indígena del Cauca - EPSI	14 a 16 de agosto de 2019

Fuente: Elaboración propia de los autores con información de las visitas de asistencia técnica Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social 2019

Resultados:

El trabajo con cada EPS-S permitió revisar específicamente los resultados de su información y analizar las causas más relevantes que afectan la calidad de los datos. Fue así como se revisaron de manera pormenorizada cada una de las reglas de validación que se aplican a la información y se solucionaron los inconvenientes expuestos en cada tema. También se profundizó en que se comprendiera la importancia que tiene la fuente primaria y la información que se reporta, inclusive, se realizó un ejercicio de concordancia entre la información de una factura presentada por la IPS y su correlación con los datos que fueron reportados en el informe de suficiencia.

Para las sesiones con la red de prestadores se presentaron los resultados de la EPS-S y la descripción detallada de cada una de las reglas de calidad que este Ministerio aplica a la información que las EPS-S presentan para el informe de suficiencia. Se hizo énfasis en la necesidad de que los prestadores diferenciaron tales reglas, en virtud de las condiciones contractuales pactadas.

Se logró que las EPS-S conocieran las inquietudes de los prestadores y aclararan todas las circunstancias planteadas, en procura del mejoramiento en la calidad de la información. La dinámica fue enriquecedora, en la medida en que este espacio ha permitido tanto a las EPS – S, como a su red de prestadores, revisar la importancia del reporte de la información y consolidar acuerdos entre ellos, respecto de las diferencias advertidas.

Fue del interés de las IPS acceder a las tablas de referencia para implementar reglas de validación que este Ministerio ha dispuesto a través de la Dirección de Regulación de



Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, al considerarlas muy importantes para su aplicación al interior de la respectiva entidad.

Conclusión:

Se evidencia que las EPS- S fortalecieron sus procesos para construir la información requerida para el estudio de suficiencia de la UPC, dado que se incrementó el reporte en registros y valor.

En cuanto al proceso de retroalimentación, gracias a las asistencias técnicas en sitio brindadas por este Ministerio, las justificaciones estuvieron acorde con los lineamientos que se han emitido, ya que la información enviada mejoró en cuanto a calidad. Sin embargo, el reto continúa siendo que la información sea cada vez más representativa.

“(ii) ¿Qué acciones desplegó como ente regulador para consolidar un adecuado sistema de información en el sector salud y solucionar las deficiencias del mismo? Expliqué:

Respuesta:

Con relación al sistema de información en el sector salud, y con el fin de mejorar la calidad de la información, especialmente, de la reportada por las EPS-S, este Ministerio ha venido adelantando las siguientes acciones:

- **Implementación de una solución tecnológica de mayor alcance, denominada ELT (Extract, Load, Transform), por sus siglas en inglés**

Como se ha puesto de presente ante la Corte Constitucional, hasta el mes de mayo de 2017 los procesos de recolección, validación y retroalimentación de la información que entregaban las EPS, se adelantaban a través de una solución tecnológica obsoleta y limitada en la capacidad de archivos que recibía, lo que generaba que sólo se pudiera disponer de información validada, tres (3) meses después de haberse recibido.

Sin embargo, con el objeto de superar esta situación y por tanto, que la información enviada por las EPS fuera de mayor alcance, se dio inicio a un proceso de compilación de datos e inteligencia de negocio, que parte de un número ilimitado de fuentes para su posterior organización y centralización, conocido como ELT (Extract, Load, Transform), por sus siglas en inglés.

La implementación de la referida tecnología inició en el mes de junio del 2017, en el año 2018 se efectuaron importantes ajustes como la optimización para el reporte del certificado de gasto, cuyo diligenciamiento realizan las EPS, agilizando el tiempo de respuesta y evitando reprocesos manuales. En el mes de enero del año 2019, culminó la implementación de la referida solución tecnológica.

Beneficios arrojados con su puesta en marcha

- ✓ Disponer de un sistema de información completamente escalable
- ✓ Centralización de la información, garantizando gobernabilidad y seguridad
- ✓ Manejo de grandes volúmenes de datos



- ✓ Reducción en el tiempo de validación de la información, pasando de tres (3) meses a dos (2) semanas
- ✓ El proceso de retroalimentación, vale decir, de las posibles inconsistencias detectadas en la información reportada por las EPS, se hace en línea, por lo que estas, mediante el aplicativo denominado (Sistema de Reporte para EPS – SIREPS), que también constituye un avance en el mejoramiento de la calidad de la información y al que referiremos más adelante, pueden descargar la información generada en el marco del referido proceso de retroalimentación.
- ✓ Adicionalmente, de forma automática se les envía correo electrónico a las precitadas entidades, comunicándoles los resultados de la mencionada gestión.
- ✓ Construcción de controles de mando para monitorear el estado de la información en tiempo real
- ✓ Accesibilidad a la información: los usuarios podrán acceder a la información sin importar el tipo de fuente
- ✓ Apoyo en la toma de decisiones
- ✓ Orientación al usuario final. Se busca independencia entre conocimientos técnicos de los usuarios y su capacidad para utilizar estas herramientas
- ✓ Los diferentes usuarios de esta información tienen acceso a una herramienta de análisis que les permite seleccionar y trabajar los datos que requieren
- ✓ Se optimizó el proceso de validación y retroalimentación, así como la transformación de los datos reportados por las EPS para los análisis efectuados por el Ministerio de Salud y Protección Social, orientados a generar los diferentes cálculos que permiten determinar la UPC

➤ **Implementación del Sistema de Reporte para EPS - SIREPS**

Esta herramienta web fue implementada en el mes de marzo del año 2018 y a ella se accede a través del enlace <https://mivoxpopuli.minsalud.gov.co/Suficiencia/Home>.

Luego de su puesta en marcha y a lo largo de la citada vigencia, se realizaron mejoras, al punto que actualmente la herramienta en cuestión cuenta con un tablero que muestra al usuario final archivos cargados, número de registros, tipo de registro, totales y el estado, es decir, el proceso de validación en el que se encuentra cada archivo.

Asimismo, se optimizaron las pantallas para cargue del formato de cobertura y certificación del gasto, contando con una herramienta intuitiva y de fácil uso por parte del usuario final.

Igualmente, se avanzó en la construcción de nuevas reglas de validación que buscan garantizar una mayor confiabilidad en los datos entregados por las EPS, algunas de estas calidades tienen una progresión a través del tiempo con el fin de ir mejorando tanto la fuente secundaria (EPS), como la primaria (IPS). En la actualidad, a través de la página web este Ministerio, se dispone la publicación de las codificaciones para los sistemas de información del país, lo cual permite que tanto las EPS, como las IPS, conozcan las condiciones que debe contener el reporte de información.

Esta herramienta web, permite:



- ✓ El reporte de información por parte de otros agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud -SGSSS (operadores logísticos, droguería y proveedores), que en su carácter de tal, no se inscriben en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS.
- ✓ Diligenciar el formato de cobertura y generar el certificado del gasto, como actividad a cargo de las EPS
- ✓ Acceder a la respuesta de las EPS en los procesos de retroalimentación, así: i) descargando las inconsistencias de la información enviada una vez aplicados los procesos de validación; y ii) enviando los archivos maestros y las justificaciones por cada grupo de calidad

➤ **Utilización de la herramienta MIPRES en el Régimen Subsidiado**

El disponer de información en línea e interconectada con las diferentes fuentes manejadas por este Ministerio, permite la consolidación de adecuados sistemas de información.

A la luz de este propósito se implementó la herramienta tecnológica MIPRES, para el acceso, reporte de prescripción y suministro tanto de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, como de servicios complementarios, que actualmente viene operando en su totalidad en los dos regímenes (contributivo y subsidiado).

Dicho mecanismo también estuvo motivado por la observancia a la orden trigésima de la sentencia T-760 de 2008, a cuyo tenor, se debían desplegar las acciones para que los referidos servicios fueran autorizados directamente por el profesional de la salud tratante y de forma consecuente, contrarrestar las demoras en la prestación de estos servicios, generadas por aspectos como la solicitud de autorizaciones. MIPRES, además, materializa la aplicación de la Ley Estatutaria en Salud (1751 de 2015), en dos sentidos, a saber: i) la autonomía médica y ii) la remoción de barreras de acceso, como lo llegó a ser la autorización que impartían los Comités Técnico Científicos - CTC.

La puesta en marcha de la citada herramienta ha permitido el acceso tanto a las tecnologías en salud no financiadas con la UPC, como a los servicios complementarios, sin que medie ningún tipo de autorización y cuyo suministro obedece a tiempos determinados.

Particularmente, en lo que respecta a los afiliados al Régimen Subsidiado, la Resolución 2438 de 2018, preceptúa:

“Artículo 33. Las EPS y las entidades territoriales deberán garantizar el suministro efectivo al afiliado de la tecnología en salud no financiadas con recursos de la UPC o de los servicios complementarios, de acuerdo con la red definida, teniendo en cuenta los siguientes términos:

1 Ambulatorio no priorizado: Dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la fecha de la prescripción.

2 Ambulatorio priorizado: Dentro de las veinticuatro (24) horas a partir de la fecha de la prescripción.

3 Atención hospitalaria con internación, domiciliaria o de urgencias: Dentro de un tiempo máximo de veinticuatro (24) horas. Este mismo término aplica respecto de las prestaciones contenidas en el artículo



54 de la Ley 1448 de 2011 o las normas que modifiquen o sustituyan a las víctimas de que trata el artículo 3 de la citada ley.

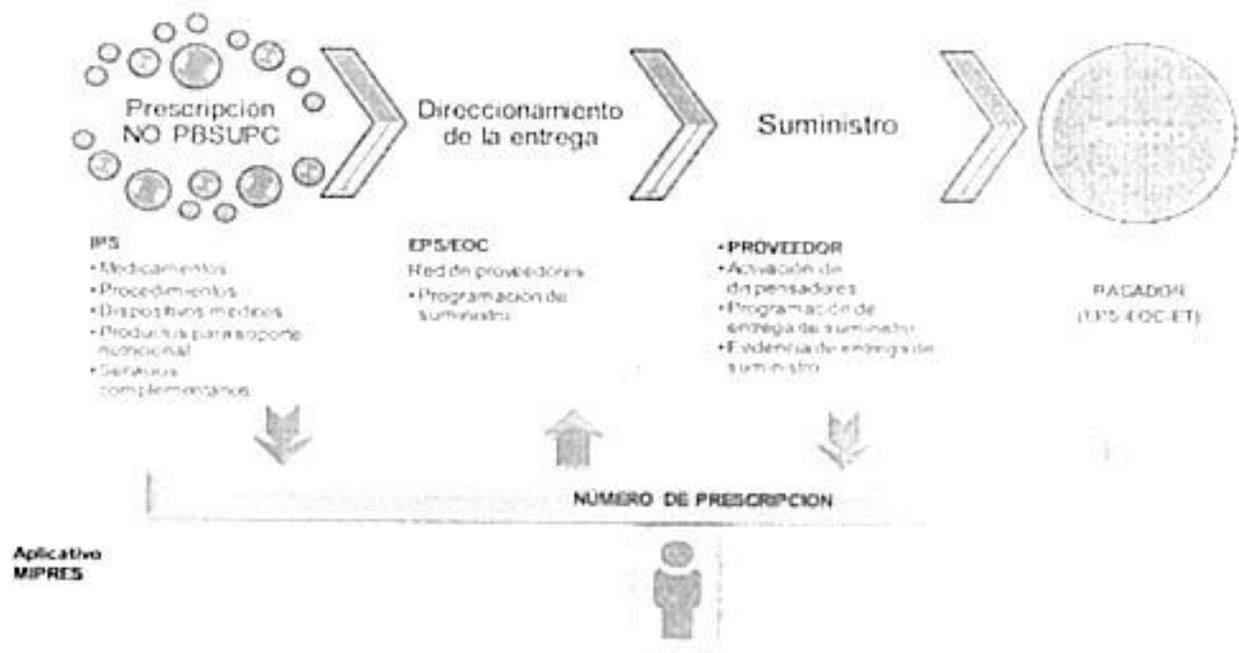
El riesgo inminente para la salud del paciente deberá constar en la historia clínica y en la herramienta tecnológica y en ningún caso se podrán generar barreras de acceso al servicio por situaciones administrativas.

Parágrafo 1. En el caso de medicamentos, procedimientos (tecnologías en salud) que requieran trámites específicos, como importación, preparaciones especiales, entre otros, deberá garantizarse el suministro en un término prudencial, sin dilaciones, en cumplimiento del principio de oportunidad de que trata el artículo 6 de la Ley 1751 de 2015. En el caso de medicamentos vitales no disponibles, este tiempo no podrá exceder los 45 días calendario después de la autorización del INVIMA. En cualquier caso, deberá garantizarse la continuidad en la prestación del servicio de salud y el suministro del medicamento correspondiente de tal manera que no se afecte la adherencia al tratamiento y se ponga en riesgo la salud del paciente”.

El establecimiento de términos puntuales, apunta a evitar dilaciones en el suministro efectivo de los servicios y tecnologías no financiadas con la UPC.

De manera adicional, la herramienta tecnológica en cuestión, cuenta con un nuevo desarrollo que permite la captura de la información relacionada con la entrega de las tecnologías desde el proveedor y el distribuidor, posibilitando disponer de información desde la prescripción, hasta el suministro. Este desarrollo se encuentra disponible desde el 1º de marzo de 2019 y aplica tanto para el Régimen Contributivo, como para el Subsidiado.

Gráfico sobre procesos de la herramienta de prescripción y suministro - MIPRES





Ahora bien, en el marco de la Resolución 1885 de 2018, en el aplicativo MIPRES se han hecho actualizaciones y/o creación de catálogos de variables transversales, a saber, procedimientos-CUPS; medicamentos, Medicamentos Vitales No disponibles; productos nutricionales, dispositivos médicos, servicios complementarios, publicación de codificaciones para los sistemas de información del país, todo lo cual se puede consultar en www.minsalud.gov.co y permite la unificación del lenguaje, para contrarrestar divergencias interpretativas.

Ingreso de las entidades territoriales a la Plataforma MIPRES

Esta asunto se encuentra regulado por la Resolución 2438 de 2018. Ahora, como se ha puesto de presente ante esa Corporación, el ingreso de las entidades territoriales a la plataforma MPRES, se dio de manera escalonada, tal como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla. Ingreso de las entidades territoriales (departamentos y distritos a la Plataforma MIPRES)

Nº	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	TIPO DE ENTIDAD TERRITORIAL	FECHA DE ENTRADA EN OPERACIÓN MIPRES
1	NARIÑO	DEPARTAMENTO DE NARIÑO	DEPARTAMENTO	01/10/2018
2	ATLANTICO	DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO	DEPARTAMENTO	01/01/2019
3	CAUCA	DEPARTAMENTO DEL CAUCA	DEPARTAMENTO	01/01/2019
4	BOGOTA	BOGOTÁ, D.C.	DISTRITO	01/01/2019
5	CASANARE	DEPARTAMENTO DEL CASANARE	DEPARTAMENTO	01/02/2019
6	QUINDIO	DEPARTAMENTO DEL QUINDIO	DEPARTAMENTO	01/03/2019
7	SUCRE	DEPARTAMENTO DE SUCRE	DEPARTAMENTO	12/03/2019
8	MAGDALENA	SANTA MARTA	DISTRITO	18/03/2019
9	CUNDINAMARCA	DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
10	RISARALDA	DEPARTAMENTO DE RISARALDA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
11	CAQUETA	DEPARTAMENTO DEL CAQUETA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
12	CALDAS	DEPARTAMENTO DE CALDAS	DEPARTAMENTO	01/04/2019
13	VALLE DEL CAUCA	DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
14	BOYACA	DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	DEPARTAMENTO	01/04/2019
15	BOLIVAR	DEPARTAMENTO DE BOLIVAR	DEPARTAMENTO	01/04/2019
16	CORDOBA	DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
17	MAGDALENA	DEPARTAMENTO DEL MAGDALENA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
18	LA GUAJIRA	DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
19	CE SAR	DEPARTAMENTO DEL CESAR	DEPARTAMENTO	02/04/2019
20	NORTE DE SANTANDER	DEPARTAMENTO DEL NORTE DE SANTANDER	DEPARTAMENTO	02/04/2019
21	GUAINIA	DEPARTAMENTO DEL GUAINIA	DEPARTAMENTO	01/04/2019
22	ATLANTICO	BARRANQUILLA	DISTRITO	01/04/2019
23	TOLIMA	DEPARTAMENTO DEL TOLIMA	DEPARTAMENTO	04/04/2019
24	HUILA	DEPARTAMENTO DEL HUILA	DEPARTAMENTO	05/04/2019
25	GUAVIARE	DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE	DEPARTAMENTO	05/04/2019
26	BOLIVAR	DISTRITO DE CARTAGENA	DISTRITO	08/04/2019



27	SANTANDER	DEPARTAMENTO DE SANTANDER	DEPARTAMENTO	08/04/2019
28	VAUPES	DEPARTAMENTO DEL VAUPES	DEPARTAMENTO	17/04/2019
29	META	DEPARTAMENTO DEL META	DEPARTAMENTO	16/04/2019
30	PUTUMAYO	DEPARTAMENTO DEL PUTUMAYO	DEPARTAMENTO	17/04/2019
31	ARAUCA	DEPARTAMENTO DEL ARAUCA	DEPARTAMENTO	23/04/2019
32	SAN ANDRES	DEPARTAMENTO DEL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	DEPARTAMENTO	26/04/2019
33	CHOCO	DEPARTAMENTO DEL CHOCO	DEPARTAMENTO	13/05/2019
34	VICHADA	DEPARTAMENTO DEL VICHADA	DEPARTAMENTO	01/06/2019
35	AMAZONAS	DEPARTAMENTO DEL AMAZONAS	DEPARTAMENTO	03/07/2019
36	VALLE DEL CAUCA	DISTRITO DE BUENAVENTURA	DISTRITO	01/08/2019
37	ANTIOQUIA	DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA	DEPARTAMENTO	01/10/2019

Fuente: Oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones – TIC del Ministerio de Salud y Protección Social - MIPRES

Como se observa, en el segundo semestre del 2018, particularmente, el 1º de octubre, esta herramienta fue implementada por el departamento de Nariño, y durante el 2019 lo hicieron 36 entes territoriales (distritos y departamentos).

