



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

MB  
262



Al contestar por favor cite estos datos:

Radicado No.: 201333201667671

Fecha: 10-12-2013

Página 1 de 1

Bogotá, D.C.,

Doctora  
**MARTHA VICTORIA SÁCHICA DE MONCALEANO**  
Secretaria General  
Corte Constitucional  
Calle 12 No. 7 – 65 Piso 2  
Palacio de Justicia  
Ciudad



08:10

**REF:** AUTO 263/12 VERIFICACIÓN AL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE LAS ÓRDENES VIGÉSIMO CUARTA Y VIGÉSIMO SÉPTIMA DE LA SENTENCIA T-760/2008. EXPEDIENTE T-1.281.247. Ordinal 9. Magistrado Ponente doctor JORGE IVÁN PALACIO PALACIO

Respetada doctora:

En atención a lo señalado por la Honorable Corte Constitucional en el ordinal 9º del Auto 263 de 2012, en el que dispone que las entidades a las que se les impartieron ordenes en dicha providencia, deben informar sobre los avances y resultados obtenidos en el cumplimiento de las mismas, me permito presentar, en el documento anexo, los resultados de las medidas que se han venido adoptando en relación con el proceso de recobros, para resolver los problemas relacionados con: **i)** Clarificación y actualización del contenido del Plan Obligatorio de Salud –POS, **ii)** Garantía en el flujo oportuno y efectivo de los recursos, **iii)** Procedimiento para la verificación, control y pago de las solicitudes de recobros y, **iv)** Transparencia en la administración de recursos.

El documento describe las acciones que se han adelantado en cada caso, partiendo de los problemas identificados, las medidas implementadas y sus resultados.

Atentamente,

  
**ALEJANDRO GAVIRIA URIBE**  
Ministro de Salud y Protección Social

Revisó/Aprobó: J Bonilla / M Muñoz

Carrera 13 No.32-76 - Código Postal 110311, Bogotá D.C

Teléfono: (57-1)3305000 - Línea gratuita: 018000952525 Fax: (57-1)3305050 -

www.minsalud.gov.co



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

## AVANCES RESPECTO AL CUMPLIMIENTO DE LA SENTENCIA T - 760 - PRESTACIONES EN SALUD NO CONTENIDAS EN EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD - NO POS

La Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760 de 2008 pone en evidencia los problemas que el Sistema de Seguridad Social en Salud tiene para garantizar el acceso integral a los servicios de salud, generándose una vulneración al derecho fundamental a la salud. Las evidencias provienen de los fallos de tutela proferidos con el objetivo de garantizar este acceso, en relación con: i) Desactualización e incertidumbre de los contenidos del plan de beneficios, ii) Tecnologías en salud no incluidas en los planes de beneficios, iii) Barreras de acceso a la prestación de los servicios, iv) Ausencia de integralidad y continuidad en la prestación, como los más representativos.

Ahora bien, los problemas observados, son la consecuencia de la falta de regulación del sistema de salud, que no ha adoptado decisiones que les garanticen a las personas su derecho a la salud sin tener que acudir a la acción de tutela.

### Antecedentes

La Sentencia T-760 señala los problemas jurídicos relacionados con la regulación del sistema de protección del derecho a la salud, para lo cual advierte la necesidad de que el regulador adopte las medidas pertinentes para corregir las fallas persistentes en la financiación de los servicios médicos que se requieran con necesidad y los cuales no están contenidos en el Plan de Beneficios, por lo cual profirió las siguientes ordenes:

*"Vigésimo cuarto. Ordenar al MPS y al administrador fiduciario del Fosyga que adopten medidas para garantizar que el procedimiento de recobro por parte de las Entidades Promotoras de Salud ante el Fosyga, así como ante las entidades territoriales respectivas, sea ágil y asegure el flujo oportuno y suficiente de recursos al sistema de salud para financiar los servicios de salud, tanto en el evento de que la solicitud se origine en una tutela como cuando se origine en una autorización del Comité Técnico Científico.*

*Para dar cumplimiento a esta orden, se adoptarán por lo menos las medidas contenidas en los numerales vigésimo quinto a vigésimo séptimo de esta parte resolutive."*

*"Vigésimo séptimo. Ordenar al Ministerio de Protección Social que tome las medidas necesarias para que el sistema de verificación, control y pago de las solicitudes de recobro funcione de manera eficiente, y que el Fosyga desembolse prontamente los dineros concernientes a las solicitudes de recobro. El Ministerio de Protección Social podrá definir el tipo de medidas necesarias.*

*El Ministerio de Protección Social también podrá rediseñar el sistema de recobro de la manera que considere más adecuada, teniendo en cuenta: (i) la garantía del flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, (ii) la definición de un trámite ágil y claro para auditar las solicitudes de recobro sin que el tiempo que dure el auditaje obstaculice el flujo de los recursos (iii) la transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga y (iv) la asignación de los recursos para la atención eficiente de las necesidades y prioridades de la salud".*

En diciembre de 2012, la Honorable Corte Constitucional profirió el Auto 263, a través de cual se realizó la verificación del grado de cumplimiento de las órdenes arriba citadas, concluyendo:

*"(...) que las fallas estructurales identificadas en el sistema de recobros desde la T-760 de 2008, continúan afectando la sostenibilidad financiera del sistema, así como el flujo de recursos al interior del mismo, lo que inevitablemente ocasiona una limitación al acceso a los servicios que suplen las necesidades en salud de los usuarios. Igualmente, según lo observado por esta Corporación, el procedimiento vigente pareciera estar configurado para funcionar de manera retardada y lenta.*

*Por consiguiente se concluye que no se han cumplido con los cometidos de la orden vigésimo séptima, razón por la cual se declarará su incumplimiento.*



*La Sala reitera que la política pública en salud supone una serie de elementos (diseño, derechos, necesidades, priorización, cobertura de servicios, planeación, financiación, etc.), que deben estar orientados a la obtención del goce efectivo del derecho a la salud, por lo cual no basta con adoptar dichas medidas, sino que aquellas funcionen adecuada, ágil y suficientemente. (...)*

En este sentido, por el incumplimiento que se observa en el tema de cobros, la Honorable Corte Constitucional ordena mediante el Auto 263 de 2012, al Gobierno Nacional rediseñar el proceso para resolver los problemas relacionados con: i) Clarificación y actualización del contenido del Plan Obligatorio de Salud –POS, ii) Garantía en el flujo oportuno y efectivo de los recursos, iii) Procedimiento para la verificación, control y pago de las solicitudes de cobros y iv) Transparencia en la administración de recursos.

En respuesta a lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional, a continuación se describen las acciones que se han adelantado en cada caso, partiendo de los problemas identificados, las medidas implementadas y sus resultados.

**1.1 Síntesis de problemas y medidas adoptadas**

PROBLEMA	MEDIDAS ADOPTADAS
Incertidumbre del contenido de los planes de beneficios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ampliación de las concentraciones de los medicamentos<sup>1</sup> contenidos en el POS (Acuerdo 021 de 2011).</li> <li>• Definición, aclaración y actualización integral del POS (Acuerdo 029 del 28 de diciembre de 2011).</li> <li>• Expedición de las resoluciones 4251 de 2012 y 3778 de 2013 mediante los cuales se aclararon contenidos del POS.</li> <li>• Expedición de conceptos sobre la definición de tecnologías en salud POS / NO POS por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.</li> </ul>

**1.2 Resultados logrados con las medidas adoptadas**

Con base en las medidas adoptadas se observan los siguientes resultados:

**a) Incremento de la UPC**

El Ministerio de Salud y Protección Social desde hace 8 años ha venido desarrollando e implementando los estudios actuariales y estadísticos para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación –UPC. Dentro de los mejoramientos que se han adoptado, está desligar la UPC de las diferentes variables macroeconómicas, como son el incremento del salario mínimo mensual y la tasa de inflación.

<sup>1</sup> Hidromorfona de 5mg tab, Metadona de 40 mg tab y Morfina 3% emp.



En este sentido, la definición de la UPC tiene en cuenta el comportamiento histórico del gasto per cápita, la frecuencia de uso y el costo promedio de cada uno de los servicios incluidos en el POS y que fueron prestados a los usuarios del Sistema en todo el país, incluyendo, de manera adicional, las evaluaciones de nuevas tecnologías –No POS– y su respectivo impacto financiero.

Tales decisiones, han implicado, por ejemplo, que el incremento de la UPC promedio para el periodo comprendido entre 2005 a 2013 sea superior al promedio de crecimiento de la inflación. Se resalta que la actualización del POS y la fijación de la UPC para el 2012 del régimen contributivo fue del 9.4%, lo que permitió la inclusión de **128 nuevos medicamentos**, que en combinación con otras medidas, ha permitido la reducción de la tendencia de crecimiento de los valores recobrados.

### b) Cambios en la composición y valores de los medicamentos recobrados

Con las actualizaciones del Plan Obligatorio de Salud –POS y en especial las realizadas mediante los acuerdos 008 de 2009 y 029 de 2011 de la Comisión de Regulación en Salud –CRES y las resoluciones expedidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, se han venido ampliando, definiendo y aclarando los contenidos del POS, lo que ha generado un cambio en la composición y una disminución en los valores recobrados. Se observa que los medicamentos de mayor valor recobrado en 2009 y 2010 decrecen sostenidamente con su inclusión en el plan de beneficios, haciendo que actualmente no sean los primeros medicamentos objeto de recobro ante el Fosyga.

La actualización del POS es un ejercicio continuo sobre el cual se hacen las respectivas evaluaciones, de manera que las inclusiones son graduales, consultando su sostenibilidad financiera, de manera que no todas las nuevas tecnologías pueden ser incorporadas en un solo Acuerdo o decisión.

En el **Cuadro No. 1** se presenta el listado de los medicamentos más recobrados, discriminados entre 2010-2011 y 2012-2013, evidenciando que el medicamento *rituximab* que ocupaba el primer puesto en 2010-2011, pasa a ocupar el puesto dieciséis en 2012-2013, luego de su inclusión en el POS a partir de 2012. Para este medicamento el **Cuadro No. 2** presenta el comportamiento del valor recobrado y del número de recobros por vigencia entre 2006 y 2013, éste último con corte agosto. En este mismo sentido y para el mismo periodo, otros medicamentos que estaban en la lista de los mayores recobrados ya no aparecen o su participación se disminuye.

