

LOS RECOBROS EN EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: CASI UNA
ENFERMEDAD

HENRY ALEJANDRO MORALES GÓMEZ

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
ESCUELA DE GOBIERNO ALBERTO LLERAS CAMARGO
MAESTRÍA EN GOBIERNO
BOGOTÁ
2014

LOS RECOBROS EN EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: CASI UNA
ENFERMEDAD

HENRY ALEJANDRO MORALES GÓMEZ

Tesis presentada para optar al título de Magíster en Gobierno

Asesor

Jaime Eduardo Cardona Rivadeneira, MSc en Administración Pública

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
ESCUELA DE GOBIERNO ALBERTO LLERAS CAMARGO
MAESTRÍA EN GOBIERNO
BOGOTÁ
2014

Tabla de contenido

Resumen	4
Abstract.....	5
Introducción.....	6
1. Antecedentes.....	10
1.1. Servicios no POS en los sistemas de salud	12
1.2. Influencia creciente de la rama judicial sobre los servicios de salud.....	20
2. Contexto	23
2.1. Objetivos para los cuales fueron creadas las JTCP.....	28
3. Metodología.....	30
3.1. Plan de análisis.....	30
4. Resultados.....	32
5. Discusión	45
6. Conclusiones y recomendaciones de política	49
7. Referencias	51
Lista de siglas	55
Lista de tablas	56
Lista de figuras	57

Resumen

En este trabajo se presenta una descripción de los datos que por recobros por patologías oncológicas reporta el Consorcio Fidufosyfa en el período comprendido entre mayo de 2011 a febrero 16 de 2012. El análisis incluye una descripción de las variables diagnóstico, departamento, tipo de recobro, edad, monto recobrado, monto aprobado y monto glosado. Se escogió oncología, porque posiblemente sea esta la patología con la que inicien su funcionamiento las Juntas Técnico Científicas de Pares -en adelante JTCP- que reemplazarán el Comité Técnico Científico de las EPS –en adelante CTC-, y por ser la que agrupe enfermedades consideradas problema creciente de salud pública en el país. La frecuencia determina que los servicios por patologías oncológicas no son tan recobrados, pero los costos elevados de los mismos confirman que los servicios por patologías oncológicas sí son los que presionan a la alza el gasto público en salud. La JTCP, como cuerpo técnico auxiliar de la Superintendencia Nacional de Salud, emitirá, tal y como lo hace hoy el Comité Técnico Científico de las EPS, conceptos técnico-científicos respecto del suministro o no de prestación de servicios de salud excluido del Plan Obligatorio de Salud. Los datos revisados y que analizan en un escenario temporal el desempeño de los CTC, corroboran que el monto de recobros por el suministro de tecnologías excluidas es alto, y especialmente las oncológicas, y que el trámite para autorizar los servicios es demorado, lo que sugiere la posibilidad de que se cree un procedimiento que garantice esos servicios en menor tiempo y a través de procedimientos ordinarios distintos para que no se acuda a la tutela.

Abstract

This paper presents a description of the data that the Fidufosyfa Consortium reports as recoveries on oncological pathologies from May 2011 to February 16, 2012. The analysis includes a description of the diagnostic variables, region, type of recovery, age, the recovery amount, and glossed and approved amount. Oncology was chosen because this pathology might be the one that the operation Boards Technical-Scientific Peer - hereafter referred to as JTCP- use to start working with and because such pathology embraces the illnesses that are considered as a growing problem in the public health system in Colombia. The frequency determines that the services on oncological pathologies are not quite recovered but their high costs confirm that they do increase the public expense on health. The JTCP, in its role of technical advisory committee in the National Health Superintendency, will issue, as it does today the Scientific Technical Committee of the EPS – hereafter referred to as CTC- technical and scientific concepts regarding the provision or non-provision of health services which are excluded from the Compulsory Health Plan. The revised data that analyze, within a temporary scenario, the performance of CTC, confirm that the amount of recoveries on the provision of excluded technologies is high, especially oncology-related ones, and that the process to authorize services is delayed. This suggests the possibility of creating a procedure that guarantees these services in a shorter period of time and through ordinary different procedures so that writ of protection is avoided.

Introducción

Las investigaciones sobre el Sistema de Salud en Colombia son abundantes, toda vez que personas e instituciones intentan hacer visibles los distintos problemas estructurales que lo afectan y las posibles soluciones. Uno de esos problemas es, justamente, la alta demanda de servicios excluidos del Plan Obligatorio de Salud (POS) que amenaza la sostenibilidad financiera del Sistema. El suministro de los servicios excluidos se autoriza actualmente a través del Comité Técnico Científico (CTC) de cada Empresa Promotora de Salud (EPS), que según evidencia, no cumplieron con los propósitos para los que fueron creados.