Con corte al 31 de diciembre de 2019 se tienen los siguientes resultados:

Tabla. Comportamiento de MIPRES – Regimen Subsidiado

	REGIMEN SUBSIDIADO (1-oct-2018 a 31-dic-2019)
Departamentos	37
Municipios	750
EPS	47
IPS – sedes	4.180
IPS - Profesional independiente sedes	300
Prescriptores	36.962
Pacientes	566.444

Fuente: Oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones – TIC del Ministerio de Salud y Protección Social - MIPRES - Corte: 31/12/2019

Tabla. Numero de prescripciones y tecnologías en salud, realizadas a través de MIPRES

Tipos de tecnologías en salud y servicios complementarios	REGIMEN SUBSIDIADO (1-oct-2018 a 31-dic-2019)
Prescripciones	1.190.792
Medicamentos	951.115
Procedimientos	79.597
Dispositivos medicos	390
Productos nutricionales	161.375
Servicios complementarios	133.729
Total tecnologías y servicios complementarios	1.326.206

Fuente: Oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones – TIC del Ministerio de Salud y Protección Social - MIPRES - Corte: 31/12/2019

Tabla. Cuadro comparativo con el Regimen Contributivo de tipos de tecnologías en salud y servicios complementarios

	REGIMEN SUBSIDIADO (1-oct-2018 a 31-dic-2019)	REGIMEN CONTRIBUTIVO (1-dic-2016 a 31-dic-2019)
Relación tecnologías en salud y servicios complementarios por prescripción	1,11	1,18
Medicamentos	72%	86%
Procedimientos	6%	7%
Dispositivos medicos	0%	0%



La salud
es de todos

Minsa
Minsaalud

Productos nutricionales	12%	4%
Servicios complementarios	10%	3%

Fuente: Oficina de Tecnología de la Información y las Comunicaciones – TIC del Ministerio de Salud y Protección Social – MIPRES – Corte: 31/12/2019

Tabla. Top 10 de diagnósticos CIE10 MIPRES - Regimen Subsidiado (1-oct-2018 a 31-dic-2019)

DIAGNOSTICO PRINCIPAL - CIE 10	Número de Personas	Número de Prescripciones	% PRESCRIPCIONES
J44.9 - ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA, NO ESPECIFICADA	29.323	56.744	4%
R12.9 - INCONTINENCIA URINARIA, NO ESPECIFICADA	26.694	51.664	3%
M31.0 - SINDROME SECO (SjOGREN)	39.416	50.070	3%
E44.0 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA MODERADA	21.852	32.168	2%
E43.9 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	18.787	29.155	2%
I10.9 - HIPERTENSION ESENCIAL (PRIMARIA)	16.769	26.933	2%
E11.9 - DIABETIS MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION	16.882	26.001	2%
H40.1 - GLAUCOMA PRIMARIO DE ANGULO ABIERTO	14.963	23.674	2%
E44.9 - DESNUTRICION PROTEICOALORICA, NO ESPECIFICADA	15.081	22.241	1%
I48.9 - FIBRILACION Y ALETTOAURICULAR, NO ESPECIFICADO	11.394	17.440	1%
TOTAL DIAGNOSTICOS		7.013	

MIPRES en el marco de presupuesto máximo

Finalmente, es de precisar que desde el pasado 1º de marzo, entró en operación el presupuesto máximo¹, que corresponde a la transferencia de recursos para que las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado, garanticen los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC, en los componentes de medicamentos, Alimentos para Propósitos Médicos Especiales – APME, procedimientos y servicios sociales complementarios, los cuales deben ser registrados en la plataforma MIPRES, para posterior seguimiento, control y monitoreo de los recursos, acorde con los acondicionamientos que se están realizando a la plataforma MIPRES.

- Integración de diferentes fuentes de información para la validación y retroalimentación de la información enviada por las EPS

Al final de cada vigencia, este Ministerio solicita a las EPS la remisión de información relacionada con la totalidad de tecnologías en salud y servicios prestados, para ser incluida en el estudio de suficiencia de la UPC, detallando las especificaciones que dicha información debe cumplir. Igualmente, les indica las fechas de reporte y las plataformas dispuestas para el envío de los datos.

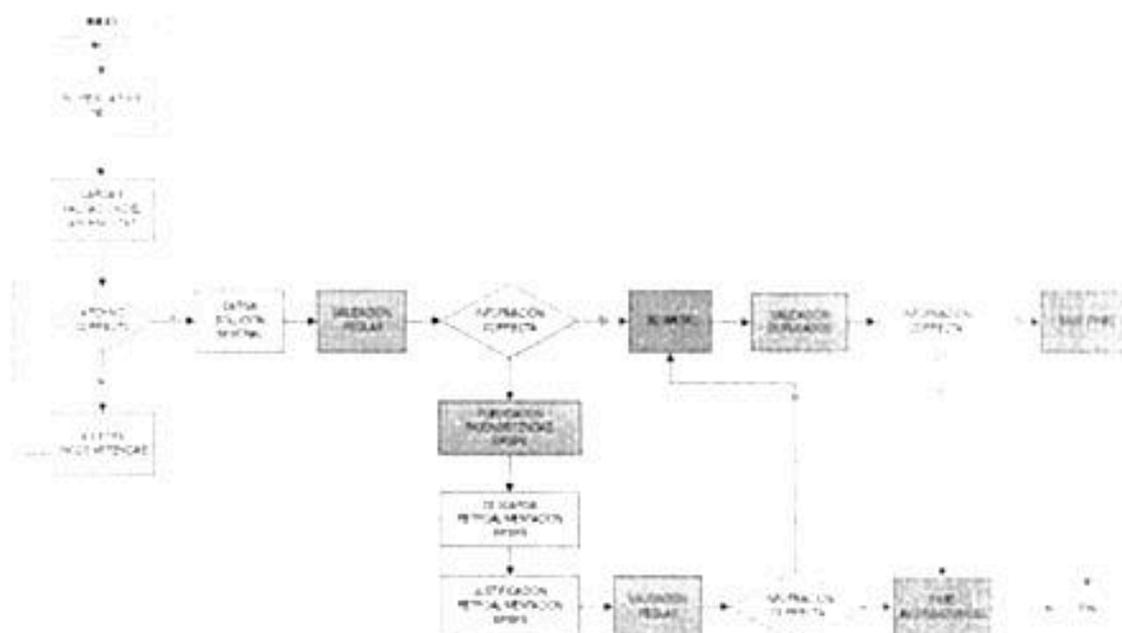
Ahora bien, con la implementación de la mencionada solución tecnológica (ELT), se posibilita la recepción, validación y retroalimentación de la información enviada por las EPS, de una manera integrada, óptima y segura, garantizando no solamente la calidad de la información que sea seleccionada para el estudio de suficiencia de la UPC, sino también la confiabilidad y transparencia de los procesos para todos los actores involucrados.

Bajo este marco, las diferentes plataformas tecnológicas del Ministerio de Salud y Protección Social, como PISIS, SIREPS, se encuentran disponibles a la solución tecnológica ELT, para el recaudo de información necesaria en el estudio de suficiencia de la UPC.

- Mejora en la malla de validación

Diagrama de flujo de información

¹ Resoluciones 205 y 206 de 2020



Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud – Dirección de Financiamiento Sectorial - Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2018

Procesamiento de información

Una vez recibida la información enviada por las EPS a través de la plataforma PISIS, se da inicio al proceso de validación, consistente en aplicar las reglas de calidad establecidas a la información recibida, para verificar el cumplimiento de las especificaciones y garantizar la calidad en el procesamiento de los datos. Producto de lo anterior, se conforma la base de datos inicial, con la información que en principio supera el proceso de validación.

Con los registros que no superaron la validación, se conforman los archivos de retroalimentación por cada EPS, los cuales se disponen en archivos maestros (archivos planos), por tipo de registro, para que cada EPS los descargue y envíe las respectivas justificaciones dentro de los plazos establecidos y según los requerimientos definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Recibidas las justificaciones de las EPS, se realiza nuevamente la validación de la información y se incorporan a la base de datos los registros que finalmente cumplan las reglas de calidad exigidas.

Estas reglas de calidad están conformadas por grupos, en los que se verifican distintos aspectos de los archivos remitidos, a saber, estructura, contenido, cruces de información, población, verificación de atenciones, días de estancia e ingresos hospitalarios, dosis máxima de dispensación, cruces entre Clasificación Única de Procedimientos en Salud - CUPS, Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE-10 y consistencia de la información financiera.



Frente a esto último (consistencia de la información financiera), se realiza la verificación financiera, desde los correspondientes estados, reportados a la Superintendencia Nacional de Salud.

En este marco, se efectúa el análisis de los valores reportados en la certificación del gasto, comparado con la base de prestación de servicios de salud, en relación con el gasto en salud y los ingresos reportados en los estados financieros.

Para tal efecto, se corren dos tipos de validación de las variables de gasto: i) una validación interna, que compara los datos de gasto, declarados por la EPS, frente a los datos de gastos soportados en la base de datos, y ii) una validación externa, que compara los datos declarados por la EPS, contra los estados financieros.

De igual forma, se realiza una validación de los ingresos entre los datos arrojados en el marco del proceso de compensación por afiliado, equivalente en el Régimen Contributivo y los ingresos por afiliado, equivalente de la Liquidación Mensual de Afiliados - LMA en el Régimen Subsidiado, contra los datos de ingresos declarados en los estados financieros por parte de las EPS, ante la SNS.

Las coberturas de la información se expresan como el cociente entre los valores soportados en la base de datos y los declarados; otro cociente, entre los valores declarados y los de los estados financieros para los gastos y un cociente adicional, entre los valores de los ingresos por afiliado y los valores de los ingresos en los estados financieros, en los que un valor de 100% se considera que representa el dato oficial.

Adicional a lo anterior, se realiza un análisis financiero con el fin de evidenciar el comportamiento de las cuentas más relevantes en los ingresos, gastos y costos médicos.

Luego de los procesos de calidad y su correspondiente retroalimentación hacia la fuente, se consolida la base de datos final y se define la cobertura de la información, que es un porcentaje derivado de la relación entre el valor total de los procedimientos, medicamentos e insumos, reportados por cada EPS y el gasto total, certificado por el representante legal y el revisor fiscal de cada EPS. En concreto, se verifica la cobertura de cada tipo de registro, con respecto al universo de datos que debieron ser reportados por los prestadores de servicios de salud a las EPS, los registros válidos y los valores soportados en la base de datos.

Adicional a lo anterior, se identifican los numeradores y denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura, teniendo en cuenta dos variables de referencia, a saber, el ámbito en el que se realizó la prestación del servicio, y la forma de reconocimiento o pago de dicho servicio. Cuando se dan todas las formas de reconocimiento o pago en todos los ámbitos de prestación, se obtiene un total de sesenta indicadores por EPS.

Para seleccionar las EPS con cobertura de calidad estadísticamente aceptable y que, por tanto, pueden hacer parte del estudio, se toman las coberturas de valor mayor o igual al 90%; sin embargo, cuando las EPS no alcanzan este porcentaje, se determina el percentil 75, donde son eliminados los valores por encima de 100% y se procede a realizar la selección del conjunto de EPS que pasan, revisando que en ningún caso las coberturas sean inferiores al 80%, dado que se estima que por debajo de ese nivel, se pone en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia.



Selección de EPS para el estudio de suficiencia

Luego de los procesos de calidad y las correspondientes retroalimentaciones, se consolida la base de datos final y se procede a definir la cobertura de la información, que es un porcentaje derivado de la relación entre el valor total de los procedimientos, medicamentos e insumos, reportados por cada EPS y el gasto total, certificado por su representante legal y revisor fiscal.

Al punto, debe señalarse que los indicadores de cobertura tienen en cuenta las dos variables de referencia, a saber, el ámbito en el que se realizó la prestación del servicio y la forma de su reconocimiento o pago, de tal manera que cuando se combinan todas las formas de reconocimiento o pago en todos los ámbitos de prestación, se obtiene un total de sesenta indicadores por aseguradora.

La selección de las aseguradoras con cobertura de calidad estadísticamente aceptable, y que por lo tanto, pueden hacer parte del estudio, se realiza según la fórmula referida líneas atrás, vale decir, las que tienen coberturas cuyo valor sea mayor o igual al 90% y en lo demás, como quedó allí establecido.

- **Mejora en el sistema de información para recaudar datos que permitan la clara identificación de los afiliados**

Sistema de Afiliación Transaccional -SAT

Entre las herramientas digitales introducidas al Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS, se tiene el SAT, en su componente salud, a través del portal miseguridadsocial.gov.co, el cual dispone de las funcionalidades para que los usuarios puedan registrarse y autenticarse, realizar las transacciones de afiliación, reportar novedades, registrarse con el "rol empleador", y consultar sobre la condición de afiliación en el SGSSS. El SAT, valida en línea, frente a tablas de referencia, la existencia del tipo y número de documento, las reglas para la transacción y la integridad del dato a ingresar a la base de datos, lo que garantiza calidad en la data.

Al 31 de marzo de 2020 se tenían 2.282.878 ciudadanos registrados, 11.087 empleadores persona jurídica y 23.093 empleadores persona natural. A esta fecha se encuentran en operación las funcionalidades relacionadas con: a) registro y autenticación de usuarios, b) registro de aportantes, c) traslado de EPS, d) inclusión y retiro de beneficiarios, e) actualización de datos complementarios, f) actualización documento de identidad, g) reinscripción de una EPS, h) movilidad al Régimen Subsidiado, i) reporte de internación, h) inicio de relación laboral (piloto), i) afiliación de oficio, j) afiliación al SGSSS, k) adquisición y pérdida de capacidad de pago.

Es de destacar que el SAT ha sido ampliamente acogido por los usuarios, particularmente, en lo referente a traslados entre EPS, como quiera que facilita la libre elección de la entidad aseguradora.



A continuación se presenta el comportamiento de traslado de EPS, en 2018, 2019 y 2020:

AÑO	Personas trasladadas
2018	355,153
2019	1,383,858
A 31 de marzo 2020	368,467

Igualmente, con corte al 2 de abril de 2020, a continuación se relaciona la distribución de la población registrada en el SAT, por departamento:

AMAZONAS	1143
ANTIOQUIA	344288
ARAUCA	7611
ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y	2040
ATLÁNTICO	155018
BOGOTÁ, D. C.	535559
BOLÍVAR	94531
BOYACÁ	65424
CALDAS	41823
CAQUETÁ	12534
CASANARE	18457
CAUCA	38458
CESAR	47805
CHOCÓ	3491
CÓRDOBA	49404
CUNDINAMARCA	121295
GUAINÍA	767
GUAVIARE	1710
HUILA	51807
LA GUAJIRA	19101
MAGDALENA	60046
META	49905
NARIÑO	28667
NO APLICA	547
NORTE DE SANTANDER	45550
PUTUMAYO	4964
QUINDÍO	30253
RISARALDA	48522
SANTANDER	129412
SUCRE	35198
TOLIMA	56389
VALLE DEL CAUCA	190274
VAUPÉS	419
VICHADA	1006



Total general

2293418

De esta manera, las novedades desarrolladas a través del SAT, en el marco de la normativa vigente, consultan la voluntad y necesidad de los usuarios del SGSSS, y apuntan a remover trámites administrativos impuestos por las EPS, que podrían colocar en riesgo el acceso oportuno a los servicios de salud.

Finalmente, se resalta que durante toda la vigencia 2019, en el SAT, se dieron al servicio, las siguientes funcionalidades: i) afiliación de oficio por parte de la entidad territorial, ii) afiliación de oficio por prestador de servicios de salud, iii) movilidad entre regímenes, iv) reinscripción y terminación de relación laboral. Los servicios en SAT son procesos que se están desarrollando de manera constante y gradual, para lo cual, durante el año 2020 se pondrán en producción las demás funcionalidades contempladas en la Resolución 768 de 2018, emanada de este Ministerio.