**Cuadro No. 1**  
**Cambios en la composición y valores de los medicamentos recobrados**

Puesto	Medicamento	Valor recobrado 2010 - 2011 Miles de millones \$	Puesto	Medicamento	Valor recobrado 2012 - 2013 Miles de millones \$
1	RITUXIMAB	238	1	ADALIMUMAB	150
2	ADALIMUMAB	192	2	FACTOR VIIa RECOMBINANTE	107
3	TRASTUZUMAB	186	3	FACTOR VIII COMPLEJO COAGULANTE	97
4	SOMATROPINA	146	4	INFLIXIMAB	91
5	INFLIXIMAB	140	5	BEVACIZUMAB	77
6	ETANERCEPT	124	6	ABATACEPT	58
7	MICOFELONATO DE MOFETILO	118	7	INTERFERON BETA 1B	53



Puesto	Medicamento	Valor recobrado 2010 - 2011 Miles de millones \$	Puesto	Medicamento	Valor recobrado 2012 - 2013 Miles de millones \$
8	FACTOR VIIa RECOMBINANTE	118	8	VITALES NO DISPONIBLES	50
9	IMATINIB	118	9	CERTOLIZUMAB	49
10	BEVACIZUMAB	97	10	RANIBIZUMAB	45
11	INTERFERON BETA 1B	92	11	PALIVIZUMAB	44
12	INTERFERON BETA 1A	84	12	TERIPARATIDA	44
13	TACROLIMUS	82	13	IMIGLUCERASA	43
14	FACTOR VIII COMPLEJO COAGULANTE	74	14	BORTEZOMIB	39
15	LEVETIRACETAM	62	15	TOCILIZUMAB	39
16	BORTEZOMIB	50	16	RITUXIMAB	39
17	BOSENTAN	43	17	ILOPROST	31
18	TEMOZOLOMIDA	41	18	TEMOZOLOMIDA	25
19	ABATACEPT	27	19	TRASTUZUMAB	22
20	IMIGLUCERASA	24	20	INTERFERON BETA 1A	19

Fuente: Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social (DAFPS).

**Cuadro No.2**  
**Comportamiento del valor recobrado y del número de recobros – Medicamento Rituximab**

Vigencia	Número de Recobros	Valor Recobrado Miles de millones \$
2.006	1.474	10
2.007	2.096	21
2.008	5.985	61
2.009	12.812	119
2.010	15.656	139
2.011	16.364	100
2.012	5.100	31
2.013	1.143	8

Fuente: Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social (DAFPS).

Ahora bien, aunque el incremento de la UPC ha sido importante y las actualizaciones a los contenidos del plan de beneficios se han venido realizando, estas acciones han resultado insuficientes para que el número de los recobros presentados ante el Fosyga disminuya, por el contrario, éste se ha aumentado: entre 2009 y 2012 se registró un crecimiento del 62%, al pasar de 2.646.164 recobros radicados en 2009 a 4.278.329 en 2012. La innovación tecnológica en salud lleva a que en el mercado fácilmente una tecnología se sustituya por otra, llevando a que los nuevos productos contrarresten los efectos que se buscan con la incorporación de tecnologías que antes no eran consideradas.

### c) Aclaración de los contenidos del POS

En el proceso de auditoría a los recobros presentados por las Entidades Promotoras de Salud –EPS se impone la glosa "Cuando los valores objeto de recobro ya hayan sido pagados por el Fosyga" (Código 1-03), para aquellos medicamentos, procedimientos o insumos que están contenidos en el plan de beneficios. Sobre dicha glosa, en algunos casos, las entidades recobrantes divergen o manifiestan su no conformidad con la interpretación adoptada en la auditoría integral, razón por la cual el Gobierno Nacional



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

267

adoptó un mecanismo tendiente a establecer los lineamientos y procedimientos orientados a la solución de tales divergencias.

En desarrollo de dicho mecanismo, y en virtud del Decreto Ley 019 de 2012 se expidió el Decreto 1865<sup>2</sup> y la Resolución 2977 de 2012<sup>3</sup>, que establecieron las condiciones, requisitos y términos para resolver las divergencias recurrentes que se llegaren a presentar.

Para el trámite de aquellos recobros glosados por considerar que la tecnología se encontraba incluida en el plan de beneficios y cuyos resultados de auditoría fueron informados a las entidades antes de la entrada en vigencia del Decreto Ley 019 de 2012<sup>4</sup>, el Ministerio expidió la Resolución 4251 de 2012<sup>5</sup>, la cual precisó con los debidos detalles coberturas del POS, permitiendo aclarar los conceptos relacionados con la integralidad, la cobertura de los medicamentos, sus indicaciones autorizadas y forma de producción, entre otros. Asimismo, definió los contenidos relacionados con los dispositivos médicos, los radiofármacos, medios de contraste y soluciones, así como los procedimientos, entre ellos, las terapias ABA.

De manera adicional y atendiendo a las precisiones realizadas por la citada Resolución, el Ministerio expidió la Resolución 3778 de 2013<sup>6</sup>, que permite que los recobros glosados por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el plan de beneficios y cuya glosa se haya comunicado con posterioridad a la entrada en vigencia del Decreto Ley 019 de 2012, puedan ser objeto del trámite de divergencias recurrentes previsto en la Resolución 2977 de 2012. Asimismo, ésta Resolución introduce precisiones adicionales respecto a los conceptos de concentraciones y equivalencias de los medicamentos, almacenamiento y dispensación del oxígeno gaseoso, stent coronario, dispensadores de medicamentos y atención domiciliaria. De igual forma complementa los conceptos de la Resolución 4251 sobre terapias ABA, audífonos, elementos para el cuidado de las enterostomías y los dispositivos para toma de glucometría.

De manera complementaria, y ante la presentación de inquietudes por las entidades recobrantes sobre la cobertura del plan de beneficios para determinadas tecnologías en salud, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, he venido generando conceptos, que se utilizan para la fijación de criterios, que la firma auditora de las solicitudes de recobros debe observar y aplicar; gracias a esos pronunciamientos se han logrado precisar los lineamientos respecto a los medicamentos, procedimientos e insumos más recobrados como son: Factor VII enriquecido con Von Willebrand, uso del neuronavegador, stent coronario medicado e implante de marcapasos tricamerales, cardioresincronizador, sin otra desagregación (SOD) e integralidad del NO POS.

Estas aclaraciones y precisiones de los contenidos del plan de beneficios se reflejan en una disminución del valor de los recobros que han sido glosados por considerar que las tecnologías se encuentran en el POS, como se observa en el **Gráfico No. 1**, en donde la glosa POS en el 2009 representaba el 10% del valor total glosado, mientras que en lo corrido de la vigencia 2013, la participación es del 5%.

<sup>2</sup>Por el cual se reglamenta el artículo 122 del Decreto-ley 019 de 2012.

<sup>3</sup>Por la cual se delimitan los términos, requisitos, formatos y períodos de radicación de que trata el artículo 5° del Decreto número 1865 de 2012.

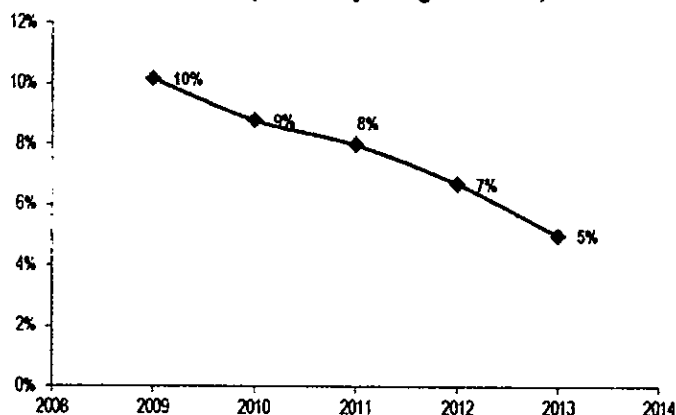
<sup>4</sup>Por la cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública.

<sup>5</sup>Por la cual se modifica el artículo 4° de la Resolución número 2977 de 2012 y se dictan otras disposiciones.

<sup>6</sup>Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012, modificada por la Resolución número 4251 de 2012 y se dictan otras disposiciones.



**Gráfico No. 1**  
**Comportamiento del porcentaje de glosa POS, 2009 – 2013**



Fuente: DAFPS. Porcentaje del 2013 con corte agosto.

Por último y para resolver de fondo la problemática generada en la definición de los contenidos del POS, se está avanzado en:

- En la actualización del POS para 2014 se prevén cambios en la ampliación de los contenidos del POS frente a las formas farmacéuticas y concentraciones – tabletería vía oral –.
- Inclusión en el proyecto de Ley "Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones", la eliminación del concepto de POS / NO POS, centrándose exclusivamente en definir los criterios para determinar las exclusiones, adoptando así un plan de beneficios integral que incluya todas las patologías.



### 2.1 Síntesis de problemas y medidas adoptadas

PROBLEMA	MEDIDAS ADELANTADAS
El flujo de recursos del proceso de recobros no satisface las necesidades de los diferentes actores (EPS – IPS), poniendo en riesgo el acceso en condiciones de oportunidad al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Giro previo a la auditoría integral a las solicitudes de recobros.</li> <li>• Giro directo a los proveedores de tecnologías en salud No POS.</li> <li>• Saneamiento de cuentas por recobros.</li> </ul>

### 2.2 Resultados logrados con las medidas adoptadas

Las medidas orientadas a garantizar el flujo de recursos para los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, han permitido que disminuya la carga financiera que las Entidades Promotoras de Salud deben asumir en la financiación de las tecnologías en salud No POS.



En **primer lugar**, con el mecanismo que permite efectuar pagos de forma previa al proceso de auditoría integral a las solicitudes de recobros radicadas, se optimiza el flujo de caja de las entidades recobrantes. La implementación de esta medida se realizó de manera gradual: inició en julio de 2011, estableciendo un porcentaje equivalente al 30%<sup>7</sup> del valor de las solicitudes presentadas, que se giraba directamente a las EPS; posteriormente, dicho porcentaje fue sustituido por un porcentaje variable<sup>8</sup> que se calculaba de acuerdo con el valor total de los recobros radicados, considerando la glosa promedio, una desviación estándar y la información de cada EPS. En noviembre de 2011<sup>9</sup>, se introdujo un ajuste para que las entidades que se acogieran a dicha medida presentaran un plan de pagos con las Instituciones Prestadoras de Servicios –IPS, en el que se evidenciara que las obligaciones originadas en prestaciones de servicios de salud con esas IPS, se atendiera de manera prioritaria. En la vigencia 2012, la medida se ajustó nuevamente, supeditando que del giro autorizado, mínimo el 50% se debía realizar a las IPS.