Por vía de tutela se advirtió, por un lado, que el Comité Técnico Científico, pese a su nombre, no era en estricto sentido un órgano de carácter técnico; y por el otro, que el trámite ante los CTC se estaba convirtiendo en una barrera para la prestación oportuna de los servicios de salud que requerían los pacientes. El CTC se consideraba no técnico, pues aunque los representantes de las EPS e IPS debían tener profesiones relacionadas con el sector médico, no existía garantía de que fueran especialistas en los casos a examinar (pares), ni gozaban de completa autonomía e independencia respecto de las EPS (Colombia. Corte Constitucional, 2002). Además, resultaban ser una barrera de acceso, por cuanto algunas Empresas Promotoras de Salud (EPS) estaban negando a los afiliados, en casos de urgencia, el suministro de servicios excluidos del paquete básico con el argumento de que dicho suministro tenía como condición indispensable el dictamen del Comité (Colombia. Corte Constitucional, 2008a).

El artículo 27 de la Ley 1438 (Colombia. Congreso de la República, 2011), *Por la cual se reforma el Sistema de Salud en Colombia*, y que después fue modificado por el artículo 116 del Decreto Ley 019 (Colombia. Presidencia de la República, 2012a), propone el cambio de la estructura de los CTC en cuanto a las calidades y condiciones de sus integrantes y crea las Juntas Técnico Científicas de Pares (JTCP) adscritas a la Superintendencia Nacional de Salud. La propuesta del Ministerio de Salud, encargado de reglamentar el artículo arriba mencionado, indica que las solicitudes de servicios excluidos del plan de beneficios sean tramitadas únicamente a través del nuevo esquema denominado Juntas Técnico Científicas de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud, a fin de que las prestaciones se autoricen con criterios

técnicos, se proceda con agilidad y oportunidad y se contenga el gasto generado por los altos recobros.

Para la puesta en marcha de las JTCP, el Ministerio de Salud propone un plan de transición que permita que los CTC y JTCP funcionen a la par y que ésta, inicialmente, revise y autorice solicitudes relacionadas con una sola patología. De manera escalonada, las JTCP podrían recibir de los CTC nuevas patologías para el trámite de solicitudes, hasta que éstos finalmente desaparezcan.

El trabajo plantea que el cáncer sea la patología con que se inicie la prueba piloto de las JTCP. Esto se debe a que es decisión de Ministerio de Salud iniciar con esas patologías, debido a que en Colombia y en el mundo este grupo de enfermedades son la primera causa de muerte no violenta para la que se suministran tratamientos costosos. De acuerdo con los registros del Instituto Nacional de Cancerología (INC), en el 2011, se estimaron 6.122 nuevos casos de cáncer en Colombia, de los cuales 2.553 se presentaron en hombres y 3.569 en mujeres, 191 casos menos que en el año anterior.

Este cambio de esquema para el trámite de tecnologías por fuera del POS merece que, antes de entrada en vigencia la nueva propuesta, se describan las siguiente variables: departamento, tipo de recobro, edad, monto de recobros, valor solicitado, valor aprobado y valor glosado en el período comprendido entre el 2 de mayo de 2011 hasta 16 de febrero de 2012 de la base de datos del Consorcio FiduFosyga, tomando como referencia las patologías oncológicas, conforme se explica en el párrafo que precede. Dicha descripción permitirá responder la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la línea de base sobre la cual se podrá medir en el futuro el impacto de las Juntas Técnico Científicas de Pares?

Para dar respuesta a esa pregunta se planteó como objetivo principal de esta investigación: caracterizar la información de recobro del año 2011 para la identificación de variables que permitan, en el futuro, evaluar el impacto de las Juntas Técnico Científicas de Pares.

Objetivos específicos:

1. Describir la información de recobro contenida en la base de datos del Fondo de Solidaridad y Garantía del 2 de mayo de 2011 al 16 de febrero de 2012.
2. Comparar los valores de recobros, aprobados y glosados entre el tipo de recobro y las patologías oncológicas.
3. Identificar si existen o no debilidades en el actual sistema de aprobación de servicios No POS desarrollado por el Comité Técnico Científico de cada EPS.

El trabajo está dividido en seis capítulos: marco teórico, contexto, metodología, resultados, discusión y conclusiones y recomendaciones de política. La estructura de esos capítulos se explica a continuación:

El marco teórico explica brevemente algunos rasgos de los sistemas de salud e inserta la prestación de servicios No POS dentro del Sistema colombiano; de igual manera, indica como alarmante el aumento del activismo judicial en materia de salud.

El segundo capítulo da cuenta del marco contextual que fundamenta los Comités Técnico Científicos y a las Juntas Técnico Científicas de Pares y describe los objetivos del proyecto-creación de JTCP, tal y como han sido definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social.