Tablas de referencia

A través de convenios, el Ministerio de Salud y Protección Social identifica y solicita a entidades públicas y privadas el suministro de información relevante para realizar validaciones en los sistemas de información que se pueden desarrollar tanto en línea, como para la realización de auditorías.

Conformación de la “Tabla de Evolución Documento de Identidad” y avances

La plena identidad del afiliado como requisito para acceder a los servicios de salud y como referente para la asignación de los recursos del SGSSS, puso de manifiesto la necesidad de contar con información de referencia de la identificación, que a partir de diferentes fuentes, consolidara en una sola tabla los diversos documentos de identificación expedidos, para asociar a una misma persona y registrar el estado del documento, a saber, vigente, cancelado por muerte, cancelado por otras causas y expirado.

En virtud de esta necesidad, se construyó la “Tabla Evolución Documento de Identidad”, que contó con la información de la Registraduría Nacional del Estado Civil – RNEC y de Migración Colombia, la cual, se viene actualizando semanalmente por parte de este Ministerio y es dispuesta a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, para lo de su competencia.

En el marco de este ejercicio que se viene realizando de forma permanente, se puede afirmar que dicha tabla cuenta con la información de las cédulas expedidas.

Finalmente, se precisa que durante la vigencia 2019, se continuó con la construcción y actualización de la información de referencia (identificación y supervivencia), en la tabla “Evolución Documento de Identidad”, la cual, a partir de los insumos provistos por la RNEC, RUAF_ND, Migración Colombia y otros agentes que intervienen en la identificación de las personas en el territorio nacional, genera los insumos para la identificación en el SGSSS. Esta información sirve como tabla de referencia para la validación de los datos reportados por las EPS, las entidades territoriales, e inclusive el SAT a la Base de Datos Única de Afiliados -



BDUA. Actualmente, la información de la BDUA cuenta con aproximadamente el 98% de registros coincidentes con la tabla evolución, lo que refleja la consolidación de un adecuado sistema de información.

Auditorías y depuración de la información contenida en la BDUA

Al amparo de las directrices fijadas por el "Comité Técnico de la Base de Datos Única de Afiliados", creado por este Ministerio mediante Resolución 1091 de 2015 y cuya labor se ejerce de forma constante, se viene adelantando la depuración de la BDUA, por lo que, como resultado de este esfuerzo, en la actualidad se tiene un alto grado de confiabilidad en la información allí contenida.

Este comité es la instancia que define las directrices técnicas en cuanto a la estructuración y operación de la BDUA y desde su creación, ha evaluado propuestas de depuración y optimización de dicha base de datos.

Puntualmente, se han depurado los registros de fallecidos, los menores identificados con el serial preimpreso en el registro civil de nacimiento y a su vez, con otros parámetros especiales (NUIP o NIP), los afiliados registrados con más de un documento, los registrados con documentos que no corresponden a especificaciones válidas, los documentos no reportados por la RNEC, exceptuando de este último grupo los registros civiles, en razón a la especial protección de los menores y teniendo en cuenta que el no contar con el citado registro, no evidencia que este no se haya expedido, pues puede estar en trámite de reporte por parte de las notarías o pendiente de incorporación a la base de datos de la RNEC.

Finalmente, es de anotar que durante el año 2019, con el aval del Comité Técnico de la Base de Datos Única de Afiliados, se continuó con la depuración de la BDUA, en cuyo marco, se realizaron auditorías para asociar las afiliaciones al SGSSS, con Certificado Nacido Vivo y su respectivo Registro Civil y la auditoría en la cual se reportan a las EPS, las diferencias entre la fecha de nacimiento y el sexo del afiliado, con base en los registros dispuestos por la RNEC.

Otros avances en la vigencia 2019

- ✓ Se continuó trabajando en la construcción y actualización de información de referencia para validar la información de aportantes naturales y jurídicos. Así, para los aportantes naturales se cuenta con la información de referencia que tiene como insumo los datos suministrados por la RNEC, RUAUF_ND, Migración Colombia y otros actores. Para la información de referencia de aportantes jurídicos, se valida la información con datos de referencia, proveniente de Confecámaras, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS, DIAN, Ventanilla Única Empresarial – VUE y el Registro Único Empresarial y Social – RUES, entre otros. Estas fuentes de referencia son la malla validadora para el registro de aportantes naturales y jurídicos en el SAT, así como para los registros en la BDUA.
- ✓ Se continuó con la mejora en los procedimientos para la atención de los casos que registran diferencias entre la información de referencia de la identificación y los datos registrados en la BDUA, buscando gestiones como la corrección automática ante la evidencia de errores de digitación.



Mejora en el sistema de información, en lo relacionado con la prestación de los servicios de salud

- ✓ Se realizó la automatización del proceso de cargue de Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS al Ministerio de Salud y Protección Social, con validaciones locales, lo que permite a las EPS revisar los datos antes de enviarlos a este Ministerio. Este envío cuenta con firma digital, en aras de garantizar la validez jurídica de los datos (integridad, confidencialidad y no repudio). En el marco de este ejercicio, se ha evidenciado el crecimiento del número de RIPS (número de atenciones y de personas atendidas), como se muestra en las siguientes tablas:

Tabla – RIPS - atenciones y personas atendidas 2017-2019

AÑO	2017	2018	2019
Atenciones reportadas	124.559.398	194.042.342	154.765.922
Personas atendidas	11.138.084	12.920.577	14.247.754

Fuente: Bodega de Datos RIPS

- ✓ Igualmente, se mejoró el número de EPS del Régimen Subsidiado que reportan IPS, como se refleja a continuación:

Tabla - RIPS - EPS y prestadores que reportaron 2017-2019

AÑO	2017	2018	2019
EPS reportantes	34	31	31
Numero de EPS a reportar	34	32	32
Prestadores que reportan	6.556	6.306	5.998
Cobertura de EPS reportantes	100%	97%	97%

Fuente: Bodega de datos RIPS

- ✓ Se dispone mensualmente al ciudadano en el portal www.miseguridadsocial.gov.co, las prestaciones en salud reportadas por las EPS, entidades territoriales, Administradoras de Riesgos Laborales - ARL y entidades que ofrecen planes voluntarios de salud. Este mecanismo de transparencia le permite al ciudadano conocer sus datos en forma consolidada a nivel nacional y hacer sus propios seguimientos y validaciones.
- ✓ Se brindaron servicios en línea para la verificación de información de sedes de IPS habilitadas REPS y de profesionales de salud inscritos en el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud – RETHUS, para validaciones de la prescripción en línea de los servicios y tecnologías financiados a través del mecanismo de protección individual (MIPRES – Régimen Subsidiado).
- ✓ Se utilizaron los datos de RIPS, reportados por las EPS y las entidades territoriales, para la construcción de algoritmos que permitan la caracterización y evaluación de las entidades territoriales y de las EPS.



De otro lado, para efectos de la inspección, vigilancia y control, este Ministerio viene remitiendo a la SNS, la información respecto de las EPS, entidades territoriales y ARL, que no reportan los RIPS con la periodicidad establecida.

Mejora en el reporte de servicios de salud, prescritos a través de MIPRES – estandarización de datos y codificaciones

Se efectúa actualización permanente de codificaciones para mejorar la calidad de los datos que se remiten a este Ministerio, en el marco del reporte de servicios y tecnologías, prescritas por MIPRES, lo que permite uniformidad en la información y por tanto, que todos los actores hablen el mismo idioma.

Se viene realizando actualización permanente y/o creación de catálogos de variables transversales en el marco de MIPRES, procedimientos CUPS; medicamentos, Medicamentos Vitales No disponibles; productos nutricionales, dispositivos médicos, servicios complementarios, enfermedades huérfanas, CIE-10, todo lo cual, permite la uniformidad en la información.

Se viene efectuando la publicación y mantenimiento de codificaciones para los sistemas de información del país en www.minsalud.gov.co, con las mismas finalidades antes referidas.

a) Si con ellas contribuyó a mejorar la calidad de los datos reportados por las EPS del régimen subsidiado, de qué manera y si logró que su recolección, transferencia y difusión fuera efectiva y representativa en la definición de la UPC.

Respuesta:

Durante el proceso de asistencia técnica a las EPS-S, la información recibida permitió un análisis comparativo, así:

Para la vigencia 2016, de 32 EPS-S, reportaron información 29, con 305.656.239 registros, que representan un valor de \$12.773.523.613.276.

Una vez realizados los procesos de validación para garantizar la calidad del dato, 6 EPS-S pasaron a la base final, que representan el 32% de la población y el 43% del valor.

Dado los resultados obtenidos, se realizaron asistencias técnicas para verificar los procesos y su relación con la información reportada para el estudio de suficiencia. Los temas a tratar fueron:

- ✓ Conocer el proceso de validación y encuesta RIPS
- ✓ Hacer ejercicios de trazabilidad de factura con estudio suficiencia

En la vigencia 2017, reportaron 31 EPS-S, con 324.418.943 registros, que representan un valor de \$13.165.967.835.939. Con respecto al año 2016 se evidencia un incremento del 6% en el total de registros entregados.



Realizados los procesos de validación para garantizar la calidad del dato, 8 EPS-S, pasaron a la base final, que representan el 36% de la población y el 46% del valor.

En la vigencia 2018, reportaron 31 EPS-S, de las 32, con 324.418.943 registros, que representan un valor de \$14.921.839.860.697. Con respecto al año 2017, se evidencia un incremento del 9% en el total de registros entregados.

Como resultado de los procesos de validación para garantizar la calidad del dato, 10 EPS-S, pasaron a la base final, que representan el 51% de la población y el 61% del valor.

En la siguiente tabla se ilustran los anteriores resultados:

Cuadro comparativo de las características de la información presentada por las EPS - S, años 2016, 2017 y 2018

Descripción	2016	2017	2018	Incremento 2017 / 2016	Incremento 2018 / 2017
Porcentaje de EPS - S que reportaron información	91%	97%	97%	6%	0%
Número de registros reportados	305.656.239	324.418.943	354.772.625	6%	9%
Valor de los registros reportados)	12.773.523.613.276	13.165.967.835.939	14.921.839.960.697	3%	13%
Porcentaje de EPS - S que superaron el proceso de validación de la información	21%	26%	30%	5%	4%
Porcentaje de población que representan las EPS - S, que superaron el proceso de validación	32%	36%	51%	4%	15%
Porcentaje de valor de los registros de las EPS - S, que superaron el proceso de validación	43%	46%	61%	3%	15%

Fuente: Elaboración propia Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Base suficiencia 2016- 2017-2018.

b) De qué manera se tuvieron en cuenta las barreras de acceso a los servicios de salud y las necesidades reales de la población, al interior del sistema de información;

Respuesta:

Considerando las barreras de acceso a los servicios de salud, este Ministerio, desde el 1º de diciembre de 2016, implementó la herramienta tecnológica MIPRES, diseñada inicialmente para prescribir servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, de los afiliados al Régimen Contributivo, la cual, permite al profesional de salud prescribirlos directamente, sin necesidad de



aprobación del organismo entonces constituido, conocido como Comité Técnico-Científico-CTC.

Esta herramienta ha buscado solucionar todas aquellas barreras a las que se veían enfrentados los usuarios del SGSSS, por lo que en el marco de su operatividad, es obligación de las EPS informar de manera oportuna y clara el lugar donde realizará el suministro del servicio o tecnología no financiado con la UPC, que haya prescrito el profesional de la salud.

Igualmente, las EPS deben realizar la entrega de los medicamentos y servicios prescritos, en los tiempos establecidos normativamente.

Al respecto, debe señalarse que este Ministerio no interviene en el proceso de prescripción, autorización o entrega de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC y por tanto, no emite ninguna clase de autorizaciones, que como tal, lleve a las EPS, IPS u operadores a solicitar avales o verificaciones.

También debe señalarse que salvo para casos puntuales (soportes nutricionales, servicios complementarios, medicamentos incluidos en los listados UNIRS y el conformado con los reportes de las sociedades científicas), en los que la IPS debe efectuar junta de profesionales dentro de términos perentorios, en lo demás, no se requiere ningún tipo de autorización.

En este orden, las acciones adelantadas fueron:

➤ **Capacitaciones para uso de MIPRES:**

A partir del segundo semestre de 2017, este Ministerio, a través de su Dirección de Financiamiento Sectorial, dio inicio a una serie de asistencias técnicas, orientadas fundamentalmente a conocer los procesos y procedimientos de que disponían las entidades territoriales para la verificación, control y pago de los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, como competencia que les fue asignada por la Ley 715 de 2001 y la autonomía otorgada por la Constitución Política. En estas asistencias, también se realizó la socialización de la parte tecnológica de la herramienta MIPRES.

Posteriormente, ante la expedición de la Resolución 2438 de 2018 (12 de junio), que en específico, estableció el procedimiento y requisitos para el acceso, reporte, prescripción y suministro de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC, en lo atinente al Régimen Subsidiado, este Ministerio, con el objetivo de poner en marcha la herramienta MIPRES en el citado régimen, desarrolló las siguientes actividades:

MES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45
ACTIVIDADES																
1. ALISTAMIENTO INSCRIPCIÓN PLATAFORMA MIPRES																
1.1 Reiteración solicitud de información																
1.1. Consolidación información base de datos																
1.2 Consolidación																
1.3 Remisión OTIC base de datos Rep. Legal																



A su vez, brindó asistencia técnica a las entidades territoriales, materializada en la definición del proceso de verificación, control y pago de las solicitudes de cobro, derivadas del suministro de tecnologías en salud no financiadas con la UPC, así como de servicios complementarios, con el fin de generar capacidades territoriales que permitieran la realización del proceso de auditoría con reglas claras y consecuentemente, el pago a los prestadores de servicios de salud, para evitar demoras en el suministro, asociadas a la capacidad de pago de dichas entidades.

A continuación se presenta el detalle de las capacitaciones y asistencias técnicas, desplegadas en el segundo semestre de 2018

MES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45
2. ASISTENCIA TÉCNICA ENTIDADES TERRITORIALES																
2.1. Asistencia técnica a departamentos y distritos																
2.2. Revisión de actos administrativos y soportes del proceso de gestión de servicios no financiados con la UPC																
2.3 Capacitación Boyacá	7															
2.4 Capacitación Chocó	10															
2.5 Capacitación Córdoba	13															
2.6 Capacitación Antioquia			17													
2.7 Capacitación La Guajira			18													
2.8 Capacitación Buenaventura			19													
2.9 Capacitación Bolívar			20													
2.10 Capacitación Caquetá				24												
2.11 Capacitación Cartagena				25												
2.12 Capacitación Guanía				27												
2.13 Capacitación Guaviare				28												
2.14 Capacitación Meta					2											
2.15 Capacitación Putumayo					4											
2.16 Capacitación Santander						8										
2.17 Capacitación Tolima						9										
2.18 Capacitación Vichada						10										
2.19 Capacitación Valle del Cauca						11										
2.20 Capacitación Córdoba								29								
2.21 Asistencia Técnica Tolima										14						
2.22 Asistencia Técnica Casanare										14						
2.23 Asistencia Técnica La Guajira										15 - 16						
3. CAPACITACIÓN EPS - IPS - ENTIDADES TERRITORIALES																
Actividad con participación de diferentes áreas ministeriales como Dirección de Regulación de																



MES	SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45	15	25	35	45
ACTIVIDADES																
Beneficios, Costos y Tarifas del Seguro y Oficina de Tecnologías de la Información y la Comunicación																
3.1 Capacitación Norte de Santander			19													
3.2 Capacitación Huila				24,25												
3.3 Capacitación Cundinamarca					1											
3.4 Capacitación Amazonas						5										
3.5 Capacitación Santa Marta (Distritos Cartagena, Santa Marta y Departamentos Atlántico, Magdalena, Bolívar)							23									
3.6 Capacitación Córdoba								30								
3.7 Capacitación Casanare									2							
3.8 Capacitación Santander											21					
3.9 Capacitación Chocó												28				
3.10 Capacitación Meta												29				

Adicionalmente, este Ministerio tiene a disposición de la ciudadanía en general, a través de su página web, toda la información sobre MIPRES, como se detalla a continuación:





Atención Primaria de Salud

Ministerio de Salud

Región Lima Metropolitana

Región Arequipa

Región de Lambayeque

El Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de instituciones, recursos humanos, materiales, financieros y tecnológicos que se organizan para brindar servicios de salud a la población.

El SNS se organiza en niveles de atención, desde la atención primaria de salud hasta la atención especializada y de emergencia.

El SNS es financiado por el Estado y los usuarios.