En **segundo lugar**, y ante la necesidad de continuar disminuyendo la carga financiera de las EPS, en septiembre del 2012<sup>10</sup>, el Ministerio definió una excepción dentro de los requisitos establecidos en el procedimiento de presentación de las cuentas por las entidades recobrantes, por concepto de medicamentos no incluidos en el plan de beneficios, suministrados de forma ambulatoria, permitiendo que estos recobros se presentaran sin la constancia de cancelación de la factura de venta o documento equivalente del respectivo proveedor de la EPS. Dicha medida fue ampliada, en julio de 2013<sup>11</sup>, para que la excepción del requisito señalado no aplicara únicamente para los medicamentos entregados de manera ambulatoria, sino para todas las tecnologías en salud No POS suministradas por un conjunto de proveedores identificados por su participación en el total del valor aprobado por concepto de recobros durante un periodo de tiempo determinado. La ampliación de la medida, también estableció giro previo a los proveedores identificados.

En el **Cuadro No. 3** se presenta de manera consolidada los recursos girados de manera previa, tanto a las entidades recobrantes como a los proveedores de tecnologías en salud No POS e IPS, en el periodo julio de 2011 – agosto de 2013. En total se han girado cerca de \$2.8 billones, que representan el 60% del valor aprobado de las solicitudes radicadas durante ese periodo de tiempo.

**Cuadro No. 3. Pago previo de recobros**

Descripción	Valor girado directamente a EPS (1)	Valor girado directamente a proveedores e IPS			Total pago Previo (5)= (1+4)
		Con constancia de cancelación (2)	Sin constancia de cancelación (3)	Total (4)= (2+3)	
Giros realizados entre julio 2011 – octubre 2013	1.750	839	188	1.027	2.777

Fuente: DAFPS.

<sup>7</sup> Resolución 1275 de 2011. Por la cual se establece una medida de pago dentro del procedimiento de recobro para garantizar el flujo oportuno de recursos a las Entidades Promotoras de Salud.

<sup>8</sup> Resolución 4955 de 2011. Por la cual se modifica la Resolución 1275 de 2011.

<sup>9</sup> Resolución 65 De 2011. Por la cual se establece una medida de pago dentro del procedimiento de recobro para garantizar el flujo oportuno de los recursos a las Entidades Promotoras de Salud.

<sup>10</sup> Resolución 2851 de 2012. Por la cual se modifican los artículos 10, 11, 15 y 16, modificados por los artículos 1º, 2º, 4º y 5º de la Resolución número 3754 de 2008, y los artículos 13 y 14 de la Resolución número 3099 de 2008.

<sup>11</sup> Resolución 2729 de 2013. Por la cual se modifica la Resolución número 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones números 3754 de 2008 y 2851 de 2012 y se dictan otras disposiciones





En tercer lugar, teniendo en cuenta que no todas las solicitudes de recobro radicadas por las EPS son objeto de aprobación en la auditoría integral, el Ministerio adelantó una revisión de los valores no aprobados. Para el efecto, solicitó información a las EPS de los valores glosados, que posteriormente fue cruzada con la contenida en la base de datos del Fosyga, hallando diferencias que fueron objeto de corrección por las entidades. Al término de dicha labor, se concluyó que el monto de valores glosados desde 2005 hasta octubre de 2011 fue de \$1.4 billones, distribuido por tipología de glosas, de la siguiente manera:

**Cuadro No. 4. Glosa 2005 – 2011**

Tipología de Glosa	Miles de millones \$ Valor glosado
Extemporaneidad	285
Tecnología en Salud es POS	403
Administrativa	725
<b>Total</b>	<b>1.413</b>

Fuente: Información suministrada por las entidades recobrantes. 2011.

Con base en estos resultados, se plantearon alternativas de solución, que luego de su evaluación se adoptaron como mecanismos de saneamiento de cuentas para los recobros glosados, de acuerdo con la tipología definida. Así, para resolver las glosas únicas de extemporaneidad y la aplicada por considerar que la tecnología en salud se encontraba incluida en el plan de beneficios, se dispuso en los Artículos 111 y 122 del Decreto Ley 019 de 2012, que por una única vez, el Fosyga reconocería y pagaría los recobros que habían sido glosados por dichas causales, previa realización de una nueva auditoría integral. Por el mecanismo previsto en el Artículo 111 se aprobaron solicitudes de recobros por \$139 mil millones y por el mecanismo definido en el Artículo 122, las entidades recobrantes radicaron recobros por \$84 mil millones y se efectuó pago previo por \$61 mil millones.

Respecto a la glosa de carácter administrativo, un mecanismo similar se habilitó mediante el Artículo 11 de la Ley 1608 de 2013<sup>12</sup>, reglamentado mediante el Decreto 347<sup>13</sup> y la Resolución 832 de 2013<sup>14</sup>. Con esta normativa, se definieron los elementos esenciales que demuestran la existencia de la respectiva obligación para el reconocimiento y pago de los recobros, de tal forma que en el nuevo proceso de auditoría integral se verificaran dichos requisitos. Los elementos esenciales están relacionados con: i) La no inclusión de la tecnología en salud objeto de recobro en el plan de beneficios, ii) El derecho del usuario a la prestación del servicio y, iii) La ordenación de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios mediante fallo de tutela o Comité Técnico Científico –CTC, así como el suministro de la misma al usuario y su pago por la entidad recobrante. Con base en estas disposiciones, entre abril y septiembre de 2013, las entidades han presentado solicitudes de recobros con glosa de carácter administrativo por valor de \$268 mil millones, sobre los que se ha realizado giros por un valor cercano a los \$131 mil millones.

Cabe precisar que los recursos que resultaron aprobados por los tres mecanismos de saneamiento de cuentas antes reseñados, incluidos los de pago previo, se autorizaron de manera directa a IPS habilitadas, esto es, cerca de \$331 mil millones.

<sup>12</sup> Por medio de la cual se adoptan medidas para mejorar la liquidez y el uso de algunos recursos del Sector Salud.

<sup>13</sup> Por el cual se reglamenta el inciso 4° del artículo 11 de la Ley 1608 de 2013.

<sup>14</sup> Por la cual se definen los términos, requisitos, formatos, periodos de radicación y criterios de evaluación de los recobros y reclamaciones de que trata el Decreto 347 de 2013.



**Cuadro No. 5. Valor autorizado por mecanismos de saneamiento**

Miles de millones \$	
<b>Mecanismo</b>	<b>Valor</b>
Extemporaneidad	139
Tecnología en Salud es POS	61
Administrativa	131
<b>Total</b>	<b>331</b>

Fuente: DAFPS. 2013.

Como resultado de estas medidas, así como de las adoptadas para la aclaración de los contenidos del POS, la ampliación del término para la presentación de los recobros ante el Fosyga, la optimización de los criterios de auditoría y la identificación de los elementos esenciales del recobros, el porcentaje de glosa ha registrado una disminución importante en el último año, hecho que se ha traducido en un mejor flujo de recursos para las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**3.1 Síntesis de problemas y medidas adoptadas**

De acuerdo con lo señalado en la Sentencia T-760 de 2008 y en los diferentes Autos de seguimiento de la Honorable Corte Constitucional, los problemas observados en el procedimiento de recobros son:

<b>PROBLEMA</b>	<b>MEDIDAS ADELANTADAS</b>
Ausencia de regulación para la autorización y reconocimiento de prestaciones de salud y servicios médicos no incluidos en el POS.	El capítulo I de la Resolución 3099 de 2008 <sup>15</sup> , establece entre otros, el procedimiento para la evaluación, aprobación y desaprobación de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidas en el plan de beneficios.
En los requisitos para la presentación de solicitudes de recobros originados por órdenes de tutelas, se solicita la constancia de ejecutoria del fallo.	La Resolución 3099 de 2008 suprimió el requisito de la primera copia del fallo de tutela con constancia de ejecutoria previsto en el literal b) del artículo 11 de la Resolución 2933 de 2006, así como la copia auténtica del fallo de tutela y la condena expresa al FOSYGA en la parte resolutoria de los fallos.
Causal de glosa "Principio activo en POS", para el caso de medicamentos recetados en denominación de marca.	La Resolución 3099 de 2008 incluyó las reglas para determinar el monto a reconocer y pagar por las solicitudes de recobro, que previa realización de auditoría integral resulten aprobadas.
Represamiento de solicitudes de recobro por i)	• Plan de contingencia del entonces Ministerio de la

<sup>15</sup>Por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, Fosyga, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico-Científico y por fallos de tutela.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

272

### PROBLEMA

termino previsto en el Decreto 1281 de 2002, para la presentación de las solicitudes de recobro ante el Fosyga, e ii) insuficiente capacidad de respuesta de la entidad encargada de la auditoría.

Ausencia de un trámite ágil y claro para auditar cada solicitud de recobro sin que el tiempo que dure la auditoría obstaculice el flujo de los recursos.

### MEDIDAS ADELANTADAS

Protección Social y del Consorcio Administrador de los recursos del Fosyga – FIDUFOSYGA 2005, en el mes de noviembre de 2008, con el fin de tramitar y agilizar las solicitudes de recobros atrasados, con su correspondiente cronograma, el cual fue remitido a la Honorable Corte Constitucional.

- Mediante el artículo 111 del Decreto Ley 019 de 2012, se amplió el término para la presentación de las solicitudes de recobro, de seis meses a un año.
- El Ministerio adoptó dos medidas de ajuste institucional: la creación de la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, que de conformidad con el Decreto Ley 4107 de 2011, tiene como función, entre otras, la administración del Fosyga y la separación de las funciones de auditoría integral de los recobros y de la administración fiduciaria de los recursos de dicho Fondo.
- Con la Resolución 2851 de 2012, modificada con la Resolución 2729 de 2013, se estableció una excepción dentro de los requisitos establecidos en el procedimiento de presentación de las cuentas por las entidades recobrantes.

- Expedición de la Resolución 3099 de 2008 y sus modificaciones, las cuales se han venido realizando para lograr que el proceso del recobro sea claro y ágil mediante la definición de los siguientes elementos: i) El procedimiento mediante el cual las entidades recobrantes pueden presentar sus solicitudes ante el Fosyga, ii) El trámite que deben adelantar los médicos tratantes ante el Comité Técnico Científico, para la autorización de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, iii) Los requisitos que las entidades recobrantes deben observar en la presentación de sus solicitudes, iv) Las glosas aplicables en los casos que las entidades recobrantes no cumplan con los requisitos exigidos y v) Los anexos técnicos que definen la estructura de la captura de la información del proceso de recobros.

- Optimización de los criterios de auditoría aplicados a los recobros radicados a partir de marzo de 2013.
- Estandarización de códigos, criterios y validaciones



PROBLEMA	MEDIDAS ADELANTADAS
	utilizadas en la auditoría integral de los recobros. <ul style="list-style-type: none"> <li>Expedición de la Resolución 458 de 2013, que unificó el procedimiento del recobro ante el Fosyga.</li> <li>Diseño e implementación de la radicación Web de las solicitudes de recobros.</li> </ul>
Deficiencia en los procedimientos de auditoria que aseguren la legalidad y la consistencia de los recobros que se presentan ante el Fosyga	Actualización periódica al manual de auditoría e inclusión de especificaciones relacionadas con reporte al Sistema de Información de Precios de Medicamentos –SISMED y el Código Único de Medicamentos –CUM.
Incremento de la acción de la tutela como institución legítima de reconocida eficacia para acceder a los servicios de salud	Limitación de los incentivos a que el recobro se ordene mediante fallos de acción de tutela, para lo cual se introduce el literal j) del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 que prevé que si la EPS no estudian oportunamente solicitudes ni las tramita ante el respectivo Comité Técnico Científico y se obliga a la prestación de los mismos mediante acción de tutela, los costos del recobro serán cubiertos por partes iguales entre las EPS y el Fosyga.

### 3.2 Resultados logrados con las medidas adoptadas

En atención a las medidas adelantadas, se evidencian los siguientes resultados:

#### a) Cambio en la tendencia de los recobros radicados ante el Fosyga autorizados por Comité Técnico Científico.

Entre 2005 y 2008, el 54% de las solicitudes de recobro eran ordenados por fallos de tutela, a partir de 2009, el 76% de las solicitudes provienen de autorizaciones realizadas por el Comité Técnico Científico, es decir que éstas últimas aumentaron del 48 al 82% entre 2005 y 2013, en contraste con las que tiene orden judicial, que se han reducido del 52 al 18%, evidenciando el impacto que ha tenido el mecanismo del CTC, que precisamente fue creado para que los ciudadanos tengan con un medio más directo y expedito para acceder al derecho a la salud, tratándose de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios. El comportamiento de los recobros presentados por CTC y fallos de tutela se presenta en el Cuadro No. 6.

**Cuadro No. 6. Cantidad de recobros presentados por CTC y Tutela**

AÑO	NÚMERO DE RECOBROS PRESENTADOS	POR CTC	POR TUTELA	PARTICIPACIÓN CTC	PARTICIPACIÓN TUTELA
2.005	257.309	124.120	133.189	48%	52%
2.006	531.304	212.831	318.473	40%	60%
2.007	835.541	386.165	449.376	46%	54%
2.008	1.551.484	763.662	787.822	49%	51%



AÑO	NÚMERO DE RECOBROS PRESENTADOS	POR CTC	POR TUTELA	PARTICIPACIÓN CTC	PARTICIPACIÓN TUTELA
2.009	2.646.164	1.597.476	1.048.688	60%	40%
2.010	3.936.432	2.948.548	987.884	75%	25%
2.011	4.257.420	3.477.315	780.105	82%	18%
2.012	4.278.329	3.572.331	705.998	83%	17%
2013*	2.991.394	2.453.027	538.347	82%	18%
<b>TOTAL</b>	<b>21.285.357</b>	<b>15.535.475</b>	<b>5.749.882</b>	<b>73%</b>	<b>27%</b>

\*2013 Incluye hasta agosto. Fuente: Sistema de Información del FOSYGA.

En esa tendencia influyó la ampliación de las competencias del CTC, que luego de la expedición de la Resolución 3099 de 2008, no sólo se ocupó de la evaluación de las prescripciones presentadas por los médicos tratantes sobre medicamentos, sino que abordó las relacionadas con los demás servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el plan de beneficios, que antes de dicha medida se ordenaban únicamente por fallos de tutela. Asimismo, incidió el esquema previsto el literal j) del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007, reglamentado con el literal d) del Artículo 26 de la Resolución 3099, en el sentido de reconocer la mitad del valor recobrado, cuando la solicitud se deriva de la ordenación de una acción de tutela.

#### b) Supresión y optimización de los requisitos del recobro

Atendiendo los lineamientos de la Honorable Corte Constitucional, el Ministerio mediante las resoluciones que regularon el proceso, suprimió algunos de los requisitos que acompañaban las solicitudes de los recobros, pues eran obstáculos para asegurar el derecho a recobrar de manera oportuna, teniendo en cuenta que las EPS prestaban el servicio en el momento en que este era ordenado, pero debían abstenerse de presentar la solicitud de recobro hasta tanto no se cumplieran los requisitos señalados en la normativa.

La supresión y optimización de los requisitos se realizó de manera gradual:

##### • Requisitos

En la vigencia 2008 se suprimió el requisito de la constancia de ejecutoria del fallo<sup>16</sup>, la copia auténtica del fallo de tutela y la condena expresa al FOSYGA en la parte resolutive de los fallos. Adicionalmente, para resolver la denominada glosa "Principio Activo en POS", aplicada cuando los médicos prescribían medicamentos en denominación de marca, la Resolución 3099 de 2008, permitió el reconocimiento de la diferencia entre el valor en denominación común internacional (genérico) y el de marca. Es importante mencionar que se admite la posibilidad de recobrar un medicamento formulado en denominación de marca, que inicialmente requería de la justificación del médico tratante y su remisión al INVIMA, constituyéndose su incumplimiento en causal de glosa. Una vez analizada la pertinencia de éste requisito, fue derogado mediante la Resolución 4752 de 2011<sup>17</sup>.

<sup>16</sup> Al respecto, el Informe de seguimiento al Plan de Contingencia presentado en enero de 2009 señala "(...) Vale recordar que la legislación previa a la sentencia T-760 había instruido que aquellas solicitudes de recobros glosadas únicamente por esta causal –ausencia de constancia de ejecutoria–, se registraban en estado "aprobado condicionado" y se procedía al pago del 50%, al tiempo que la diferencia del 50% sólo era cancelado una vez se allegaba la citada constancia. Tal y como se informó el pasado 14 de noviembre, el Ministerio de la Protección Social procedió a impartir las instrucciones pertinentes a través de la Resolución 3754 del 2 de octubre de 2008 y como resultado de ellas se procedió al levantamiento automático de recobros por valor de \$16.566.672.328,08. En lo corrido desde el 14 de noviembre a la fecha se realizaron dos levantamientos automáticos adicionales y se realizó un giro por \$16.199.280.280,34 adicionales (...)"

<sup>17</sup> Por medio de la cual se modifica la Resolución 3099 de 2008, modificada por las Resoluciones 3754 y 5033 de 2008, 4377 de 2010 y 1089, 1383, 2064 y 2256 de 2011.

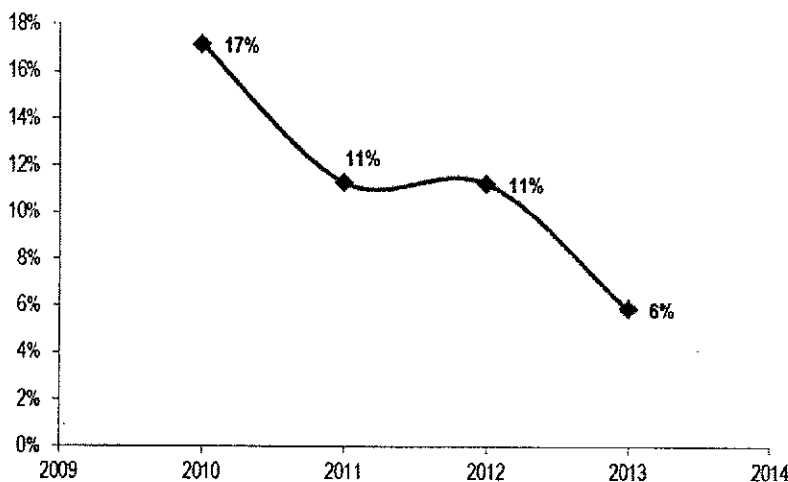


Con el propósito que las entidades recobrantes ajustaran sus recobros a las nuevas condiciones establecidas en las Resoluciones 3099 y 3754 de 2008<sup>18</sup>, la Resolución 3977 de 2008<sup>19</sup>, definió un proceso adicional de radicación entre el 21 y el 24 de octubre de 2008. Asimismo, la Resolución 3876 de 2009<sup>20</sup>, estableció un plazo hasta el día 15 de julio de 2010, para que las entidades pudiesen presentar las solicitudes de recobro por los servicios de salud prestados en cumplimiento de fallos de acción de tutela que en su parte resolutive no otorgaba posibilidad de recobro ante el FOSYGA, la Nación o el Ministerio de Salud y de Protección Social, o cuando la entidad no contaba con la copia auténtica del fallo ni con la constancia de ejecutoria y no habían sido radicados por encontrarse vencido el término de 6 meses de que trata el artículo 13 del Decreto Ley 1281 de 2002<sup>21</sup>. Como resultado de la ampliación del término, se evidenció que "(...) los niveles de radicación de recobros aumentaron, pasando de un promedio radicado de \$62 mil millones entre los meses enero a agosto de 2008 a \$140 mil millones radicados entre los meses de septiembre a octubre, mostrando un crecimiento del 128%. (...) De la misma forma el porcentaje de aprobación aumentó en un 18%, pasando de un valor promedio aprobado entre los meses de enero a agosto de 2008 del 55% a un valor promedio aprobado entre septiembre a octubre de 2008 del 74%<sup>22</sup>.

• **Plazos**

En la vigencia 2012, a partir de la expedición del Artículo 111 del Decreto Ley 019, se amplió el término para la presentación de las solicitudes de recobro, de seis meses a un año, medida que permitió que la participación del valor glosado por extemporaneidad sobre el valor glosado total, haya registrado entre 2012 y 2013 una disminución de 5%, al pasar de 11 a 6%, respectivamente, como se observa en el Gráfico No 2.

**Gráfico No. 2**  
**Comportamiento del porcentaje de glosa de extemporaneidad, 2009 – 2013**



Fuente: DAFPS.

<sup>18</sup> Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008.