Atención Especializada

Ministerio de Salud

Región Lima Metropolitana

Región Arequipa

Región de Lambayeque

Atención de Emergencias

Ministerio de Salud

Región Lima Metropolitana

Región Arequipa

Región de Lambayeque

Atención de Rehabilitación

Ministerio de Salud

Región Lima Metropolitana

Región Arequipa

Región de Lambayeque

Atención de Rehabilitación

Ministerio de Salud

Región Lima Metropolitana

Región Arequipa

Región de Lambayeque

Atención de Rehabilitación

Ministerio de Salud

Región Lima Metropolitana

Región Arequipa

Región de Lambayeque

Región de Tarma

Región de Huancayo

Región de Ayacucho

Región de Cusco

Región de Puno

Región de Moquegua

Región de Tacna

Región de Ica

Región de Piura

Región de Tumbes

Región de Ucayali

Región de Loreto

Región de San Martín

Región de Junín

Región de Huánuco

Región de Pasco

Región de Madre de Dios

Región de Madera

Región de Apurímac

Región de Tarma

Región de Huancayo

Región de Ayacucho

Región de Cusco

Región de Puno

Región de Moquegua

Región de Tacna

Región de Ica

Región de Piura

Región de Tumbes

Región de Ucayali

Región de Loreto

Región de San Martín

Región de Junín

Región de Huánuco

Región de Pasco

Región de Madre de Dios

Región de Madera

Región de Apurímac

Región de Tarma

Región de Huancayo

Región de Ayacucho

Región de Cusco

Región de Puno

Región de Moquegua

Región de Tacna

Región de Ica

Región de Piura

Región de Tumbes

Región de Ucayali

Región de Loreto

Región de San Martín

Región de Junín

Región de Huánuco

Región de Pasco

Región de Madre de Dios

Región de Madera

Región de Apurímac

El presente documento es una publicación del Ministerio de Salud de la República Peruana. Su contenido es de dominio público y puede ser reproducido libremente.

© MINSALUD 2018

➤ Sistema de Información para la Calidad – SIC



Las barreras de acceso a las que se ven enfrentados los afiliados al SGSSS, las mejoras y los resultados en salud, han sido objeto de medición. Es así como puntualmente, el SIC, adoptado mediante Resolución 256 de 2016 de este Ministerio, otorgó un nuevo enfoque sistémico al monitoreo que se venía haciendo respecto de la calidad en la prestación de los servicios de salud, orientándose más hacia los resultados en salud, y disminuyendo el auto reporte de la información, por contarse con fuentes de información oficiales, disponibles en SISPRO, así como con la plataforma PISIS para el reporte nominal de algunos indicadores.

En este nuevo SIC, para los indicadores de oportunidad en la atención (acceso oportuno a la atención), se realizaron los siguientes cambios:

1. El reporte de la información ahora es nominal, es decir, el prestador de servicios de salud debe reportar paciente por paciente las fechas de solicitud y asignación de citas, variando así la forma como remitían anteriormente los datos, que era reportar el resultado del indicador, el que muchas veces era manipulado. Actualmente, el prestador debe reportar la oportunidad para cada uno de los pacientes que solicitan sus citas.
2. Se debe reportar la oportunidad de la cita de primera vez en el año, por servicio. Esto debido a que anteriormente reportaban el resultado agrupado tanto de la cita de primera vez, como la de control, lo cual afectaba el valor real del indicador. La única excepción a lo anterior es para el indicador de oportunidad de urgencias, Triage 2, para cuyo cálculo se tienen en cuenta todas las atenciones que el paciente haya demandado en el semestre.
3. También se tiene en cuenta el acceso oportuno a otro tipo de atenciones, a saber, las relacionadas con la realización de pruebas diagnósticas e inicio de tratamientos, para lo cual, se seleccionaron nuevas temáticas trazadoras, como son: el cáncer, la salud materno-infantil, el VIH y enfermedades crónicas no transmisibles (Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus), lo que se ilustra en la siguiente tabla:

Actor	Indicador
IPS	Proporción de gestantes con consulta de control prenatal de primera vez antes de las 12 semanas de gestación
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina interna
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de pediatría
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de ginecología
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de obstetricia
	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cirugía general
	Tiempo promedio de espera para la toma de ecografía
Tiempo promedio de espera para la toma de resonancia magnética nuclear	



	Tiempo promedio de espera para la atención del paciente clasificado como Triage II en el servicio de urgencias
	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de cataratas
	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía de reemplazo de cadera
	Tiempo promedio de espera para la realización de cirugía para revascularización miocárdica
	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
	Tiempo promedio de espera entre el diagnóstico probable y el diagnóstico definitivo Leucemia Aguda Pediátrica (LAP) en menores de 18 años
Empresa Administradora de Plan de Beneficios	Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de medicina general
	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)
	Tiempo promedio entre la remisión de las mujeres con diagnóstico presuntivo de cáncer de mama y la confirmación diagnóstica de cáncer de mama de casos incidentes
	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de mama
	Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia
	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de cuello uterino
	Tiempo promedio de espera para el inicio del tratamiento en cáncer de próstata
	Tiempo promedio de espera para el inicio de tratamiento de Leucemia Aguda Pediátrica (LAP)
	Tiempo promedio de espera para la autorización de resonancia magnética
	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de cataratas
	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de reemplazo de cadera
	Tiempo promedio de espera para la autorización de cirugía de revascularización miocárdica
	Entidades territoriales
Cobertura de vacunación de la tercera dosis de pentavalente en niños y niñas menores de un año	
Cobertura de vacunación de la tercera dosis de polio en niños y niñas menores de un año	
Cobertura de vacunación de la triple viral en niños y niñas de un año	

Los resultados de estos indicadores pueden ser consultados en el Observatorio Nacional de Calidad a través de la siguiente ruta:

1. Dirigirse a la página del Observatorio Nacional de Calidad <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>



2. En la parte superior de la página principal ir a "Indicadores"
3. Seleccionar la opción "Indicadores de calidad Resolución 256 de 2016"

Durante la vigencia 2018, este Ministerio continuó brindando asistencia técnica en las diferentes entidades territoriales, tanto de carácter departamental, como distrital y municipal, para la implementación del SIC.

A continuación se describen las entidades priorizadas en el proceso de asistencia técnica, las temáticas abordadas y los logros:

Variables	Descripción
Entidades territoriales de salud a las que se les brindó asistencia técnica	Bogotá D.C, Magdalena, Bolívar, Atlántico, Cesar, Chocó, Cauca, Boyacá, Valle del Cauca, Antioquia, Sucre, Córdoba, Santander, Meta, Putumayo y Norte de Santander
Número de participantes	En total participaron 1.001 personas del proceso de asistencia técnica durante la vigencia 2018
Temáticas abordadas	Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud Sistema de Información para la Calidad - Resolución 256 de 2016 Salidas de información definidas para facilitar el acceso, consulta y difusión de los resultados de los agentes en el monitoreo de la calidad. Comportamiento del reporte de los indicadores definidos para el monitoreo de la calidad durante los años 2016-2017, por departamento e IPS, independientemente de que sea pública o privada Principales falencias de las IPS en el reporte de información a la plataforma PISIS Principales resultados de los indicadores de monitoreo de la calidad por cada una de las temáticas priorizadas Orientaciones para la gestión de los resultados de los indicadores y el mejoramiento continuo de la calidad
Logros obtenidos	Aumento en la cobertura del reporte por parte de las IPS, pasando de un 47% en el 2016 a un 66% en el 2018 Mejoramiento de la calidad del dato reportado Disminución del número de solicitudes e inquietudes sobre la Resolución 256 de 2016. Aumento en el número de consultas a los indicadores dispuestos en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud Generación de capacidades a los actores en el tema de monitoreo de la calidad

➤ Encuesta de evaluación de los servicios prestados por las EPS a sus afiliados

La encuesta indaga la manera en que los usuarios perciben a las EPS (Regímenes Contributivo y Subsidiado), a la que están afiliados. Puntualmente, se realiza una entrevista de manera personal, con aplicación de cuestionario estructurado mediante un dispositivo móvil de captura.



A través de dicha encuesta se puede establecer el nivel de satisfacción del usuario con el desempeño y la calidad de los servicios prestados por las EPS, desde diferentes dimensiones (acceso, satisfacción, oportunidad, entre otros). Se han realizado 6 mediciones (una anual desde el año 2013), para la última se realizaron 25.760 encuestas efectivas, en 104 ciudades de todo el territorio nacional, con una representatividad nacional por EPS, régimen y departamento, un nivel de confianza mayor al 96% y un margen de error menor al 5%.

La información de la encuesta EPS puede consultarse a través de la página del Observatorio de Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social, o a través del siguiente link <http://oncalidadsalud.minsalud.gov.co/publicaciones/Paginas/default.aspx>

La encuesta de evaluación a las EPS, constituye insumo, entre otros, para:

- ✓ Elaboración del ranking de EPS
- ✓ Informe Nacional de Calidad
- ✓ Sistema de Evaluación y Calificación de Actores

Algunos de los indicadores más representativos del resultado de la última medición (2018) son:

- ✓ Tiempo promedio de espera para una cita de medicina general, en días, que transcurre entre el primer contacto con la EAPB para la asignación de la cita y la atención (días): 5.8
- ✓ Tiempo promedio de espera para una cita de odontología, en días, que transcurre entre el primer contacto con la EAPB para la asignación de la cita y la atención (días): 4.4
- ✓ Proporción de usuarios satisfechos con los servicios recibidos de la EAPB: 71.9%
- ✓ Proporción de usuarios que recomendaría su EAPB a familiares y amigos: 81%
- ✓ Proporción de usuarios que considera fácil o muy fácil acceder a un servicio de salud: 42.1%
- ✓ Entrega de medicamentos completos la primera vez que los solicito: 78%

➤ **Medidas en cuanto a considerar dentro del sistema de información las necesidades en salud reales de la población**

Al respecto, debe señalarse que en el marco de la Resolución 1536 de 2015, este Ministerio dispone anualmente tanto a las entidades territoriales, como a las EPS, distintas fuentes de información a través del SISPRO para que de acuerdo con el lineamiento que igualmente les entrega, las referidas entidades y EPS, construyan su documento contentivo del "Análisis de Situación de Salud – ASIS" y la caracterización de la población afiliada.

Estos documentos constituyen insumo para la planeación integral en salud a nivel territorial, que conlleva a la identificación de necesidades, la gestión de la salud pública, la gestión del riesgo en salud, el plan de acción en salud y el seguimiento, información que se pone a disposición de la ciudadanía en general, a través de la página web de este Ministerio y que se encuentra disponible en el siguiente enlace:



<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/planeacion-en-salud-publica.aspx>

Por otra parte, este Ministerio con base en la información reportada por las entidades territoriales, las EPS y las IPS y que se consolida a través de fuentes de información como el Sistema de Vigilancia en Salud Pública – SIVIGILA, Estadísticas Vitales EEVV, Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, Registro para la Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad – RLCPD, Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, construye un ASIS nacional, en el que se describe el contexto social y económico, la dinámica demográfica, factores comportamentales, la morbilidad y mortalidad, identificación de desigualdades en salud, desagregados a nivel departamental. Este ASIS incluye una priorización de necesidades como insumo para la definición de la política sanitaria y los planes de salud.

“c) Si dio solución a la deficiencia de los datos provenientes de la frecuencia de uso de los servicios de salud de la población del régimen subsidiado, atendiendo a lo expuesto en la parte considerativa del auto 411 de 2016². Explique su respuesta.”

Respuesta:

➤ **Nueva variable para el estudio de suficiencia**

Como se ha puesto en conocimiento de esa Corporación, con el propósito de mejorar la calidad de la información utilizada para el cálculo de la UPC, desde el mes de septiembre del año 2017 se requirió a las EPS para que a partir del 1º de enero de 2018, tomaran las medidas que consideraran necesarias, a efecto de que reportaran la variable denominada *“periodo de duración del tratamiento”*; lo cual se solicitó de la siguiente manera:

“PERÍODO DE DURACIÓN DEL TRATAMIENTO: Expresado en días (COMPLETOS). Corresponde al número de días para los cuales se realiza la prescripción del medicamento. La mínima unidad será (1) uno y no se debe utilizar fracciones, se debe aproximar al número más alto de días; es decir que si se prescriben 5 dosis cada 6 horas los días de tratamiento serán dos (2). En los casos en que se trate de dosis única o se prescriba en urgencias se debe marcar como un (1) día de tratamiento a menos que el periodo de observación del paciente en urgencias sea superior a un día.”

² En relación con este tema en el auto 411 de 2016 se explicó, entre otras cosas, que en la “sesión técnica celebrada los días 13 y 16 de mayo de 2016 la cartera de salud expuso que no contaba con datos confiables del régimen subsidiado”. Cfr. Numeral 7.1.3.5 de la referida providencia. También se concluyó que: “Sobre el sistema de información: la información reportada por la EPS del régimen subsidiado no es representativa, en tanto no supera las mallas de validación de calidad, razón por la cual para definir la UPC de ese régimen se toma la información del régimen contributivo; gran parte de la población del régimen subsidiado se encuentra en zonas rurales o dispersas en las que existe un difícil acceso a los servicios de salud, lo que claramente conllevaría a una menor frecuencia de uso, por lo que no se estarían considerando las barreras de acceso a los servicios de salud ni las necesidades reales de la población; no hay información suficiente que demuestre que si hay una buena o mala utilización del 60% de la UPC-S que debe ser transferida a la red pública; mientras se implementa el sistema transaccional el Ministerio va a seguir fijando la UPC con la información de una mínima cantidad de EPS del régimen subsidiado que supera la malla de validación de la información; la prueba piloto de 2015 se está desarrollando en ciudades principales, donde no se encuentra la mayoría de la población del régimen subsidiado que es a la que se pretende incentivar”.



Esta variable hace parte del contenido mínimo en que debe efectuarse la prescripción médica, según el artículo 17 del Decreto 2200 de 2005, compilado en el artículo 25.3.10.16 del Decreto 780 de 2016, Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

Para efecto de su reporte y de ampliar la información que pudieran llegar a requerir, se puso a disposición de las EPS la cuenta de correo estudiosuficiencia@minsalud.gov.co.

En este orden, para los años 2018 y 2019, la información del estudio de suficiencia, contiene la variable mencionada con sus respectivos procesos de validación.

➤ **Adopción de nuevos parámetros de calidad para validar la información relacionada con la prestación de servicios de salud**

Con el fin de avanzar en el mejoramiento de los procesos de validación de la información reportada por las EPS, relacionada con la prestación de servicios de salud, este Ministerio desarrolló la inclusión de un nuevo parámetro de calidad, consistente en verificar la concordancia entre el Código de Clasificación Única de Procedimientos En Salud – CUPS y el de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), vigente en Colombia, en cada prestación de salud.

➤ **Instrumento de solicitud de información para el cálculo de la UPC**

A finales de cada una de las vigencias 2017, 2018 y 2019, se publicó el documento denominado: *"SOLICITUD INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD PARA EL ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC PARA LA FINANCIACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD"*, cuya entrega de información sobre prestación de servicios de salud, generalmente se presenta en el mes de mayo de la siguiente vigencia.

Este documento fue enviado en su momento a todas las EPS (regímenes contributivo y subsidiado). Asimismo, se realizó la actualización del manual de retroalimentación, con el fin de garantizar el entendimiento de los usuarios finales y evitar congestiones en la mesa de ayuda.

➤ **Participación de EPS en la construcción de propuestas para ajustes al Plan de Beneficios, financiado con la UPC**

Como se ha puesto en conocimiento de esa Corporación, desde diciembre de 2017, este Ministerio expidió el instructivo denominado *"SOLICITUD DE INFORMACIÓN A ENTIDADES PROMOTORAS DE SALUD SEGUIMIENTO A TECNOLOGÍAS"*, con el propósito de que dichas entidades contribuyan con las propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, para el ajuste al Plan de Beneficios en Salud financiado con la UPC, aplicable a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y sus respectivas UPC.

Es así como el objetivo general del referido instructivo se concretó de la siguiente manera: *"analizar y divulgar el comportamiento en frecuencia y costo de las tecnologías en salud seleccionadas para seguimiento durante los años 2014, 2015, 2016, 2017 y 2018 generando*



La salud
es de todos

Minsalud

información que contribuya en la toma de decisiones por parte del Ministerio de Salud y Protección Social”.

Como objetivos específicos se previeron los de analizar el comportamiento de las tecnologías en salud seleccionadas para seguimiento; generar información analizada que contribuya en la toma de decisiones en el Ministerio de Salud y Protección Social; divulgar los resultados del seguimiento a través de boletines; hacer seguimiento y evaluación de tecnologías incluidas en la actualización del Plan de Beneficios, y aportar los insumos para determinar políticas de regulación en salud.

Los documentos fueron publicados en el sitio web www.minsalud.gov.co y se pusieron en conocimiento de la totalidad de EPS que operan ambos regímenes, mediante oficio enviado tanto por el servicio de correo urbano, como por correo electrónico, según se soporta en la bandeja de salida notificación de la cuenta estudisuficiencia@minsalud.gov.co.

Bajo este marco, se ha venido consolidando la información de prestación de servicios de salud para el cálculo de la UPC en las diferentes vigencias, vinculando a las EPS de los dos regímenes, dada la figura de la movilidad.

El desarrollo de esta gestión, como se anotó, se encamina a la formulación de propuestas técnicas que sirvan de insumo a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud para el ajuste al Plan de Beneficios en Salud financiado con recursos de la UPC, aplicable a los dos regímenes (Contributivo y Subsidiado y sus respectivas UPC). En ese orden, el estudio de suficiencia de la UPC, efectuado por este Ministerio, se hace con base en información recopilada de las EPS que operan en los dos regímenes.