<sup>19</sup> Por la cual se introduce un parágrafo transitorio al artículo 14 de la Resolución número 3099 de 2008 y se autoriza un periodo excepcional comprendido entre el 21 y el 24 de octubre de 2008, para la radicación de las solicitudes de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por Comité Técnico Científico y por fallos de tutela.

<sup>20</sup> Por la cual se modifica el parágrafo del artículo 12 de la Resolución 3099 de 2008 adicionado por el artículo 3° de la Resolución 3754 de 2008, modificado por los artículos 1° de la Resolución 5033 de 2008 y único de la Resolución 1099 de 2009.

<sup>21</sup> Por el cual se expiden las normas que regulan los flujos de caja y la utilización oportuna y eficiente de los recursos del sector salud y su utilización en la prestación

<sup>22</sup> Informe de seguimiento al Plan de Contingencia presentado el 14 de noviembre de 2008, con destino al Comité de Verificación de la Sentencia de la Acción Popular No. 2500-23-25-000-2005-00355-01 creado por el Consejo de Estado. Referencia: Sentencia T-760 de 2008.



Cabe señalar que el impacto de la medida adoptada en enero de 2012 sólo se evidenció en 2013, dado que los análisis del perfil de los recobros radicados indican que en promedio la diferencia entre la fecha de prestación de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios y la fecha de radicación de los recobros ante el Fosyga, en el 60% de los casos es superior a seis meses. Por lo tanto, buena parte de las prestaciones autorizadas por CTC u ordenadas por fallos de tutela en 2012 se presentaron para el respectivo recobro ante el Fosyga en 2013.

De manera adicional, entre 2011 y 2012, el Ministerio realizó la actualización del Manual de Auditoría de las solicitudes de recobro presentadas al Fosyga, con base en las modificaciones a la normativa vigente, en especial en lo referido al Acuerdo 029 de 2011, precisando como criterio de auditoría la fecha de la prestación del servicio, en función de la cual se debe realizar la lectura y aplicación de los contenidos del plan de beneficios. Se incluyeron especificaciones referentes al reporte al SISMED y la exigencia en el diligenciamiento del CUM que permitió trazar el recobro, constituyendo una base para efectuar los análisis y estudios para la fijación de precios, así como para realizar el seguimiento al ahorro generado. Asimismo, se incluyeron alertas de seguridad, eficacia y calidad emitidas por el INVIMA, en relación con el uso de medicamentos de conformidad con las indicaciones registradas.

Durante este periodo, el Ministerio continuó ajustando el procedimiento de recobros para lo cual expidió 37 resoluciones, razón por la cual la Corte Constitucional en el Auto 263 de 2012 señaló que estas conducían a *"la proliferación de reglas y requisitos"*, sin que los actores tuvieran claridad de las condiciones que debían cumplir para adelantar el proceso de recobros. Consideró que aun dentro del proceso existía *"requisitos inocuos, que entorpecen y restan agilidad al proceso de recobros"*, ordenando el rediseño del *"Sistema de Verificación, Control y Pago de las Solicitudes de Recobro, mediante la expedición de una norma unificada que subsuma todos los requisitos y trámites del mismo, y que derogue las múltiples regulaciones vigentes sobre la materia"*.

En cumplimiento del rediseño ordenado, se han realizado ajustes al proceso y modelo operativo de los recobros, que a la fecha, han generado los siguientes resultados:

- **Optimización de los criterios de auditoría aplicables a partir de marzo de 2013**

Siguiendo el lineamiento de la Corte Constitucional de suprimir requisitos inocuos y previendo que la implementación del nuevo modelo operativo, adoptado en la Resolución 458 de 2013, tomaría un tiempo prudencial para lograr su diseño, desarrollo e implementación, se previó en el corto plazo la optimización de seis criterios de auditoría relacionados con: **i)** Consistencia de la información, **ii)** Nombres de los usuarios de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, **iii)** Evidencia de la entrega de la tecnología en salud, **iv)** Pago de la factura de venta o documento equivalente, **v)** Integrantes del CTC y **vi)** Reporte al SISMED.

En el **Cuadro No. 7** se presentan los criterios optimizados y las acciones de mejora adoptadas:



**Cuadro No. 7. Criterios de auditoría aplicables a partir de marzo de 2013**

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Consistencia de la información	<p>Para la presentación de los recobros las entidades deben allegar junto con los documentos que soportan la solicitud, el formato denominado MYT que contiene 76 campos en donde se registra información contenida en los soportes documentales. La información registrada es objeto de revisión para verificar su consistencia con la suministrada en los medios magnéticos.</p> <p>Teniendo en cuenta que los documentos físicos son los soportes del recobro, la información contenida en los mismos, para efectos de la auditoría prevalecerá frente a la registrada en el formato MYT; no obstante, la consistencia de los datos y las validaciones de los campos requeridos será verificada contra el medio magnético, para mantener el registro de la información enviada por las entidades recobrantas, eliminando la validación que se realiza con el formato.</p>
Nombres de los usuarios de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios	<p>Dentro de los criterios de auditoría existe causal de glosa para aplicar cuando no haya correspondencia literal de los nombres de los usuarios en los soportes documentales del recobro.</p> <p>La verificación de los nombres de los usuarios que reciben las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios se realizará con base en lo dispuesto en el artículo 11 del Decreto Ley 019 de 2012 que establece: <i>"De los errores de citas, de ortografía, de mecanografía o de aritmética. Ninguna autoridad administrativa podrá devolver o rechazar solicitudes contenidas en formularios por errores de citas, de ortografía, de mecanografía, de aritmética o similares, salvo que la utilización del idioma o de los resultados aritméticos resulte relevante para definir el fondo del asunto de que se trate y exista duda sobre el querer del solicitante. Cualquier funcionario podrá corregir el error sin detener la actuación administrativa, procediendo en todo caso a comunicar por el medio más idóneo al interesado sobre la respectiva corrección."</i></p> <p>Lo anterior permite que de forma ágil se resuelvan situaciones relacionadas con el registro de los nombres, la cual puede variar en los soportes del recobro, dado que el diligenciamiento de los mismos es realizado por distintas fuentes que de forma involuntaria pueden transcribirlos y escribirlos con ciertas diferencias. La auditoría verifica que a pesar de los errores de citas, ortografía, mecanografía, se trata del mismo usuario al comparar su tipo y número de identificación.</p>
Evidencia de la entrega de la tecnología en salud	La evidencia de la entrega al usuario de la tecnología no incluida en el plan de beneficios se verificará con la firma de quien lo recibe, en





CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Pago de la factura de venta o documento equivalente	<p>cualquiera de los documentos soportes del recobro, considerando que no siempre el paciente puede ser el firmante por su condición de salud.</p> <p>En relación con la factura de venta o documento equivalente, que demuestra el suministro de la tecnología No POS se precisa que si bien los requisitos de la factura de venta contenidos en el Estatuto Tributario deben ser cumplidos por las entidades recobrantes, el Ministerio observa únicamente como criterios de validación: la identificación del usuario (nombres, número, tipo de identificación), descripción (detalle de la tecnología en salud No POS suministrada), valor unitario, valor total, cantidades y el detalle de cargos cuando en la factura no esté pomenorizada la atención.</p> <p>Frente al pago de la factura soporte del recobro, se verifica que cuenta con la constancia de cancelación o con la certificación de pago suscrita por el revisor fiscal o el contador público y el representante legal de la entidad recobrante.</p>
Integrantes del CTC	<p>En relación con el acta del CTC existían causales de glosa por falencia de la suscripción de la misma, razón por la cual se tiene en cuenta la correspondencia de los integrantes registrados ante la Superintendencia Nacional de Salud y quienes suscriben la misma y cuando se advierta la ausencia de una o más firmas, se genera observación y está sujeta a verificación en auditoría concurrente.</p> <p>La legalidad y oponibilidad de dicho documento está asociada a la responsabilidad expresa del representante legal en las declaraciones juramentadas contenidas en el formato MYT- R que dice: <i>"Que toda la información contenida en estos recobros se ajusta al marco legal vigente, es cierta y podrá ser verificada por el Ministerio de la Protección Social, por el Administrador Fiduciario del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA-, por la Superintendencia Nacional de Salud o la Contraloría General de la República; de no ser así, acepto todas las consecuencias legales que produzca esta situación"</i>.</p> <p>Igualmente, se tiene en cuenta que existe responsabilidad personal de los partícipes del Comité Técnico Científico, desde el punto de vista disciplinario como penal, en el evento de verificarse en una auditoría que se ha creado una situación no real.</p>
Reporte al SISMED	<p>En cuanto a la validación del cargue exitoso del reporte trimestral de información al Sistema de Información de Precios de Medicamentos - SISMED, por las EPS, se valida la certificación correspondiente o la consulta a través del Sistema Integral de Información de la Protección</p>



**CRITERIO**

**DESCRIPCIÓN**

Social –SISPRO, donde se evidencie el reporte exitoso.

Luego de adelantar los respectivos estudios técnicos, elaborar la propuesta con los criterios de auditoría a optimizar y someterlos al Comité de Evaluación y Decisión de Divergencias Recurrentes del Ministerio en sesión del 4 de abril de 2013, se realizó la actualización del Manual Operativo del FOSYGA – Manual de Operación del Proceso Integral de Recobros por Beneficios Extraordinarios al Plan Obligatorio de Salud – Subprocesos de Auditoría Integral, que se aplicó a los recobros radicados a partir del mes de marzo de 2013.

Por efecto de la aplicación de dichos criterios, entre marzo y agosto de 2013, el valor glosado ha disminuido 10%, respecto al semestre inmediatamente anterior a la adopción de dichos criterios, periodo en el cual la glosa promedio fue del 36%. El menor valor glosado ha permitido el reconocimiento de cerca de \$160 mil millones, que no se hubiesen aprobado, sin los ajustes adoptados.

A continuación se presenta el comportamiento del valor glosado antes y después de la optimización de los criterios de auditoría:

**Cuadro No. 8. Comparativo de la glosa antes y después de marzo de 2013**

Paquete	sep-12	oct-12	nov-12	dic-12	ene-13	feb-13	Promedio
Glosa	32%	34%	37%	38%	38%	35%	36%
Paquete	mar-13	abr-13	may-13	jun-13	jul-13	ago-13	Promedio
Glosa	29%	23%	28%	26%	25%	24%	26%

**Definición de los requisitos esenciales para la verificación y control del pago de las solicitudes de recobro**

En segundo lugar, como resultado del rediseño del proceso, se tiene la definición de los requisitos esenciales para la verificación y control de pago de las solicitudes de recobros, que se incluyeron en la Resolución 458 de 2013.

Se consideró que la existencia de la respectiva obligación para el reconocimiento y pago de los recobros, está soportada en: **i)** La no inclusión de la tecnología en salud objeto de recobro en el plan de beneficios, **ii)** El derecho del usuario a la prestación del servicio, **iii)** La ordenación de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios mediante fallo de tutela o Comité Técnico Científico –CTC y **iv)** El suministro de la tecnología en salud a un usuario.

Derivado de ese planteamiento, la citada Resolución discriminó de forma precisa los requisitos que deben cumplir las entidades recobrantes, así como los requisitos generales y específicos que deben cumplir los recobros, originados tanto en decisiones del CTC o en fallos de tutela.



En el Cuadro No. 9, se presentan los requisitos generales y específicos del proceso de recobros.

**Cuadro No. 9. Requisitos generales y específicos del proceso de recobros.**

Tipología	Requisitos
Entidades recobrantes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Certificado de existencia y representación legal</li> <li>2. Poder debidamente otorgado a profesionales del derecho si actúa por intermedio de apoderado</li> <li>3. Plan general vigente de cuotas moderadoras y copagos aplicables a sus afiliados.</li> <li>4. Procesamiento exitoso del reporte trimestral (enero, abril, julio y octubre) de los precios de compra de los medicamentos en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos –SISMED.</li> </ol>
Generales para los recobros	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formato de solicitud de cada recobro.</li> <li>2. Copia del Acta del CTC o del fallo de tutela.</li> <li>3. Copia de la factura de venta o documento equivalente.</li> </ol>
Específicos para recobros originados en CTC	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de la orden y/o fórmula médica</li> <li>2. Evidencia de la entrega de la tecnología no incluida en el plan de beneficios</li> </ol>
Específicos para recobros originados en fallos de tutela	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Copia de la orden y/o fórmula médica</li> <li>2. Evidencia de la entrega de la tecnología no incluida en el plan de beneficios</li> <li>3. Justificación de la necesidad médica de la tecnología en salud no incluida en el plan de beneficios, cuando la orden del fallo de tutela no sea expresa para identificar la tecnología en salud No POS autorizada, cuando se trate de una tutela que ordena un tratamiento integral.</li> </ol>
Específicos para la factura de venta o documento equivalente	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nombre o identificación del afiliado al cual se suministró la tecnología en salud No POS.</li> <li>2. Descripción, valor unitario, valor total y cantidad de la tecnología en salud No POS.</li> <li>3. Documento del proveedor con detalle de cargos, cuando no esté discriminada la atención. En caso de que la entidad recobrante no disponga de dicho detalle expedido por el proveedor, el representante legal de la entidad podrá certificar el detalle de cargos.</li> <li>4. Certificación del proveedor que desagregue la cantidad y el valor facturado de la tecnología en salud No POS, por cada usuario, cuando la factura incluya el tratamiento de más de un paciente, especificando la fecha de prestación del servicio y la factura de venta o documento equivalente a la cual se imputa la certificación.</li> <li>5. Certificación bajo la gravedad de juramento del representante</li> </ol>



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

281

Tipología	Requisitos
	legal de la entidad recobrante, en la que indique a qué factura imputa la tecnología en salud No POS y el(los) paciente(s) a quien(es) le(s) fue suministrado, cuando se realicen compras al por mayor y al proveedor le sea imposible identificar al usuario que la recibió. 6. Constancia de pago.

Este nuevo esquema de requisitos prevé una estandarización de formatos y de criterios de auditoría – manteniendo los adoptados en marzo de 2013– que facilitará la labor, tanto de las entidades recobrantes en la preparación de sus solicitudes, como la de entidad encargada de adelantar la auditoría integral.

De otro lado, la Resolución 458 precisa los siguientes temas:

- ✓ **Término para la presentación:** las entidades recobrantes deberán tramitar y presentar en debida forma las solicitudes de recobro ante el Fosyga, dentro del año siguiente a la generación o establecimiento de la obligación de pago o de la ocurrencia del evento, según corresponda, esto considerando que el derecho se genera con la prestación del servicio, la cual solo puede hacerse efectiva a partir de la fecha en que el prestador radica ante la EPS la respectiva factura.
- ✓ **Lineamientos técnicos para adelantar la auditoría:** Los lineamientos técnicos, esto es, los criterios de auditoría y reglas que se tendrán en cuenta para adelantar la auditoría serán definidos en el manual de auditoría que para el efecto establezca el Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro del manual se identificarán y describirán las glosas y sus causales, señalando los soportes en los que se revisarán los requisitos previstos en la norma, así como el estado generado (aprobado – no aprobado) por la no observancia de los mismos.
- **Modelo de radicación web de las solicitudes de recobro**

La Resolución 458 de 2013 prevé un modelo de radicación que estaba previsto para entrar en operación el pasado 1º de octubre, pero que no fue posible implementarlo por las fallas presentadas en las pruebas realizadas tanto a nivel interno como en las adelantadas con las EPS.

Las fallas observadas constituían un riesgo alto para el proceso de trámite y pago de las solicitudes de recobro, toda vez que las EPS no podrían efectuar la radicación de las mismas, afectando en primera instancia el flujo de los recursos y de manera posterior, la prestación de los servicios, por lo que se modificó la Resolución 458 en el sentido de prorrogar la entrada en vigencia del modelo, dejando como fecha máxima el 31 de diciembre del año en curso, en razón a la necesidad de garantizar la estabilidad de los desarrollos tecnológicos y la articulación de los sistemas y esquemas operativos de las entidades recobrantes y del Ministerio.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Por lo tanto, se expidió la Resolución 3877 de 2013<sup>23</sup> cuyo tiempos responden a la estimación de los esfuerzos para la puesta en marcha, una vez sean superadas las fallas identificadas en las pruebas adelantadas a la infraestructura tecnológica y a los componentes de la aplicación.

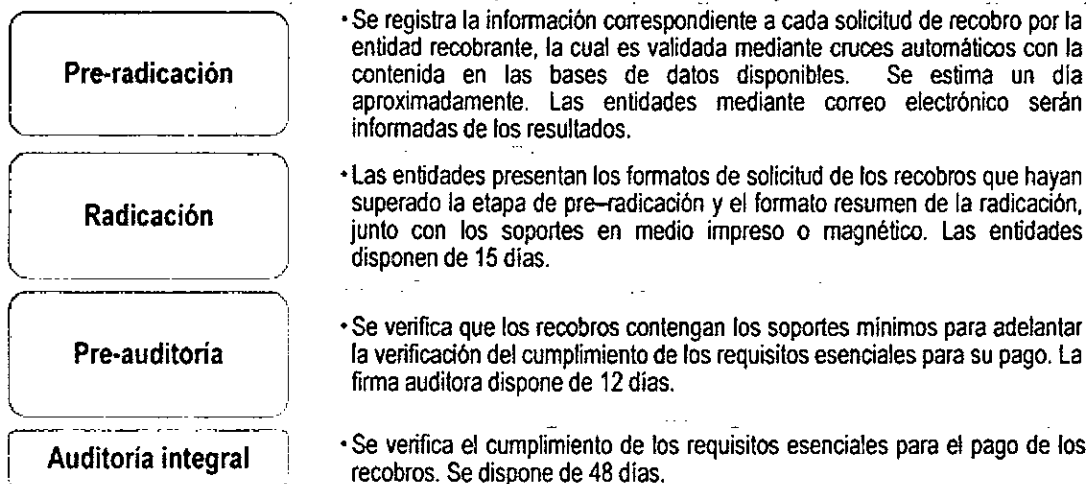
Para verificar la efectividad de las acciones correctivas adelantadas en virtud de las incidencias relacionadas con la integración de las funcionalidades dispuestas por el Ministerio, el administrador fiduciario del Fosyga, la firma auditora de recobros y las EPS, se adelantaron pruebas integrales internas (Cargue simulado de archivos) del 15 al 31 de octubre de 2013 con resultados favorables, lo que permitió dar curso a las pruebas integrales externas (cargue de archivos directa desde las entidades) desde el 05 de Noviembre de 2013, con 6 de las EPS tomadas como piloto desde el inicio del proyecto, a saber:

- CAFESALUD E.P.S.
- COMPENSAR E.P.S.
- COOMEVA E.P.S.
- CRUZ BLANCA E.P.S.
- E.P.S. SALUDCOOP
- SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.O.S

Como conclusión de la prueba integral con las EPS piloto, se tiene que las actividades adelantadas permitieron la verificación de: i) la integración de las funcionalidades del proceso automático de radicación de recobros vía web, ii) el desempeño en la base de datos, iii) las configuraciones de los servidores y iv) el envío de las notificaciones vía correo electrónico a las EPS.

La prórroga realizada mediante la Resolución 3877 de 2013 no afecta el modelo diseñado, el cual comprende las etapas de pre-radicación, radicación, pre-auditoría y auditoría integral, cuyos alcances se reseñan en el **Gráfico No. 3**:

**Gráfico No. 3. Etapas del proceso de verificación y control**



<sup>23</sup> Por la cual se modifica la Resolución 458 de 2013



Con la implementación de este nuevo modelo se obtendrán los siguientes beneficios:

- Mayo agilidad en la presentación de las solicitudes de recobros, ya que mediante la ejecución de validaciones en la etapa de pre-radicación, las entidades recobrantes tendrán el reporte de sus archivos a nivel de estructura así como de cruces de bases de datos y se informarán del respectivo rechazo o alerta para que se realicen los ajustes o se ratifique la presentación, según corresponda.

Con la implementación de esta medida, queda de lado la presentación y validación de medios magnéticos en un lugar diferente a la sede de la entidad recobrante y los tiempos de espera en que se incurría mientras se lograba la asistencia o se realizaban cambios de manera remota, cuando no se habían surtido de manera exitosa las validaciones generadas por el sistema en las instalaciones de la firma auditora contratada por el Ministerio.