Logros y retos

Para las vigencias 2018 y 2019, se crearon nuevas funciones en la solución tecnológica referida inicialmente (ELT), que permiten sincronizar SIREPS y de esta forma, realizar el proceso de validación de la información, garantizando mayor calidad del dato y trazabilidad de la información reportada por las EPS, mejoras estas que impactan en todos los proyectos en los que se requiere este tipo de información.

Aún con los logros alcanzados, se mantienen los retos para avanzar en la recolección de la información, como quiera que la utilizada para el estudio de suficiencia de la UPC, es de una vigencia pasada. Así, la meta es lograr que las EPS agilicen el flujo de información para que reporten las prestaciones correspondientes al año de observación, es decir, la vigencia inmediatamente anterior y que sea esta información el insumo del cálculo de la UPC.

Ahora, en razón a los diferentes estudios técnicos que adelanta este Ministerio, se trabaja en la parametrización de las solicitudes de información, tanto en la referida solución tecnológica, como en el SIREPS, en aras de garantizar la transparencia y gobernabilidad de la información.

(iii) ¿Qué medidas y acciones adoptó para lograr que el porcentaje de equiparación de la UPC aumentará la meta establecida del 95% señalada por el Gobierno? Exponga las



razones por las cuales a la fecha se mantiene una UPC diferenciada en ambos regímenes ¿en la actualidad que factores imposibilitan su igualación?

Respuesta:

➤ **Medidas para la equiparación de la UPC**

La equiparación de la UPC del Régimen Subsidiado, respecto de la UPC del Régimen Contributivo, para la vigencia 2019 se materializó a partir de la Resolución 5858 de 2018 y se hizo evidente en las decisiones tomadas con base en la información reportada por las EPS, aplicable a los dos regímenes, ya que no sólo igualó el incremento de la UPC y la prima adicional por zona alejada del continente, sino que se ordenó un favorecimiento en las condiciones de la prestación de los servicios de salud en el Régimen Subsidiado, así:

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Ajustó la prima en 5,31%, valor que incluye la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	Ajustó la prima en 5,31%, valor que incluye la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
Reconoce una prima adicional del 10% a 363 municipios, catalogados como zona especial	Reconoce una prima adicional del 11,47% a 363 municipios, catalogados como zona especial
Reconoce una prima adicional de 9,86% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.	Reconoce una prima adicional de 15% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.
Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (zona alejada)	Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (zona alejada)
NA	Se avanzó en la equiparación de primas puras

Para la UPC de la vigencia 2020, se mantiene la equiparación de la UPC entre los dos regímenes, como se evidencia en la Resolución 3513 de 2019, en la cual, al igual que para la UPC de la vigencia de 2019, no sólo se igualó el incremento de la UPC y la prima adicional por zona alejada del continente, sino que también se mantienen las condiciones favorables de la



prestación de los servicios de salud para el Régimen Subsidiado, que se presentan a continuación:

Régimen Contributivo	Régimen Subsidiado
Ajustó la prima en 5,36%, valor que incluye la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.	Ajustó la prima en 5,36%, valor que incluye la actualización integral del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC.
Reconoce una prima adicional del 10% a 363 municipios, catalogados como zona especial	Reconoce una prima adicional del 11,47% a 363 municipios, catalogados como zona especial
Reconoce una prima adicional de 9,86% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.	Reconoce una prima adicional de 15% a las ciudades de Armenia, Barrancabermeja, Barranquilla, Bello, Bogotá D.C., Bucaramanga, Buenaventura, Cali, Cartagena, Cartago, Cúcuta, Dosquebradas, Floridablanca, Ibagué, Itagüí, Guadalajara de Buga, Manizales, Medellín, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Pereira, Popayán, Riohacha, Santa Marta, Sincelejo, Soacha, Soledad, Tuluá, Valledupar y Villavicencio.
Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (zona alejada)	Reconoce una prima adicional del 37,9% en el Departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina. (zona alejada)
NA	Se mantiene la equiparación de primas puras

➤ Factores de la UPC diferenciada

Los factores que hacen que la UPC de los Regímenes Contributivo y Subsidiado se mantenga diferenciada, obedecen básicamente a que entre los usuarios de dichos regímenes, se presentan condiciones demográficas, epidemiológicas y de uso, diferentes.

En relación con los aspectos demográficos – población, se precisa que existe diferenciación, dado que la población del Régimen Subsidiado es más joven, demanda menos servicios, que la población afiliada al Régimen Contributivo. Al aplicar los ponderadores de la UPC por edad, sexo y región, tal y como están establecidos para el Régimen Contributivo, la UPC promedio del Régimen Subsidiado, termina siendo menor que la del Contributivo.

En lo correspondiente a la situación de salud - aspectos epidemiológicos, se tiene que, al estar el Régimen Subsidiado, conformado por una población más joven que la del Régimen



Contributivo, las tendencias de uso de los servicios de salud muestran que en el Régimen Contributivo una alta proporción de la población afiliada hace uso de los servicios de salud, mientras que en el Régimen Subsidiado, la proporción que hace uso de estos servicios, es menor.

En esa medida, las características demográficas de la población afiliada al Régimen Subsidiado, repercuten en la morbimortalidad, debido a que reflejan las condiciones determinantes para la salud que dan lugar a necesidades de atención diferentes entre ambos regímenes.

En el Régimen Subsidiado prevalece la representatividad de las enfermedades infecciosas, nutricionales y maternas perinatales. En el Régimen Contributivo, en la población más envejecida prevalecen las enfermedades de tipo crónico; además, es una población que hace parte de la economía formal, lo que les provee un ingreso estable que incide positivamente en su calidad de vida. Adicionalmente, la mayoría de la población del Régimen Subsidiado, reside en ciudades de menos de 200 mil habitantes, donde es menor la disponibilidad de bienes y servicios de salud, sobre todo los especializados, dando como resultado menores tasas de uso y un menor costo de la atención.

Teniendo en cuenta que la fijación de la UPC se basa en el estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para garantizar todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados y que toma como fuente de información estos usos y gastos, así como la tendencia de los servicios y costos reportados por las EPS en los años anteriores, estas menores tasas de uso y el menor costo se ven reflejados en los resultados.

Finalmente, debe considerarse que las EPS del Régimen Contributivo, en razón a las obligaciones y responsabilidades impuestas por el SGSSS, realizan actividades que no corresponde desarrollar a las EPS del Régimen Subsidiado, como por ejemplo, el manejo de las prestaciones económicas (incapacidades, licencias de maternidad y paternidad), y que en consecuencia, hace que se les reconozca un gasto administrativo diferencial.

(iv) Atendiendo a que la prueba piloto implementada en la Resolución 5968 de 2014 se desarrolló inicialmente en las ciudades principales, mediante auto 411 de 2016 esta Sala planteó en relación con las deficiencias que se presentaban en las poblaciones con menos habitantes y que se encuentran ubicadas en zonas dispersas,³ que esta debería centrarse en dichas áreas. De conformidad con lo expuesto, indique qué resultados arrojó y qué acciones y medidas ha implementado para corregir los inconvenientes que tuvieron lugar⁴.

³ En el auto se estableció que si la medida pretendía incentivar el envío de información por parte de la EPS-S, ello "debería hacerse en zonas dispersas con poblaciones de menos de 200 mil habitantes, que según señaló el Ministerio, es donde se encuentra la mayoría de la población de ese régimen".

⁴ En el auto 411 de 2016 la Sala señaló: "De igual forma a pesar de que el Ministerio acepta en repetidas oportunidades que existe una falencia en el reporte de la información de las EPS, del régimen subsidiado, no explica qué medidas ha adoptado para solucionarlo. La única justificación expresada para ello es que siendo el SGSSS descentralizado, las EPS como parte de su gestión tienen que incorporar procesos asociados a la debida gestión de cartera



Respuesta

La prueba piloto de igualación de primas puras de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, fue implementada en la vigencia 2015 y continuó en 2016, conforme con lo dispuesto por la Resolución 5968 de 2014; con la Resolución 6411 de 2016 se dio continuidad por el término de dos años consecutivos, esto es, 2017 y 2018.

En la vigencia 2018 continuó la aplicación de la prueba piloto de igualación de prima pura de la UPC del Régimen Subsidiado al Contributivo, en las ciudades de Bogotá D.C, Medellín, Santiago de Cali, y de Barranquilla Distrito Especial, Industrial y Portuario, manteniendo las condiciones de dicho régimen. Es preciso señalar que por prima pura de UPC se entiende aquella que resulta de descontar de la misma, los gastos de administración en uno u otro régimen.

El objetivo de la prueba piloto fue monitorear las frecuencias de uso y determinar con ello la factibilidad de equiparar dichas primas. Este Ministerio, en sesión del 21 de noviembre de 2018, informó a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, que la información recolectada a esa fecha no permitió concluir sobre las frecuencias de uso; que las poblaciones y operación de los regímenes seguían siendo diferentes, que se observaba en Bogotá y Medellín un incremento sostenido de las frecuencias y en forma adicional, como parte de la estrategia de gobierno, se requería avanzar hacia la unificación de los regímenes, contar con EPS sólidas en el aseguramiento, acatar lo ordenado por esa Corporación en el Auto 411 de 2016, frente a la temática en cuestión, e incentivar la red pública (integral e integrada), con retos de modernización y flujo de recursos para garantizar la atención de la población más pobre del país.

Todos estos fundamentos fueron puestos a consideración de la citada Comisión, para que esta analizara la conveniencia de finalizar la prueba piloto y equiparar las primas puras del Régimen Subsidiado al Contributivo al 95%, con un impacto a pesos de 2018 de cerca de 445 mil millones de pesos (sin considerar el incremento del 2019). Hecho el análisis correspondiente, la referida instancia recomendó a este Ministerio el cierre de las pruebas piloto.

El avance en la evaluación de los resultados de la prueba piloto de igualación de la prima pura del Régimen Subsidiado al Contributivo, implementada durante el año 2015, a la cual, se le dio continuidad por dos (2) años, con miras a la correspondiente equiparación y de esta forma, atender lo ordenado en el referido Auto 411, está contenido en el *"Informe de evaluación de la prueba piloto de igualación de prima pura del régimen subsidiado al régimen contributivo para las ciudades Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla"*, elaborado por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, en diciembre de 2018.

(v) ¿Qué acciones ha desplegado para garantizar en cada etapa de actualización del PBS, que la UPC en ambos regímenes alcanzará el nivel de suficiencia necesario para financiar el mismo, es decir, que cubrirá todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados? ¿Qué acciones ha desplegado para procurar el acceso a estos para lograr el más alto nivel de salud posible?

y acuerdos que permitan avanzar en proceso más expeditos en la entrega de información de prestadores de servicios de salud".



Respuesta:

Los servicios y tecnologías en salud evaluados para ser financiados a través de la prima que el SGSSS, reconoce a cada una de las EPS con el objeto de que estas organicen y garanticen la prestación de los servicios de salud, se basan en la metodología desarrollada por el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Ahora bien, las evaluaciones de tecnologías en salud tienen dentro de sus componentes la elaboración del impacto presupuestal, el cual es un componente de la evaluación económica que aporta información al tomador de decisiones, sobre el efecto en el presupuesto agregado (ya sea del sistema de salud en general, el asegurador, el prestador o el usuario), de la adquisición y uso de una determinada tecnología en salud. Mediante el análisis de impacto presupuestal, se estiman las consecuencias financieras de la adopción de una tecnología en salud, en el contexto específico de un determinado sistema de salud⁵.

El análisis de impacto presupuestal sigue las fases que se denotan a continuación, para su construcción:

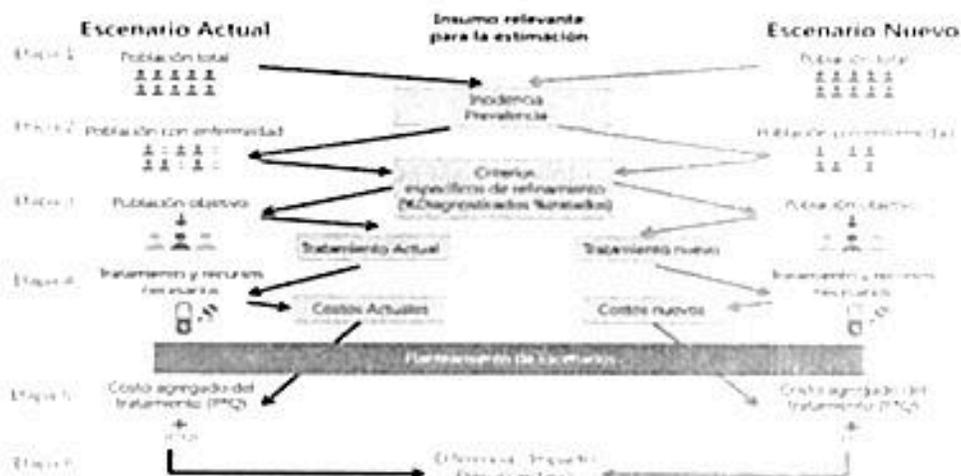


Fig. 1. Etapas del análisis de impacto presupuestal. Fuente: IETS (2010)

Una vez surtidas las etapas del análisis de impacto presupuestal, a partir de la población objetivo sin distinción entre régimen de afiliación, se define el impacto que se tendrá en cada una de las celdas establecidas en la metodología de cálculo de la UPC, dado que no todas las tecnologías incluidas afectan a la misma población. Es importante tener en cuenta que cuando se realizan actualizaciones integrales, estas se enmarcan en completitud de los esquemas de tratamiento y tecnologías que generan mayores beneficios en salud.

Ahora, es del caso señalar que este Ministerio para cada una de las vigencias (anualidades), ha venido realizando los estudios que permitan establecer la suficiencia y los mecanismos de

⁵ Adaptado de Mauskopf JA, et al. "Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices -Budget Impact Analysis



ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC, con los cuales, se garantiza la financiación de las tecnologías en salud y de los servicios contemplados en el Plan de Beneficios en Salud en los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Estos estudios han sido publicados y pueden ser consultados en la página WEB de este Ministerio, siguiendo el enlace <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>.

La metodología desarrollada para el cálculo de la UPC, parte esencialmente del análisis actuarial de tarifas, cuyo objetivo es fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones en salud, a cargo de una aseguradora (EPS), permitiendo simultáneamente un determinado nivel de utilidad. Se trata entonces de establecer un seguro, cuya característica principal es la de poder predecir una siniestralidad futura, para a partir de allí, deducir los costos que le son asociados y que en el momento de fijar la tarifa, son desconocidos, lo cual implica la necesidad de utilizar metodologías actuariales apropiadas para estimar la prima.

Es así como el abordaje que se hace en los estudios de suficiencia de UPC, se basa en los principios y metodología reconocidos por la Casualty Actuarial Society, adaptado a las características propias del sistema de salud colombiano.

De esta manera, la información utilizada para determinar el valor de la UPC, proviene de las EPS, quienes a su vez, la reciben de las IPS. Estos datos son sometidos a un riguroso control de calidad, consistente en la aplicación de pruebas de validación, como quedó ampliamente reseñado en apartes anteriores.

El método de cálculo de la UPC, permite estimar el valor de los costos con un horizonte de tiempo de un año. Los costos hacen referencia a la suma total de los gastos originados en la atención de los siniestros y su respectivo ajuste, como también a los gastos en que debe incurrir el asegurador para garantizar la prestación, gastos de mercadeo y administración.

En el marco de la teoría de los seguros, el cálculo de la UPC se sujeta a la ecuación fundamental y el objetivo del análisis de tarifa es conseguir que esta ecuación resulte balanceada para que las primas sean suficientes para cubrir los costos y generar el nivel de utilidad esperado. Para el efecto, se utilizó el método de la razón de pérdida o Loss Ratio, el cual busca encontrar el incremento necesario sobre las primas actuales para que la ecuación fundamental del seguro se mantenga balanceada, debiendo contar con los siguientes elementos actuariales para la estimación de la prima:

Estimación de la población. Para la estimación de la población, se toman las proyecciones del DANE por municipio y grupo etario, para los años objeto de estudio, las cuales, se agregan hasta obtener la población en cada año por cada uno de los 56 grupos de riesgo vigentes.

Estimación de los siniestros. Los siniestros se entienden como el valor esperado de las prestaciones en salud a financiar con cargo a las primas, siempre y cuando ocurran dentro del año para el cual se calcula la UPC. Dado que los siniestros han de ocurrir en un futuro, es necesario emplear las mejores estimaciones posibles para cuantificar el monto futuro de estas obligaciones, a partir del período de experiencia (comprendido entre enero y diciembre del año al que corresponde la información fuente), el cual, es un período válido para estimar el costo futuro de las atenciones a realizarse con cargo a la UPC del año a calcular.



Estimación de las primas actuales. La UPC, corresponde a la prima del seguro en el SGSSS, colombiano. Su monto es percibido anualmente por las EPS, como un valor fijo por afiliado, ajustado según edad, sexo y ubicación geográfica, complementándolo además con las cuotas moderadoras para el Régimen Contributivo y con los copagos para ambos regímenes, con el fin de garantizar los recursos necesarios para la prestación y administración de las tecnologías en salud y servicios financiados que hacen parte del mecanismo de protección colectiva (Restrepo & Mejía, 2006). Al constituirse en una prima, esta se divide en dos componentes:

Prima Pura. Es el elemento más importante en la tarificación de seguros. Es una medida del gasto de los siniestros por unidad de exposición, que corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado de las reclamaciones que genera el riesgo cubierto. Este valor puede obtenerse como el cociente entre el valor total de las reclamaciones y el número de unidades de exposición al riesgo (o expuestos).

Prima Comercial. Se define como la cantidad de dinero necesaria para asumir el riesgo y permitir al asegurador (EPS), cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

Desde la perspectiva actuarial, la prima se calcula considerando la siniestralidad (frecuencia absoluta), entendida como el conjunto de eventos presentados y que son objeto de cobertura por un seguro y la severidad, entendida como el costo medio por siniestro. Estos dos elementos componen el costo agregado de las reclamaciones, el cual, depende del número de afiliados expuestos que se siniestran y el costo de los siniestros.

En salud, la frecuencia y la severidad son variables que están en función del comportamiento epidemiológico, los niveles de demanda o el costo de las tecnologías en salud, entre otros, lo cual brinda valiosos elementos para establecer políticas públicas. Así mismo, permiten analizar las tendencias del costo y el uso, como parte del seguimiento y control.

Adicionalmente, en el cálculo de la UPC y en el propósito de alcanzar su suficiencia, debe considerarse que para que una atención médica se convierta efectivamente en una obligación cancelada, es necesario llevar a cabo una serie de etapas que pueden variar, dependiendo de la puerta de entrada a los servicios. El valor y la cantidad de reclamaciones del período pueden variar en función del momento en el que se recolecte y reporte la información. Por tanto, el proceso requerido para adecuar la estimación del valor y cantidad de reclamaciones, pasa por la estimación de la pérdida última y el cálculo de los montos incurridos y no reportados o no completamente bien estimados, conocidos actuarialmente como las reservas de IBNR, siglas en inglés de incurred but not reported, y las reservas IBNER, incurred but not enough reserve.

La corrección por efecto del IBNR y de IBNER, recoge aquellas atenciones incurridas, pero no perfectamente reportadas o reservadas. Uno de los métodos más utilizados para la determinación de esta provisión técnica, es el método de Chain Ladder, el cual calcula la pérdida esperada y la reserva de IBNR, derivada de lo anterior. Este método ayuda a que los errores de las provisiones sean prevenibles y a determinar el impacto de las reservas del IBNR en el cálculo de la UPC.

En el estudio de la suficiencia de la UPC se tienen en cuenta algunos tipos de ajustes a la información de los siniestros y que corresponde al trending, por una parte, se tiene el ajuste por



efecto inflacionario, que llevará el costo de la atención a los precios esperados en el período de aplicación. Tomando los datos mensualizados, se actualiza cada registro a precios de diciembre del año anterior al de la UPC de cálculo. Hecho esto, las atenciones del mes de enero se proyectan a enero del año de la UPC de cálculo, empleando la inflación esperada, según las proyecciones económicas realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Este mismo proceso se realiza con cada uno de los meses del período de aplicación.

De otra parte, se cuenta con el trending de frecuencias, que son valores enteros no negativos, razón por la cual, se debe utilizar la metodología de datos de conteo de series de tiempo, para pronosticar la frecuencia de uso de los servicios de salud, tomando aquellas prestaciones que han sido homogéneas en el tiempo, con una periodicidad mensual en cada EPS. La revisión del componente de frecuencias se realiza a través de la variable de registros que comprende desde el año 2008 hasta el año fuente de la información. Para el cálculo se utilizó el modelo multiplicativo de la metodología de descomposición de series de tiempo, a partir de la tendencia y estacionalidad de la serie.

Otros tipos de ajustes a la información para el cálculo de la UPC, tienen que ver con la corrección por faltantes de exposición, dado que en el Régimen Contributivo, los procesos de compensación no son inmediatos y suelen evidenciar rezagos de procesos pasados. De hecho, algunas de las compensaciones que se hacen en un año, corresponden a vigencias anteriores. Dadas estas características, la medida de expuestos, la cual toma como referencia las compensaciones a una fecha de corte, se encuentra subvalorada, por cuanto compensaciones de asegurados con derecho en el período de exposición, se llevarán a cabo con posterioridad a la fecha de corte del análisis. Consecuencia de lo anterior, el número de expuestos en cada cálculo debe ser ajustado apropiadamente para recoger el faltante de compensación. La metodología para cuantificar el ajuste que es necesario por concepto de estos expuestos faltantes, emplea la técnica de triángulos de desarrollo de Chain Ladder para su estimación, describiéndose en un triángulo, el mes de derecho de compensación, versus los meses siguientes en los cuales se llevó a cabo la compensación de manera efectiva a la EPS. De esta forma, se puede ver cómo fueron desarrollados los procesos de compensación en el tiempo y estimar en consecuencia, el monto faltante por compensar.

También se realiza el ajuste por procedimientos, medicamentos y dispositivos que no hacen parte de la financiación de tecnologías en salud y servicios con recursos de la UPC, pero que tienen homólogos en la misma. Por una parte, la reglamentación vigente permite cubrir con recursos de la UPC, tecnologías y servicios no financiadas por esta, pero que cuentan con algún homólogo. En tal caso, se recobra la diferencia entre el costo de dicha tecnología y el de su homólogo. Para incorporar este costo dentro del cálculo de la prima, se toma la información suministrada por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, además de la reportada por las EPS, en cumplimiento de la respectiva solicitud de información.

Finalmente, no obstante que la evaluación de la ecuación básica del seguro permite estimar a nivel global los requerimientos de prima para financiar la prestación de los servicios de salud, se considera necesario ajustar las primas para que sean suficientes en cada grupo de riesgo. Para la estimación de los costos de cada uno de los grupos, se calcula el costo promedio de cada variable, con base en la experiencia individual resultante y los expuestos esperados. A este se le denomina ajuste de riesgo y estimación de los ponderadores de la UPC.



Esperamos con la anterior descripción, haber ilustrado cómo este Ministerio en los estudios de suficiencia y los mecanismos de ajuste de riesgo, propende por garantizar en cada etapa de actualización del Plan de Beneficios en Salud, que la UPC en ambos regímenes alcance el nivel de suficiencia necesario para la financiación de todos los servicios y tecnologías en salud que no se encuentren expresamente exceptuados.

Ahora bien, con respecto a las acciones adelantadas para lograr el acceso a los servicios de salud, es preciso señalar que los estudios de suficiencia y los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la UPC, realizados por este Ministerio, orientados a garantizar en los Regímenes Contributivo y Subsidiado la financiación de servicios y tecnologías en salud, analizan la información de los regímenes de afiliación de manera independiente y reconocen las diferencias existentes entre los mismos, en términos de fuentes de financiación, costos según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos, con lo que se aporta a la previsión de acciones para el mejoramiento de la salud de la población y a la sostenibilidad financiera del SGSSS

Estos ejercicios prevén la suficiencia de los recursos que financian el mecanismo de protección colectiva, el cual está soportado en los principios del aseguramiento social y se dirige al conjunto de la población asegurada, construyéndose con fundamento en la información demográfica, epidemiológica y de carga de la enfermedad de país. Dicho mecanismo comprende beneficios que se establecen con base en un análisis "a priori", de las necesidades de salud de la población, mancomunando los riesgos individuales para facilitar la gestión de los mismos; se reconoce "ex ante" a un tercer pagador, a través de un valor per cápita, denominado UPC, destinada a garantizar la financiación de todas las tecnologías en salud y servicios que estructuran este mecanismo.

Adicionalmente, en procura del acceso a las atenciones y servicios de salud, este Ministerio ha encaminado esfuerzos para que las EPS, como directas responsables de la gestión del riesgo en salud, dispongan de herramientas como modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, establecimiento de guías o protocolos de manera conjunta con las instituciones prestadoras de servicios de salud, elementos todos ellos, fundamentales para una adecuada gestión del riesgo en salud y que se constituyen en garantes de la suficiencia de la UPC.

(vi) ¿Qué fases del procedimiento para fijar la sostenibilidad financiera del nuevo plan de beneficios han sido agotadas? A este respecto deben precisarse los resultados de los estudios fiscales, de suficiencia y de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC que haya efectuado.

Respuesta:

La UPC, según lo establecido, entre otros, por el artículo 7 de la Ley 1122 de 2007, debe consultar el Marco Fiscal de Mediano Plazo, con el fin de asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud, definidos durante un año.



La estimación de la UPC se realiza partiendo de la información de las prestaciones de servicios de salud, detalladas por cada uno de los afiliados, reportadas por cada aseguradora de manera anual, información a la que se aplican procesos de calidad, todo ello para garantizar la suficiencia de la UPC fijada, bajo el entendido que el mejor predictor del gasto futuro, es el gasto pasado.

Luego de los procesos de calidad y las correspondientes retroalimentaciones, se consolida la base de datos final y se procede a definir la cobertura de la información, que es un porcentaje derivado de la relación entre el valor total de los procedimientos, medicamentos e insumos, reportados por cada aseguradora y el gasto total que los representantes legales de estas y sus revisores fiscales, certifican.

En concreto, se verifica la cobertura de cada tipo de registros con respecto al universo de datos que debieron ser reportados por los prestadores de servicios de salud a las aseguradoras, los registros válidos y los valores soportados en la base de datos⁶. Adicionalmente, se identifican los numeradores y denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura, teniendo en cuenta dos variables de referencia: el ámbito en el que se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado, cuando se dan todas las formas de reconocimiento o pago en todos los ámbitos de prestación, se obtiene un total de sesenta indicadores por aseguradora.

Para seleccionar las aseguradoras con cobertura de calidad estadísticamente aceptable y que, por lo tanto, pueden hacer parte del estudio, se toman las coberturas de valor mayor o igual al 90%; sin embargo, cuando las aseguradoras no alcanzan este porcentaje, se determina el percentil 75, donde son eliminados los valores por encima de 100% y se procede a realizar la selección del conjunto de aseguradoras que pasan, revisando que en ningún caso las coberturas sean inferiores al 80%, dado que se estima que por debajo de ese nivel, se pone en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia.

➤ Evaluación de la suficiencia de la UPC

El objetivo central del análisis actuarial de tarifas, es fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones en salud a cargo de las aseguradoras, permitiendo simultáneamente un nivel esperado de utilidad. Esto no parece distinto a la fijación de tarifas en otros sectores, pero dado que un seguro es un contrato en donde el asegurador se obliga a responder en los términos acordados por los costos asociados a la posible siniestralidad futura, dichos costos resultan desconocidos al momento de fijar la tarifa y esto implica la necesidad de aplicar metodologías actuariales precisas para estimar una prima suficiente.

El abordaje que se presenta a continuación se basa en los principios y metodología reconocidos por la Casualty Actuarial Society, adaptada a las características propias del sistema de salud colombiano.

Ecuación fundamental del seguro

⁶ Dicha información es registrada en el formato de cobertura solicitado junto a la base de prestación de servicios a cada aseguradora.



Para un bien o servicio cualquiera, el precio de este es la suma del costo del bien o servicio y la utilidad que produce.

$$\text{Precio} = \text{Costo} + \text{utilidad}$$

Al analizar un seguro, es posible determinar en detalle las partes que componen el precio de la prestación o prima. El costo se refiere a la suma del valor final de las reclamaciones (siniestros), los gastos originados en la atención y ajuste de los siniestros y finalmente, los gastos en que debe incurrir el asegurador para garantizar la prestación, gastos de mercadeo y administración. Mientras que la utilidad será la diferencia entre las primas que emite el asegurador y la suma de los costos.

$$\text{Primas} = \text{Siniestros} + \text{Gastos por Ajustes de Siniestros} + \text{Gastos por Suscripción} + \text{Utilidad}$$

La ecuación arriba presentada es la ecuación fundamental del seguro y el objetivo del análisis de tarifa será conseguir que esta ecuación se encuentre propiamente balanceada, de tal forma que las primas sean suficientes para cubrir los costos y generar el nivel de utilidad esperado.

Para conseguir este balance es necesario que el proceso de fijación de tarifa cumpla con los siguientes puntos:

- I. Debe ser prospectivo, es decir, busca financiar una realidad futura
- II. Debe garantizar un balance global de la ecuación e individual en grupos de riesgo

Para garantizar este balance se reconocen dos métodos actuariales básicos para el ajuste de tarifas, a saber:

- Método de prima pura
- Método de la razón de pérdida o *loss ratio*

En el método de PRIMA PURA, la ecuación básica del seguro es planteada de la siguiente manera:

$$P_t = L + E_L + (E_F + V \times P_t) + (Q_t \times P_t)$$

P_t = Prima Indicada

L = Siniestros

E_L = Gastos por ajustes de siniestros

E_F = Gastos Fijos

V = Gastos Variables como porcentaje de las primas

Q_t = Nivel de utilidad en porcentaje de las primas

A partir de esta expresión, se despeja la prima, dando como resultado la prima suficiente:

$$P_t = \frac{L + E_L + E_F}{1 - V - Q_t}$$



El método de LOSS RATIO O RAZÓN DE PÉRDIDA, busca encontrar el incremento necesario sobre las primas actuales para garantizar que la ecuación fundamental del seguro se encuentre balanceada.

P_I = Prima Indicada

P_C = Prima Actual

Ind = Indicación de tarifa

Resolviendo para la indicación se encuentra la fórmula de aplicación:

$$Ind = \frac{L + E_t + E_f}{P_C (1 - V - Q_t)} - 1$$

Para la estimación de la UPC, se empleará el método de la razón de pérdida, por cuanto la prima en cada régimen se encuentra fraccionada.

Estimación del monto esperado de siniestros

Para la evaluación, los siniestros serán definidos como el valor esperado de las atenciones en salud, a financiar con las primas a cargo. Estas atenciones ocurrirán entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2019 y serán cubiertas con las primas generadas para las personas aseguradas durante el mismo período.

Dado que los siniestros han de ocurrir en un futuro, es necesario emplear las mejores estimaciones posibles para cuantificar el monto futuro de estas obligaciones, a partir del período de experiencia (2017). La experiencia observada en el período comprendido entre enero y diciembre de 2017 en ambos regímenes, es un período válido para estimar el costo futuro de las atenciones a realizarse con cargo a la UPC en el año 2019.

El cálculo se lleva a cabo tomando el costo observado al interior de cada grupo etario y geográfico (zonas de riesgo establecidas para UPC), el cual se divide por la población expuesta de ese grupo etario en el año de experiencia.

En relación con los medicamentos, es importante resaltar que el Gobierno nacional, a través de la Circular 03 de 2013, estableció la metodología para la aplicación del régimen de control directo de precios para los medicamentos que se comercialicen en el territorio nacional. Posteriormente, por diferentes circulares y con fundamento en dicha metodología, reguló los precios de algunos medicamentos, actualizando su valor según el Índice de Precios al Consumidor.

Bajo este orden, y con el propósito de afinar la estimación del costo esperado de los siniestros, se sustituyen los costos observados por los establecidos en la regulación expedida con base en la citada circular.

Por su parte, el cálculo de la población expuesta se obtiene sumando el número de años completos en el período de experiencia, desde el momento en que se registra la afiliación por grupo de riesgo. Así, si un individuo ingresa al sistema el 30 de junio de 2016 y se mantiene afiliado todo el resto de año, contará con medio año de exposición y sumará 0.5 unidades a



los expuestos. Si por el contrario, el individuo estuvo todo el año, contará por una unidad de exposición.

La exposición individual se define como: $e_j(t) = \frac{\text{Días vigentes en el periodo}}{360}$

La exposición total al interior del grupo j será: $Exp_j(t) = \sum e_i(t)$, en donde $m(T)$, se refiere al total de individuos del grupo j en el periodo; los días expuestos se estimarán con base en años de 360 días.

La prima pura a aplicar para cada persona afiliada en el 2018, será la razón entre los costos observados y ajustados por IBNR y tendencias, y los expuestos de la selección.

$$\hat{\mu}_j = \left(\frac{\sum_{i=1}^n X_i}{Exp_j(t)(1 + \xi)} \right) (1 + IBNR)(1 + \tau)(1 + f)$$

$\hat{\mu}_j$ = Prima pura de riesgo j

X_i = Costo de la atención en individuos del grupo de riesgo j

$IBNR$ = Ajuste por siniestros incurridos, pero no reportados y/o no correctamente reservados

τ = Trending por inflación

f = Trending por frecuencia

ξ = Factor de ajuste por compensaciones faltantes

Ajustos IBNR e IBNER

Para que una atención médica se convierta efectivamente en una obligación cancelada, es necesario llevar a cabo una serie de etapas que pueden variar dependiendo de los procesos que se dan al interior de cada EPS.