- Así mismo, la respuesta en línea de las mencionadas validaciones mejora las condiciones para que las entidades tengan mayor capacidad de respuesta ante eventuales errores en los archivos, mejorando el índice de presentación de recobros dentro de los plazos establecidos y el número de radicaciones efectivas, ya que actualmente el cambio de los medios físicos de las solicitudes, además de los tiempos requeridos para el ajuste de los archivos, implica la ejecución de actividades asociadas con la selección de los soportes físicos que se deben excluir y con el proceso de anulación y devolución.
- En cuanto a las glosas que se aplican a las solicitudes de recobros, en relación con las causales de rechazo y de completitud documental, se prevé informarlas en un menor tiempo, limitando la radicación de los recobros que por esta condición requieran que la entidad aporte o gestione documentos y/o trámites adicionales, sin esperar que sea surtido el proceso de auditoría integral, que actualmente es de dos (2) meses y al término del cual el resultado podría ser de No Aprobación.
- Desde el punto de vista de la logística para la presentación tanto de imágenes como de recobros físicos se prevé que el rediseño del proceso permitirá minimizarla, toda vez que el reporte de radicación permitirá controlar el universo efectivamente radicado antes de embalarlo y disponerlo ante la firma auditora; actualmente, las entidades deben tener dispuesto el universo de las solicitudes en físico, depurarlo y clasificarlo en la sede de la firma auditora, de acuerdo con los resultados que arroje la validación ante el malla, excluyendo las solicitudes cuya presentación no resulta exitosa, es así, como el proceso tiende a volverse engorroso y riesgoso por el manejo documental tanto para firma auditora como para la entidad recobrante.

Como resultado se espera continuar reduciendo el valor glosado, dado que por efecto de las actividades propias de las etapas previas a la auditoría integral, se eliminarán aquellas causales que actualmente se aplican por las diferencias que resultan al cruzar la información suministrada por las entidades recobrantes con la disponible en las bases de datos así como las inconsistencias entre los soportes documentales y magnéticos del recobro.

La Resolución 458 de 2013 fue objeto de difusión y socialización con las entidades recobrantes, mediante reuniones realizadas el 4 de junio y 3 y 6 de septiembre. En dichas reuniones se ha precisado que los recobros radicados antes de la operación de la Resolución 458, se auditarán conforme a la Resolución



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

284

3099 de 2008, los cuales corresponden a los radicados en noviembre y diciembre de 2013. Se estima que dichas solicitudes se resuelvan a más tardar la tercera semana de febrero de 2014.

Es preciso informar que el Ministerio ha adoptado un período de transición para garantizar que la entrada en operación de la Resolución 458 no impacte a las entidades recobrantes. En este sentido, el plan de pruebas arriba señalado, se adelantó primero con seis entidades piloto y luego con todas las entidades que recobran ante el Fosyga. De igual manera, a diferencia de los archivos txt, la remisión de las imágenes se hará de manera gradual, a medida que las entidades recobrantes ajusten su infraestructura tecnológica. También es importante señalar que la aplicación de formatos previstos en la Resolución 458, especialmente el de las Actas del CTC y el de la justificación médica para para fallos de tutela integrales también tendrá un período de transición.

### **c) Ajuste institucional**

Todas medidas adoptadas respecto al proceso del recobro, así como los resultados logrados, fueron posible dado que el Ministerio realizó el ajuste institucional, para crear la Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social, encargada de la administración del Fosyga y, la separación de las funciones de administración fiduciaria y de auditoría integral.

Luego de evaluar la ejecución de los contratos asociados al Fosyga (Contratos de Encargo Fiduciario 255 de 2000 y 242 de 2005, último de los cuales finalizó el 30 de septiembre de 2011), se decidió a partir de octubre de 2011 replantear el esquema de operación del Fondo, propendiendo por la especialización de los principales procesos que se desarrollan en su interior, a saber: el de administración fiduciaria de los recursos y el de la auditoría a los recobros No POS y a las reclamaciones ECAT radicadas al Fosyga.

Así las cosas, se consideró que para el primero debía contratarse una entidad fiduciaria, que además de realizar las operaciones correspondientes a la administración de los recursos, se encargara del desarrollo del software requerido para operar el Fondo y garantizara el mantenimiento del Sistema de Información del Fosyga; y para la ejecución del segundo, debía contratarse una firma especializada en auditoría de cuentas médicas o en auditoría médica, económica y jurídica de recobros No POS y de reclamaciones ECAT presentadas al Fosyga.

Como resultado de esta decisión y para garantizar la continuidad de la operación del FOSYGA, el Ministerio de Salud y Protección Social celebró los siguientes contratos, los cuales se encuentran en ejecución:

- Contrato de Encargo Fiduciario 467 de 2011, para la administración fiduciaria de los recursos del FOSYGA (recaudo, administración y pago), suscrito con el CONSORCIO SAYP 2011 en octubre de 2011.
- Contrato 55 de 2011, para realizar la auditoría de recobros por medicamentos y servicios no POS y de reclamaciones ECAT presentadas al FOSYGA, suscrito con la UNIÓN TEMPORAL NUEVO FOSYGA en diciembre de 2011.



**4. Transparencia en la asignación de los recursos del Fosyga**

**4.1 Síntesis de problemas y medidas adoptadas**

<b>PROBLEMA</b>	<b>MEDIDAS ADELANTADAS</b>
Deficiente transparencia en la asignación de los recursos del FOSYGA	<p>A partir del año 2012, con el propósito de controlar el reconocimiento y pago indebido de recobros, la firma contratada para realizar la auditoría a los recobros, por instrucción del Ministerio, incorporó validaciones automáticas que permiten aplicar de manera sistemática los criterios de auditoría que a continuación se señalan:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Extemporaneidad en la presentación del recobro.</li><li>• Pagos dobles.</li><li>• Cotizante o beneficiario no registrado en la BDUA.</li><li>• Cotizante o beneficiario fallecido en la fecha de prestación del servicio.</li><li>• Medicamentos con control de precios.</li><li>• Documentación ilegible.</li><li>• Verificación que las licencias e incapacidades presentadas por recobro no han sido pagadas con cargo a la UPC.</li><li>• Verificación de los servicios de salud prestados con ocasión de la Ley de víctimas.</li></ul> <p>Por ser un proceso dinámico, las mencionadas validaciones son objeto de revisión periódica, asegurando que este mecanismo pueda ser objeto de ampliación y actualización, en la medida que se van observando los cambios en el comportamiento de las cuentas por recobros por la EPS al FOSYGA.</p> <p>Para fortalecer dichas validaciones, se solicitó a la Fiscalía General de la Nación, a la Superintendencia Nacional de Salud y a la Contraloría General de la República, los listados de los números de radicación de recobros presentados al Fosyga por concepto de tecnologías en salud no incluidos en el plan de beneficios, que se encuentran en procesos de investigación.</p> <p>Definición del procedimiento para que la firma encargada de realizar la auditoría integral de las solicitudes recobros informen al Ministerio, al Interventor del contrato y a los organismos de control y vigilancia del sector, las inconsistencias, anomalías o irregularidades en la información suministrada por las entidades recobrantes que induzcan a aprobaciones indebidas.</p> <p>Este procedimiento se fortaleció a partir de reuniones realizadas con organismos de investigación y control, tales como la Dirección de Investigación Criminal – DIJIN de la Policía Nacional y la Superintendencia Nacional de Salud.</p>





PROBLEMA

MEDIDAS ADELANTADAS

Fortalecimiento de la muestra objeto de revisión por la interventoría<sup>24</sup> del contrato suscrito con la firma encargada de realizar la auditoría a los recobros

Definición del procedimiento de reintegro de los recursos del Fosyga apropiados o reconocidos sin justa causa, mediante la Resolución 3361 de 2013<sup>25</sup>.

Regulación de precios mediante la adopción de Valores Máximos de Recobro para el Fosyga en el marco del Decreto 4474 de 2012<sup>26</sup> y las Resoluciones 5229 de 2010<sup>27</sup>, 005 de 2011<sup>28</sup>, 1020 de 2011<sup>29</sup>, 1697 de 2011<sup>30</sup>, 3470 de 2011<sup>31</sup>, 4316 de 2011<sup>32</sup> y 2569 de 2012<sup>33</sup> y de Precios de Máximos de Venta con las Circulares 04 de 2012<sup>34</sup> y 04 de 2013<sup>35</sup> de la Comisión Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos.

Dentro del proceso de la auditoría integral se incluyó el mecanismo de la auditoría concurrente, para que mediante visitas a las sedes o domicilios de las entidades recobrantes y reclamantes, la firma auditora contratada por el Ministerio, y de acuerdo con el mapa de riesgos, revise los procesos y procedimientos adoptados por dichas entidades en la presentación de dichas solicitudes, verifique los soportes documentales de las solicitudes, efectúe entrevistas a las personas intervinientes en el proceso y adelante las demás actividades requeridas tendientes a minimizar el riesgo de tramitar solicitudes de recobros y reclamaciones que sean contrarias al ordenamiento jurídico.

4.2 Resultados logrados con las medidas adoptadas

Como resultado de las medidas descritas, el Gobierno Nacional ha garantizado un mayor flujo de recursos, conservando el principio de sostenibilidad del SGSSS. En el **Gráfico No. 4** se observa el valor aprobado de las solicitudes de recobros, evidenciándose que entre 2010 y 2012 se presentó una reducción del 26%.

<sup>24</sup> Contrato 103 de 2012. Suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la firma JAHV McGREGOR.

<sup>25</sup> Por la cual se fija el procedimiento para el reintegro de los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) apropiados o reconocidos sin justa causa.

<sup>26</sup> Por el cual se adoptan medidas para establecer el valor máximo para el reconocimiento y pago de recobro de medicamentos con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA.

<sup>27</sup> Por la cual se establecen unos valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA.

<sup>28</sup> Por la cual se modifica el artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010.

<sup>29</sup> Por la cual se modifica el Artículo 1 de la Resolución 5229 de 2010, modificado por el Artículo 1 de la Resolución 005 de 2011.

<sup>30</sup> Por la cual se modifica la contenida en artículo 1° de la Resolución 5229 de 2010 modificada por el artículo 1° de la Resolución 005 de 2011 y el artículo 1° de la Resolución 1020 de 2011.

<sup>31</sup> Por la cual se establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobros por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondo de Solidaridad y Garantía -FOSYGA.

<sup>32</sup> Por la cual establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobro por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondos de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

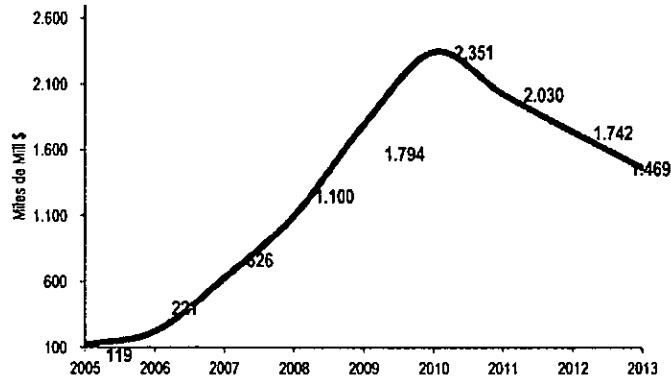
<sup>33</sup> Por la cual establecen valores máximos para el reconocimiento y pago de recobro por medicamentos no incluidos en los planes de beneficios con cargo a los recursos del Fondos de Solidaridad y Garantía - FOSYGA.