Así, cuando un paciente ingresa a una IPS (exceptuando el ingreso por urgencias), se inicia un proceso de autorización de servicios que una vez surta efecto, permitirá que se practiquen los procedimientos requeridos. Si se indaga en este momento a la EPS, acerca del monto incurrido por esta obligación, probablemente no tendría certeza, ni de los procedimientos, ni de los costos asociados y, por lo tanto, es muy posible que sus bases de datos no tengan aún registrada la ocurrencia de este evento.

Una vez terminada la atención al paciente, y con base en los acuerdos de voluntades establecidos entre IPS y EPS, las primeras reportan y cobran a las segundas, quienes a su vez, validan los costos que se les reportan y determinan las obligaciones a cancelar.

Por lo anterior, el monto y el número de las atenciones para un mismo periodo varía en función del momento en el que se recolecta y reporta la información. El proceso requerido para estimar



el verdadero monto y número de las reclamaciones, pasa por la estimación de la pérdida última y el cálculo de los montos incurridos y no reportados o no completamente bien estimados, conocidos actuarialmente como las reservas de IBNR e IBNER, siglas en inglés de *incurred but not reported* e *incurred but not enough reserve*, respectivamente.

Para que el valor estimado resulte adecuado, es necesario hacer una corrección por efecto del IBNR e IBNER que recoja aquellas atenciones incurridas, pero no perfectamente reportadas o reservadas.

Es una práctica común no estimar individualmente los ajustes de IBNR e IBNER, sino ajustar como un total ambos efectos dentro de la figura del IBNR. En el análisis estándar del IBNR, las metodologías más robustas se basan en la construcción de triángulos de desarrollo, en los cuales, se presenta la evolución del total de atenciones ocurridas por cada período y el monto incurrido, dependiendo del tiempo transcurrido desde la fecha de ocurrencia. Estos triángulos se emplean como base para la estimación de la evolución de los montos incurridos en el tiempo y poder hacer los ajustes requeridos. Dado que el presente estudio no dispone de la información para elaborar los triángulos de desarrollo, se estimará el IBNR como la diferencia entre la tendencia esperada del costo por expuesto mensual y el valor observado, empleando el siguiente proceso:

Se supondrá que el IBNR sobre el total de las reclamaciones según tiempo requerido para el desarrollo total d tendrá la forma: $\%IBNR = 1 - \rho^d$, en donde d es el tiempo (en meses) faltante para el desarrollo total y ρ , un parámetro cuyo valor absoluto es menor a la unidad y que permite recoger la menor carga de IBNR conforme el tiempo y las atenciones avanzan. De esta manera el costo observado de las atenciones $S(t, d)$, se puede modelar como:

$$S(t, d) = f(t)\rho^d$$

En donde $f(t)$ es una función tendencial cuyo objetivo es evidenciar el valor último de las atenciones y ρ^d es el factor de incompletitud por IBNR. Al estimar este modelo es posible calcular el ajuste de IBNR a aplicar para cada uno de los períodos de desarrollo empleados.

Dada esta estructura, los parámetros de esta ecuación se pueden estimar mediante el siguiente modelo lineal:

$$\ln(S(t, d)) = \ln(f(t)) + d \ln(\rho) + \varepsilon,$$

Una vez estimado, el IBNR asociado se estimará como la diferencia entre el valor esperado del desarrollo último y el valor observado así:

$$\overline{IBNR}_t = \hat{f}(t) - S(t, d)$$

Así las cosas, el valor último de las atenciones con base en este modelo se puede expresar como:

$$\hat{f}(t) = S(t, d)\hat{\rho}^{-d}$$

Y en consecuencia el IBNR se puede estimar como:



$$\overline{IBNR}_t = S(t, d)(\rho^{-d} - 1)$$

Para los ajustes pertinentes de IBNR se estimará el porcentaje en que deben incrementarse las reclamaciones observadas mediante el siguiente porcentaje de ajuste:

$$\frac{\sum S(t, d)(\rho^{-d} - 1)}{\sum S(t, d)} - 1$$

Ajuste por tendencias

Cualquier análisis de tarifa considera la relación entre los momentos de experiencia, aplicación y recolección de información para poder llevar a cabo procesos de estimación más precisos. Para tal efecto, se reconocen las siguientes diferencias:



Periodo de experiencia

Este es el horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las atenciones en salud que servirán como experiencia para la estimación de la(s) prima(s) pura(s) de riesgo. Debe notarse que el periodo de experiencia y el de aplicación o pronóstico son diferentes y salvo en circunstancias muy particulares, no es correcto emplear directamente los valores observados de atenciones del periodo de experiencia, como la expectativa de ocurrencia de los costos asociados con la prima en el periodo de aplicación, por ello se requieren ajustes o estimaciones.

Periodo de recolección de la información (periodo de análisis)

Corresponde al tramo de tiempo durante el cual se recolecta la información, lo cual explica la variación de los resultados como producto por ejemplo del IBNR, cuyo efecto disminuye conforme el tiempo avanza. El periodo de corte corresponde al momento en el cual se hace la recolección de la información, mientras que el de experiencia, cuenta por el periodo en el que se causaron las reclamaciones. Las diferencias entre el periodo de experiencia y el de aplicación llevan a que sea necesario ajustar las estimaciones mediante un proceso llamado Trending.

Periodo de aplicación o de pronóstico

Este es el periodo en el cual se darán las atenciones en salud a cargo de la UPC. Dado que se trata de un periodo futuro, no hay certeza sobre el número de atenciones que se llevarán a cabo, ni tampoco sobre el monto de recursos que implicarán. Dicho periodo de aplicación corresponde en este estudio al lapso comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2018.



Trending por inflación

Para llevar a cabo el proceso de Trending se considerarán los siguientes ajustes:

Trending por efecto inflacionario que llevará el costo de la atención a los precios esperados en el período de aplicación. Tomando los datos mensualizados, se actualiza cada registro mensual a precios de diciembre de 2018. Una vez hecho esto, las atenciones del mes de enero se proyectan a enero de 2019, empleando la inflación esperada según las proyecciones económicas realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Esto mismo se realiza con cada uno de los meses de la vigencia.

El factor por tendencia inflacionaria τ_{π} será la razón entre los costos actualizados a 2018 y la serie observada en 2017. El procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Se actualizan todos los costos al tiempo τ (Diciembre de 2018) mediante el uso del IPC

$S(\tau; t) = S(t) \prod (1 + \pi_i)$, en donde $S(\tau; t)$ se refiere al costo actualizado, π_i a la inflación mensual del acuerdo con el IPC y $S(t)$ al costo observado en el mes t .

2. Para el uso al período de aplicación ($T_0; T_1$) se emplea la inflación esperada; la actualización al período de aplicación, se realiza incrementando los costos por la inflación esperada hasta el mes de aplicación del costo, según la siguiente expresión:

$\tilde{S}(\tau; t) = S(\tau) \left[\prod_{i=1}^{\tau-t} (1 + \pi_i) \right] (1 + \pi_e(\tau))^k$ En donde $S(\tau)$ al costo observado en el mes τ .

$\tilde{S}(\tau; t)$ refiere al costo actualizado, π_i a la inflación mensual, $\pi_e(\tau)$ a la expectativa de inflación mensual al momento τ y k los meses que hay hasta el mes de aplicación desde el período τ .

3. Finalmente, el factor de tendencia ponderado a aplicar, será el incremento promedio de los meses de experiencia.

$$\tau_{\pi} = \frac{\sum_{t=1}^{12} \tilde{S}(\tau; t)}{\sum_{t=1}^{12} S(t)} - 1$$

Corrección por faltantes de exposición

Los procesos de compensación no son inmediatos y suelen evidenciar rezagos que vienen de períodos pasados. De hecho, cerca del 2.39% de las compensaciones que se hacen en un año,

Se proyecta a diciembre 2019 teniendo en cuenta la tendencia de los últimos períodos del Índice de Precios al consumidor (IPC)



corresponden a vigencias anteriores⁸. Dadas estas características, la medida de expuestos la cual toma como referencia las compensaciones a una fecha de corte, se encuentra subvalorada por cuanto compensaciones de asegurados con derecho en el periodo de exposición, se llevarán a cabo con posterioridad a la fecha de corte.

Esto trae como consecuencia que el número de expuestos en cada cálculo deba ser ajustado apropiadamente para recoger el faltante de compensación. La metodología para cuantificar el ajuste que es necesario por concepto de estos expuestos faltantes, empleará la técnica de triángulos de desarrollo de Chain ladder para su estimación, describiéndose en un triángulo, el mes de derecho de compensación Vs. los meses siguientes en los cuales se llevó a cabo la compensación, de manera efectiva a las EPS. De esta forma se puede ver cómo fueron desarrollados los procesos de compensación en el tiempo y estimar en consecuencia, el monto faltante por compensar.

Procedimientos, medicamentos y dispositivos que no hacen parte del Plan de Beneficios con cargo a la UPC, pero que tienen homólogos en el mismo.

La reglamentación vigente permite cubrir tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios y por tanto, que no son financiadas por la UPC, pero con algún homólogo dentro del plan. En este evento, se recobra la diferencia entre el costo de dicha tecnología y el de su homólogo. Para incorporar este costo dentro del cálculo de la prima, se toma la información que por tal concepto suministra la ADRES, incluyendo el valor del homólogo con cargo a la UPC. Este valor se estima para el Régimen Contributivo.

Trending por frecuencias

Las frecuencias son valores enteros no negativos, razón por la cual, se debe utilizar la metodología de datos de conteo de series de tiempo para pronosticar la frecuencia de uso de los servicios de salud. La metodología utilizada toma aquellas prestaciones de servicios de salud que han sido homogéneas en el tiempo, con una periodicidad mensual en cada EPS del Régimen Contributivo.

La revisión del componente de frecuencias se realizó a través de la variable de registros para el periodo 2008-2016. Para el cálculo se utilizó el modelo multiplicativo de la metodología de descomposición de series de tiempo, a partir de la tendencia y la estacionalidad de la serie.

$$Registros_{it} = T_{it} \cdot C_{it} \cdot E_{it} \cdot A_{it}$$

Donde:

T_{it} : Componente de Tendencia

C_{it} : Componente Cíclica

E_{it} : Componente Estacional

A_{it} : Componente Accidental

Componente de tendencia: Puede considerarse como el movimiento global de la serie a largo plazo. Suele obtenerse o describirse mediante ajuste a una función matemática o por medias móviles o alisamiento exponencial.

⁸ La compensación de los años anteriores ha disminuido con respecto a estudios anteriores como resultado del cambio de normatividad Resolución 4023 de 2013.



Componente cíclica: Son oscilaciones periódicas que se producen con una frecuencia superior a un año, suelen deberse a la alternancia de etapas de prosperidad económica (crestas), con etapas de depresión (valles).

Componente estacional: Son las fluctuaciones de periodicidad inferior a un año y reconocibles todos los años, que suelen tener que ver con el comportamiento de los agentes económicos al variar la época del año.

Componente accidental: Recoge la variabilidad en el comportamiento de la serie que se debe a pequeñas causas impredecibles.

Estimación de la Población 2017

Para la estimación de la población, se toman las proyecciones del DANE por municipio y grupo etario para los años 2016 y 2018. Esta proyección se agrega hasta obtener la población en cada año para los 56 grupos de riesgo vigentes que se notan como $Pob_i(t)$.

Para cada grupo de tarifa, se estima su tasa de crecimiento de la siguiente manera:

$$g_i(2019 - 2017) = \frac{Pob_i(2019)}{Pob_i(2017)} - 1$$

Esta tasa es aplicada a los expuestos del grupo i para encontrar la población expuesta en 2016.

$$Exp_Pob_i(2019) = Exp_Pob_i(2016) \times (1 + g_i(2017 - 2019))$$

Estimación de las primas actuales

La UPC, corresponde a la prima del seguro en el SGSSS. Su monto es percibido anualmente por las EPS, como un valor fijo por afiliado, ajustado según edad, sexo y ubicación geográfica, complementándolo con las cuotas moderadoras para el Régimen Contributivo y los copagos para ambos regímenes, con el fin de garantizar los recursos necesarios para la prestación y administración de los servicios definidos en el Plan de Beneficios con cargo a la UPC⁹.

Al constituirse en una prima, esta se divide en dos componentes:

Prima Pura

La prima pura de riesgo (PP), es el elemento más importante en la tarificación de seguros y es una medida del gasto de los siniestros por unidad de exposición, que corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado, atribuible exclusivamente a las reclamaciones que genera el riesgo cubierto. Este valor puede obtenerse como el cociente entre el valor total de las reclamaciones y el número de unidades de exposición al riesgo (o expuestos), esto es¹⁰:

⁹ Jairo Humberto Restrepo Zca. - Aurelio E. Méjia. Grupo de Economía de la Salud. Centro de Investigaciones Económicas Universidad de Antioquia

¹⁰ Metodología para calcular la prima pura de riesgo proyectada del SÓAT - Yennyfer Feo, Investigadora Dirección de Actuaría Fasescolda



$$PP = \frac{\text{Valor total de las reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}}$$

La exposición es la razón entre el número de días que tuvo vigencia una póliza dentro del año de estudio y el número de días del año.

La prima pura también puede expresarse de la siguiente forma:

$$PP = \frac{\text{Número de reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}} \times \frac{\text{Valor Total de las reclamaciones}}{\text{Número de reclamaciones}}$$

Luego la prima pura se puede definir como:

$$PP = \text{Frecuencia} \times \text{Severidad}$$

Prima Comercial

En seguros, la prima comercial de seguro (PC), se define como la cantidad de dinero necesaria para absorber el riesgo y permitir a la empresa aseguradora cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

Para determinar la prima comercial necesaria por cada variable de tarificación, se calculan los ingresos totales que se reconocerían con base en la expectativa del número de asegurados expuestos para el siguiente periodo y la estructura de UPC vigente. Este estimativo se lleva a cabo empleando las tasas de crecimiento poblacional y de afiliación de cada régimen. Así, a nivel global, los costos se expandirán al total de los asegurados, independiente que la EPS a la cual se encuentre afiliado pertenezca al grupo seleccionado para el estudio de sus costos.

De igual manera, los ingresos tendrán en cuenta todos los conceptos adicionales que se involucran dentro de la financiación de la prestación del servicio, que son:

Régimen Contributivo

1. Copagos
2. Cuotas moderadoras
3. Ingresos por recobros a ARL
4. Ingresos por cuotas de inscripción y afiliación
5. Ingresos por recobros a empleadores
6. Ingresos cuenta de alto costo
7. Ingresos acuerdo 026
8. Ingresos por duplicados de Carnets
9. Ingresos por Promoción y Prevención establecidos en el acto administrativo correspondiente

Régimen Subsidiado

1. Copagos
2. Ingresos cuenta de alto costo
3. Ingresos por duplicados de Carnets



Para los ingresos diferentes a la UPC, se ajustarán a sus valores esperados en 2019 de tal manera que todo el incremento en primas sea atribuible a la UPC.

Desde la perspectiva actuarial, la prima se calcula considerando **la siniestralidad** (frecuencia absoluta¹¹), entendida como el conjunto de eventos presentados y que son objeto de cobertura por un seguro y **la severidad**, entendida como el costo medio por siniestro. Estos dos elementos definen el costo agregado de las reclamaciones.

El costo agregado de las reclamaciones depende del número de afiliados expuestos que se siniestran ($N(t)$) y el costo de los siniestros (X_i). Por lo tanto, el costo total de los siniestros está dado por $S(t)$:

$$S(t) = \sum_{i=1}^{N(t)} X_i$$

El valor esperado del monto total de las reclamaciones, define el valor futuro de los siniestros en el año t . La prima se puede describir entonces como:

$$Prima = \frac{E(S(t)) = E(\sum_{i=1}^{N(t)} X_i)}{\text{Afiliados expuestos}} = \frac{E(N(t)) \cdot E(X_i)}{\text{Afiliados expuestos} \cdot \text{Costo medio por siniestro}}$$

$$Prima = \frac{E(N(t))}{\text{Afiliados expuestos}} \cdot E(X_i)$$

La frecuencia de la siniestralidad determina el número futuro de siniestros y dado que este número cambia a través del tiempo, no tenerlo en cuenta podría subestimar el monto de la prima. El cálculo de la frecuencia permite, entre otros aspectos, identificar los grupos de riesgo con mayor probabilidad de siniestrarse y que por ende, requieren acciones preventivas orientadas a disminuir su siniestralidad.

En el cálculo de primas de salud, la frecuencia y la severidad permiten establecer si el incremento en los costos agregados de las reclamaciones de salud se debe a un cambio en el perfil epidemiológico de la población, a una inducción en la demanda o a un mayor costo de las tecnologías sanitarias, entre otros aspectos, lo cual brinda valiosos elementos para establecer políticas públicas. Así mismo, sirve para realizar análisis tendientes a determinar las razones del incremento del costo o de los precios y como medida de seguimiento y control.

Ecuación Básica del Seguro en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

La ecuación básica del seguro es planteada de la siguiente manera:

$$P_t = L + E_t + (E_f + V \times P_t) + (Q_t \times P_t)$$

¹¹ La frecuencia absoluta (fx) se determina como el número de veces que se repite un dato x.



P_i = Prima Indicada

L = Sinistros

E_i = Gastos por ajustes de siniestros

E_f = Gastos Fijos

V = Gastos Variables como porcentaje de las primas

Q_i = Nivel target de utilidad en porcentaje de las primas

De esta expresión se despeja la prima dando como resultado la prima suficiente.

$$P_i = \frac{L + E_i + E_f}{1 - V - Q_i}$$

De acuerdo con la Ley 1438 de 2011, del total de la prima, máximo el 10% podrá destinarse a los gastos administrativos y utilidad, lo cual se traduce en los siguientes valores de los parámetros de la ecuación básica del seguro:

$$E_i = 0$$

Régimen Contributivo $E_f = 0$

$$V + Q_i = 0.1$$

De igual manera para el Régimen Subsidiado, el monto máximo destinado a gastos administrativos y de utilidad es del 8%, lo cual indica que los siguientes son los valores empleados para balancear la ecuación básica del seguro:

$$E_i = 0$$

Régimen Subsidiado $E_f = 0$

$$V + Q_i = 0.08$$

Indicación de tarifa

De acuerdo con las definiciones dadas, la indicación de incremento se estima como:

$$Ind = \frac{L}{P_c(1 - V - Q)} - 1$$

Dicha indicación, aplicada sobre el monto de las primas observadas, dará el incremento que se debe generar para financiar el plan de beneficios con cargo a la UPC. Finalmente, el incremento se estima como:

$$\frac{P_c Ind}{\text{ingresos UPC}} - 1 = Ind_{UPC}$$

Ajuste de Riesgo y Estimación de los Ponderadores de riesgo de la UPC

La evaluación de la ecuación básica del seguro, permite estimar a nivel global los requerimientos de prima para financiar la prestación de los servicios de salud. No obstante, lo anterior, es necesario ajustar las primas para que sean suficientes en los grupos de riesgo. Para la estimación de los costos de cada uno de los grupos se estima para cada variable su costo



promedio, basado en la experiencia individual resultante y los expuestos esperados tal como se presentan en el siguiente ejemplo:

Ejemplo de las relatividades dadas por sexo y zona

GÉNERO	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Hombre	650	268.000.000	412.308	1,000
Mujer	800	408.750.000	510.938	1,239
TOTAL	1450	676.750.000	466.724	

ZONA	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Zona I	900	405.000.000	450.000	1,000
Zona II	550	271.750.000	494.091	1,098
TOTAL	1450	676.750.000	466.724	

Las relatividades por variable son combinadas para producir las relatividades observadas.

Relatividades	Hombre	Mujer
Zona I	1,000 = 1,000 x 1,000	1,239 = 1,000 x 1,239
Zona II	1,098 = 1,098 x 1,00	1,361 = 1,098 x 1,239

Una vez se cuente con todas las relatividades y sobre la categoría cuya relatividad es uno, se estima su prima base como:

$$\pi_{base} = \frac{\text{Total Incurrido}}{\sum_{i=1}^k f_i \text{Exp}_i}$$

En donde f_i se refiere a las relatividades del costo del grupo, en relación con el grupo base y los expuestos del grupo.

Una vez se tienen estas relatividades, se calculan las demás primas, como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.

ESTIMACIÓN PRIMA PURA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Zona I	397.279	492.314	444.796
Zona II	436.204	540.550	502.606
TOTAL	409.256	513.417	466.724

Este método presenta inconvenientes relacionados con la probabilidad de doble ajuste, en situaciones en donde las variables presentan algún grado de correlación y con la dificultad de implementación, cuando se tienen muchas variables y/o categorías. Por ello, es recomendable el uso de metodologías multivariadas que permitan estimar de una mejor manera los efectos de cada uno de los factores empleados para el cálculo, mediante una regresión lineal de la forma

$\ln(\mu_i) = \beta_0 + \sum_{s=1}^M \beta_s D_s + \varepsilon_i$, en donde las variables μ_i se refieren al costo promedio del grupo de



riesgo i , D_i son variables "dummy" que indican la presencia de algún atributo particular de tarificación y ε_i es una variable aleatoria con distribución normal y media cero.

Una vez se haya estimado el modelo, los resultados del mismo permiten estimar las relatividades de riesgo a partir de la cual se estima la prima base y las primas por grupo de riesgo:

$$\pi_{base} = \frac{\text{Total Incurrido}}{\sum_{i=1}^j f_i \text{Exp}_i}$$

En donde, f_i se refiere a las relatividades del costo del grupo en relación con el grupo base y a los expuestos del grupo.

Una vez se tiene estas relatividades, se calculan las demás primas como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.

Aplicada la metodología descrita anteriormente, se fija la UPC y se definen sus ajustadores por edad sexo y ubicación geográfica, los cuales representan los mayores riesgos en salud que puede presentar una persona y que llevaría a una demanda de servicios de salud, lo cual queda materializado en el acto administrativo respectivo, que para el año 2020, corresponde a la Resolución 3513 de 2019.

(vii) ¿Qué estudios se efectuaron para fijar los recursos de la Unidad de Pago por Capitación para financiar los servicios y tecnologías de salud de los regímenes contributivo y subsidiado para la vigencia 2020 establecidos en la Resolución 3513 de 2019? ¿qué cambios se adoptaron respecto de los actos administrativos proferidos en el pasado?

Respuesta:

Para la determinación de la suficiencia de la UPC, vigencia 2020, fijada mediante la Resolución 3513 de 2019, se realizó el estudio denominado: "Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías en salud y servicios en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2020", el cual se encuentra publicado en la página web de este Ministerio, en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-ipc.aspx>

Como aspectos a resaltar para la vigencia 2020, frente a los años anteriores, se destaca la previsión contenida en el artículo 18 de la Resolución 3513 de 2019, relacionada con las características de la información que durante la vigencia 2020, reporten las EPS que operen el Régimen Subsidiado. Puntualmente, se dispone allí que para la realización del cálculo y fijación de la UPC de la vigencia 2021, la información enviada por tales entidades debe ser representativa en cuanto a calidad y cobertura y que en caso contrario, la UPC se incrementará atendiendo la inflación causada, observada con el último IPC reportado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE.



Adicionalmente y teniendo en cuenta la progresividad contemplada por este Ministerio para la implementación de las Rutas Integrales de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y para la Población Materno Perinatal y el impacto fiscal que ello demanda (Resolución 3280 de 2018, modificada por la Resolución 276 de 2019), en los anexos técnicos de la Resolución 3513 de 2019, se recogió dicha progresividad, los porcentajes de implementación gradual, y los indicadores de gestión de calidad en los servicios de las EPS de ambos regímenes.

“(viii) Atendiendo a lo planteado en la pregunta que precede, indique si dicha información y los referidos estudios permiten presupuestar una UPC suficiente, a pesar de tratarse de una diferenciada. Explique su respuesta. De igual manera, exponga cómo se logra que los servicios de salud del PBS unificado sean prestados de manera eficiente y oportuna a los usuarios de ambos regímenes.”

Respuesta:

Los escenarios de sostenibilidad financiera son estructurados para determinar el comportamiento de mediano y largo plazo de las principales variables financieras de la política de cobertura universal del aseguramiento, el goce efectivo del derecho a la salud, la progresividad y equidad, todo en el marco de la ley estatutaria de salud. Por ende, se tienen en cuenta variables del contexto macroeconómico como son el crecimiento del PIB, la tasa inflación, la tasa de desempleo, entre otras.

Otro de los aspectos a considerar es la eficiencia en el gasto público, para lo cual, el escenario proyectado para cada una de las vigencias fiscales debe ser consistente con la regla fiscal en cumplimiento de la Ley 1473 de 2011, la hoja de ruta del Plan Nacional de Desarrollo, y el Marco Fiscal de Mediano Plazo.

La metodología del estudio de sostenibilidad se basa en el análisis de los reconocimientos por UPC de cada uno de los regímenes, licencias de maternidad y paternidad, incapacidades de enfermedad general, actividades de promoción y prevención, presupuestos máximos, y demás variables propias del sector, que son proyectadas en función de variables poblacionales (coberturas de afiliación), del comportamiento esperado de las fuentes y usos de recursos definidos en la normativa, y de los principales objetivos de política del sector.

De esta forma, es un modelo de proyección del cierre financiero del logro de los objetivos de política del aseguramiento en el marco del SGSSS, el cual, en situación de ingresos proyectados inferiores a las necesidades financieras proyectadas (costos), determina una mayor financiación.

(ix) ¿Ha efectuado estudios para establecer la viabilidad de pagar un único valor, parecido a lo que hoy se conoce como UPC y con el cual se cubra la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud en ambos regímenes, excepto los excluidos? Al responder, indique si es posible unir los recursos destinados al pago de la UPC y los que se financian mediante los techos o presupuesto máximo. Explique su respuesta.

Respuesta:



No, a la fecha no se han adelantado estudios en este sentido, sin embargo, en principio es importante mencionar que con la propuesta de presupuestos máximos contenida en las Resoluciones 205 y 206 de 2020 y que responde a lo establecido por el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el SGSSS, continúa garantizando el derecho fundamental a la salud, en consonancia con el artículo 15 de la Ley 1751 de 2015, esto es, mediante la prestación de tecnologías en salud y servicios complementarios, estructurados sobre una concepción integral de la salud, que incluye la promoción, prevención, paliación, atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas.

Esta garantía se materializa mediante los tres mecanismos de protección, conocidos, a saber: i) mecanismo de protección colectiva que mancomuna riesgos individuales, a través del aseguramiento social. Los beneficios que contiene este mecanismo se establecen con base en un análisis a priori de las necesidades de la población; ii) presupuestos máximos, mediante los que se garantiza el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control y pago de tecnologías en salud y de servicios complementarios no garantizados con el mecanismo de protección colectiva (mancomunado riesgos individuales) y de servicios complementarios, y iii) mecanismo de exclusiones, que excluye algunos servicios y tecnologías de la financiación con recursos públicos asignados a la salud.

Ahora bien, con la propuesta de presupuestos máximos, se migra hacia el mecanismo colectivo en virtud de que se calcula ex ante, es predecible, los recursos fluyen de diferente forma y se deja la gestión en las EPS. Conforme con lo anterior, la propuesta avanza a que las tecnologías en salud sean gestionadas de forma integral y en la práctica, se incentiva a los agentes a cambiar la forma de contratar, gestionar y garantizar el derecho a la salud, ya que este se profundiza.

Con la implementación en la presente vigencia de las Resoluciones 205 y 206 de 2020, sobre presupuestos máximos, se espera contar con información detallada y el conocimiento del comportamiento de las tecnologías en salud allí cubiertas, permitiendo evaluar el alcance de estas disposiciones de cara al inmediato futuro. En tanto esto sucede, y se dispone del conocimiento suficiente sobre la ejecución de presupuestos máximos, los recursos entregados a las EPS bajo esta figura, deben manejarse de manera separada de los demás que reciben, entre otros, en razón a la necesidad de hacer el control y seguimiento de los mismos.

Finalmente, es importante resaltar que lo atinente al presupuesto máximo a que refiere el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019 y que como se anotó, fue desarrollado por las Resoluciones 205 y 206 de 2020, no constituye una medida que pueda evaluarse de forma aislada al conjunto de estrategias que permiten fortalecer la atención integral y avanzar en la sostenibilidad del SGSSS.

Bajo este orden, se enfatiza en cuanto a que se avanza de manera gradual en la profundización del derecho a la salud, a través del citado conjunto de estrategias, de las cuales, hacen parte los presupuestos máximos, y en señal de ello, no todo debe estar a cargo de determinado mecanismo. Así, el diseño de estos se hace conforme a la evolución y transición requerida para lograr la integralidad de la atención en salud de los usuarios.



(x) Atendiendo a que el Estado debe garantizar la prestación de todos los servicios y tecnologías en salud PBS, y que parte de estos se cubren con la UPC y otra parte con los presupuestos máximos o techos, explique si los dineros que cubrirán los servicios y tecnologías PBS NO UPC serán suficientes y cómo puede garantizar ello.

Respuesta:

Sobre esta inquietud, vale señalar que los presupuestos máximos definidos para cada EPS mediante la aplicación de las Resoluciones 205 y 206 de 2020, están diseñados tomando como fuente de información la base de datos de recobros/cobros de medicamentos, alimentos con propósito médico especial, procedimientos y servicios sociales complementarios, no financiados con cargo a la UPC de las vigencias 2015, 2016, 2017, 2018 y primer semestre de 2019, remitida por la ADRES a este Ministerio, utilizándose como referencia para las estimaciones realizadas el valor total de la factura, es decir, el valor recobrado/cobrado que contiene los valores de la entrega de estos servicios al paciente. Esta información disponible en la base SII_MYT, surge de los reportes realizados por las EPS, las demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud -IPS y las demás entidades recobrantes por la prestación de tecnologías no financiadas con UPC, reflejando la realidad de las transacciones de estos actores en el histórico de las vigencias incluidas en el análisis, que a su vez, consultan las necesidades de atención en salud de la población.

También es importante precisar que para las estimaciones realizadas, además de optar por el comportamiento histórico de la demanda de tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, en la Resolución 205 de 2020 se establecen diversas medidas actuariales incorporadas a los presupuestos máximos asignados, que parten del comportamiento de las cantidades iniciales, contemplando variaciones entre periodos observados (Delta), así como estimaciones de prestaciones no conocidas (IBNR), proyectadas a la vigencia 2020, las cuales garantizan recursos para atender tales eventualidades.

De otra parte, en el artículo 16 de la Resolución 205 de 2020, sobre *"Medidas para prevenir que se sobrepase el presupuesto máximo transferido"*, se establecen múltiples alternativas a seguir por parte de las EPS y la ADRES, que propenden por el cumplimiento del presupuesto máximo asignado.

Además, debe tenerse en cuenta que el presupuesto máximo se ajustará mensualmente debido al traslado de afiliados de una EPS a otra. Para el efecto, la ADRES realizará los traslados de los presupuestos máximos según corresponda y de acuerdo al per cápita de traslado definido.

Adicionalmente, para la ejecución de los presupuestos máximos, la Resolución 205 de 2020 tiene prevista la verificación de la gestión de los recursos, derivando amplias disposiciones a la ADRES, que le permitan desarrollar un minucioso proceso de seguimiento, monitoreo, auditoría y control del presupuesto máximo. Este proceso se enfoca a identificar la transferencia de los recursos y el control del manejo de los mismos, mediante auditorías y actividades tendientes a garantizar una eficaz y oportuna aplicación de los recursos.

Con la entrada en vigencia de la figura de presupuesto máximo, la ADRES dispondrá de un mes para publicar este proceso e implementarlo, abarcando a EPS, proveedores y operadores logísticos, gestores farmacéuticos, e IPS (monitoreo de prescripciones médicas inclusive). Con



esta medida se busca que la ADRES genere alertas con indicaciones preventivas y correctivas, tendientes a cumplir con el presupuesto máximo y que se haga público el resultado del seguimiento y monitoreo de dicho presupuesto, como mínimo por EPS o EOC, IPS, proveedor, operador logístico y región.

Anticipando la necesidad de ajustar este proceso, la ADRES podrá realizar un piloto para evaluar y ajustar la metodología propuesta; además, de manera complementaria, presentará a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, un informe de sus acciones de seguimiento y monitoreo de los recursos del presupuesto máximo, quien a su vez, emitirá las recomendaciones necesarias a este Ministerio, con todo lo cual, se busca generar un doble chequeo de la gestión y ejecución de estos recursos.

Ahora, de la mano con la obligación de garantizar a sus afiliados con cargo al presupuesto máximo, los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, la Resolución 205 de 2020 establece para las EPS la responsabilidad de la gestión de tales presupuestos, transitándose hacia un nuevo estado de las cosas con respecto al uso eficiente de los recursos del SGSSS, en donde es dable utilizar la tecnología que requiera el usuario, esperando así incentivar el uso de las tecnologías financiadas con la UPC, así como el desarrollo y profundización de nuevas formas de contratación que le permitan a la EPS, gestionar los recursos del presupuesto máximo, sin perjuicio de la prestación del servicio al usuario y el derecho que este tiene a acceder al mismo.

Con lo anterior, las EPS dispondrán de herramientas como modelos de atención, formas de contratación, conformación de redes de prestación de servicios de salud, establecimiento de guías o protocolos en forma conjunta con las redes de prestación de servicios de salud o instituciones prestadoras de servicios de salud, elementos claves para una adecuada gestión del riesgo en salud, garantes de la suficiencia de la asignación de presupuestos máximos.

Este conjunto de estrategias y herramientas, aplicables a los presupuestos máximos, permiten inferir escenarios de suficiencia de los recursos asignados para atender los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la UPC, los cuales, en todo caso, tal como lo señala el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, están supeditados a la gestión que de los mismos realicen las EPS, entidades que en virtud de la citada norma, podrán implementar mecanismos financieros y de seguros para mitigar el riesgo asociado a la gestión de los servicios y tecnologías no financiados con cargo a los recursos de la UPC.