<sup>34</sup> Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo.

<sup>35</sup> Por la cual se incorporan unos medicamentos al régimen de control directo con fundamento en la metodología de la Circular 03 de 2013 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos y se les fija un precio máximo de venta en el territorio Nacional.



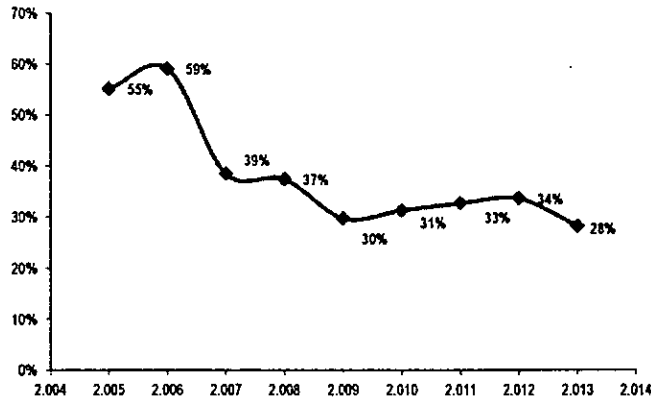
**Gráfico No. 4**  
**Comportamiento del valor aprobado – recobros, 2005 – 2013**



Fuente: DAFPS. Cifra de 2013 con corte agosto.

Sin embargo, esa tendencia de disminución del valor aprobado se acompaña de una reducción del porcentaje glosado, respecto a los valores radicados, dado que entre 2005 y 2012, las medidas descritas han permitido que la glosa disminuya en 21%. Es decir, que el menor valor aprobado no es consecuencia de una restricción a las solicitudes que presentan las entidades recobrantes, sino a los mecanismos de política e instrumentos administrativos, que han regulado los precios de los medicamentos –que representan cerca del 80% de las tecnologías objeto de recobro– y optimizado los requisitos del trámite.

**Gráfico No. 5**  
**Comportamiento del porcentaje de glosa, 2005 – 2013**



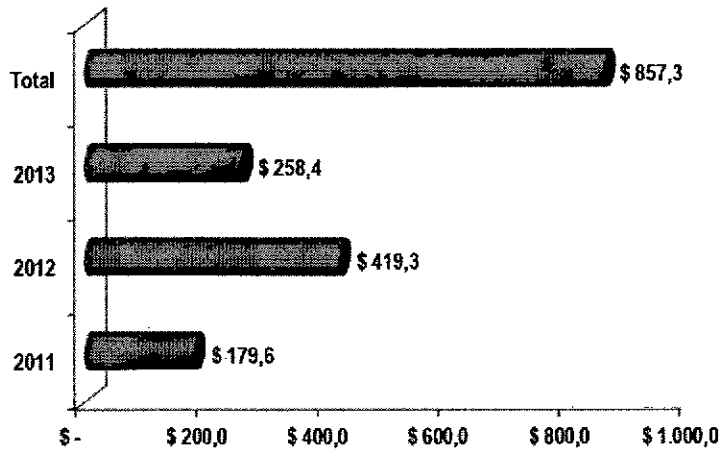
Fuente: DAFPS. Porcentaje de 2013 con corte agosto.

Asimismo, como consecuencia del establecimiento de los valores máximos de recobro y de los valores máximos de venta, entre marzo de 2011 y agosto de 2013, se han generado ahorros cercanos a \$857 mil millones, que presentan el siguiente comportamiento por vigencia:



Grafico No.6  
Valores de Ahorro 2011 – 2013

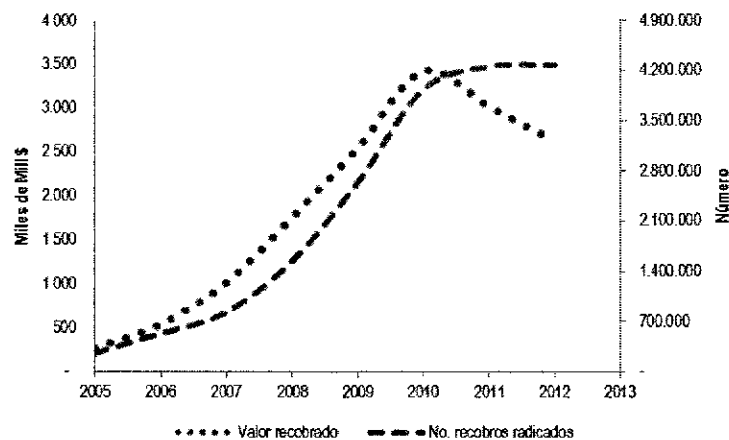
Miles de millones \$



Fuente: DAFPS. Cifra de 2013 con corte julio.

Cabe señalar que con la regulación de precios inicia con la información reportada por las entidades recobrantas a través del SISMED y complementada con la adopción de la referenciación internacional, contribuyendo no solo con la sostenibilidad financiera del SGSSS y con la generación de ahorros, sino que ayudó a frenar el crecimiento del valor recobrado de las solicitudes presentadas ante el Fosyga por las entidades. En ese sentido, el **Gráfico No.7** muestra que si bien el número de recobros presentan una tendencia creciente, el valor de los mismos es decreciente a partir de la vigencia 2010.

Gráfico No. 7  
Comportamiento del valor recobrado Vs. Número de recobros radicados



Fuente: DAFPS.

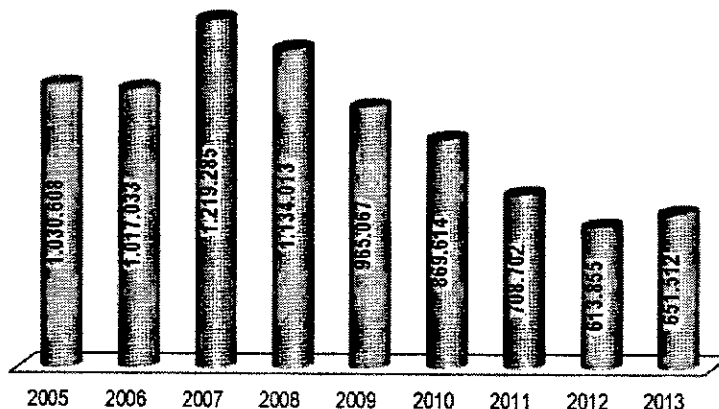


**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

Lo anterior se confirma al observar el comportamiento del valor promedio de los recobros presentados en el **Gráfico No. 8**, el cual evidencia que entre 2007 y 2012, dicho valor registró una disminución cercana al 50%, al pasar de \$1.219.285 a \$613.855, respectivamente.

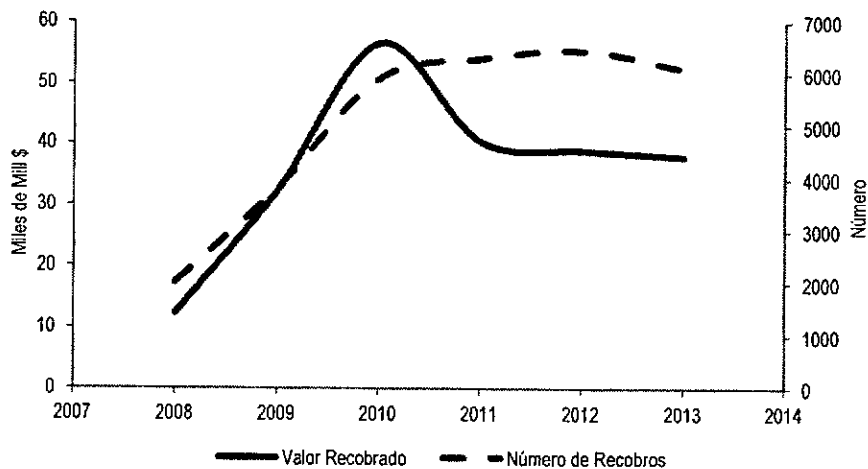
**Gráfico No.8**  
Comportamiento del valor promedio del recobro radicado, 2005 – 2013



Fuente: DAFPS. Cifra de 2013 con corte agosto.

El impacto de la situación anterior se aprecia mejor cuando se analiza el comportamiento del medicamento Bevacizumab (Avastin®), que fue uno de los primeros en regularse, el cual desde la entrada en vigencia de la Circular 04 de 2010, evidenció una disminución considerable en el valor por recobro a pesar de mantenerse estable el número de recobros por año, tal y como lo muestra el **Gráfico No.9**.

**Gráfico No.9**  
Comportamiento del valor recobrado y del número de recobros - Medicamento Bevacizumab



Fuente: DAFPS.



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social

**PROSPERIDAD  
PARA TODOS**

290

**a) Disminución del riesgo de pérdida de los recursos apropiados o reconocidos sin justa causa**

Con base en la Resolución 3361 de 2013 se realizó el diseño del proceso que permite adelantar las actividades tendientes a la identificación de las causas por parte de las entidades recobrantes, para determinar si dentro de los recursos que fueron objeto de aprobación por el Fosyga, existen recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. Dicho proceso se encuentra en etapa de implementación.

El proceso incluye para cobros por tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios autorizadas por CTC u ordenadas por fallo de tutela, el cruce contra la Base de Datos Única de Afiliados –BDUA, Registraduría Nacional del Estado Civil –RNEC, cobros duplicados, cobros con pagos dobles, tecnologías en salud incluidas en el plan de beneficios, licencias de maternidad y de paternidad, incapacidades por enfermedad general, valores máximos de medicamentos, porcentaje de pago de fallos de tutela, actas de CTC ordenando tecnologías para usuarios del régimen subsidiado, regímenes de excepción y especiales, con el propósito de identificar si algún cobro fue objeto de aprobación, contraviniendo requisitos establecidos y por lo tanto generándose una apropiación de recursos sin justa causa.

A la fecha se han solicitado aclaraciones para las entidades recobrantes, relacionadas con hallazgos identificados en los cruces realizados con la Base de Datos Única de Afiliados y la base de la Registraduría Nacional del Estado de Civil. Una vez se concluya la implementación del proceso y se obtengan resultados se informará a los organismos competentes.