El tercer capítulo describe brevemente la metodología para el hallazgo de los resultados, indicando, principalmente, que se trata de un estudio transversal que permitirá tener una línea de base para medir en posteriores estudios el impacto de las Juntas Técnico Científicas de Pares.

El cuarto capítulo precisa los hallazgos e interpretaciones de los datos recogidos de la base de datos del FiduFosyga del período comprendido desde 2 de mayo de 2011 hasta 16 de febrero de 2012, los mismos que confirman que el 5,1 % de las solicitudes estaban relacionadas con patologías oncológicas, el 11,3% de las solicitudes fueron a menores de edad y cerca de una de cada cinco solicitudes que llegaron al FOSYGA fueron por tutela.

En el quinto capítulo se discuten los resultados del análisis de las variables, contrastándolos con las teorías y estudios que se plantearon.

Finalmente, se proponen las conclusiones y las recomendaciones de política, que se desprenden del mismo análisis de resultados del capítulo cuarto. Se indica como primera medida, que debe evaluarse al año siguiente de la entrada en vigencia las JTC su impacto, pero que ante la imposibilidad de encontrar el mismo usuario tratado en el período $t+1$, se recomienda utilizar métodos estadísticos cuasi experimentales, buscando usuarios con características muy parecidas, casi iguales, al tratado en el período t , y cuya única diferencia sea el haber participado del programa.

1. Antecedentes

La salud en Colombia se presta bajo un modelo de aseguramiento, cuyo principal propósito es brindar al Sistema un soporte financiero sostenible en el tiempo, permitiéndole el acceso a los servicios a amplios sectores de la población, con dirección a la universalización. Se propone un esquema, a través del cual, las funciones de manejo del riesgo en salud y de la administración de la prestación de los servicios de salud, queda en manos de las Entidades Promotoras de Salud que pueden ser públicas, privadas o comunitarias. Estas aseguradoras deben garantizar a todos los afiliados, a través de un pago capitado denominado Unidad de Pago por Capacitación (UPC), la prestación completa del plan de beneficios ordenado por la Ley (Colombia. Congreso de la República, 1993).

El esquema financiero del Sistema contempla para su operación la existencia de dos regímenes: el contributivo y el subsidiado. El Régimen Contributivo está integrado por aquellas personas con capacidad de pago, quienes deben aportar el 12,5% de sus ingresos, y que en caso de generarse excedentes, se destinan a completar los recursos necesarios para la afiliación a este régimen, de aquellos cuyo aporte es insuficiente para pagar las UPCs, a través de la figura denominada *compensación*. Del Régimen Subsidiado hacen parte las personas sin capacidad de pago y se financia con un punto que traslada el Régimen Contributivo y con aportes fiscales, esfuerzo propio de las entidades territoriales y rentas cedidas (Colombia. Congreso de la República, 2007).

La afiliación al Sistema de Salud da derecho al otorgamiento de un paquete de beneficios básicos que comprende servicios, procedimientos e insumos (incluyendo medicamentos) en todas las fases de la relación salud-enfermedad (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) y en todos los niveles de complejidad. Su contenido, tanto a nivel de procedimientos y servicios como de medicamentos, debe ser revisado y ajustado periódicamente por la Comisión de Regulación en Salud, teniendo en cuenta el cruce de características de la carga de la enfermedad en el país, con análisis de costos y efectividad de las intervenciones disponibles (Colombia. Congreso de la República, 2007).

Ese Plan de Beneficios al que tienen derecho todos los afiliados al Sistema de Salud en Colombia es finito, y la limitación de las prestaciones y servicios contemplados obedece a

procesos de priorización, necesarios para asegurar el equilibrio financiero del Sistema¹. Su definición debe estar enfocada en las coberturas de las necesidades de salud más relevantes para el país y en la asignación eficiente de los recursos escasos que están disponibles (Aldea, 2009, citado por Castrillón, 2009)². Al igual que en Colombia, la búsqueda de una *mayor eficiencia del gasto público* en salud, fue uno de los objetivos centrales de las reformas en salud de otros países, tal es el caso de Israel, Chile, Oregón –EEUU, Nueva Zelanda, México y Holanda, que buscaron el establecimiento de una canasta única con un número limitado de prestaciones (Ariza, Giedion, & Pulido, 2007).

Pese a que en Colombia se predique la existencia de un Plan Obligatorio de Salud limitado, el diseño estructural del sistema está transversalizado por el principio de solidaridad y permite a través del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga- garantizar la prestación de tecnologías excluidas del POS³ luego de que el Comité Técnico Científico de cada EPS conceptúe sobre su necesidad. De igual manera, la intervención activista de las Altas Cortes, especialmente la Constitucional, ha favorecido la prestación de servicios excluidos, contrario a lo que sucede en países como Estados Unidos e Israel, que definieron un conjunto de servicios al cual la gente puede acceder única y exclusivamente, sin que se preste otro servicio que allí no esté contemplado (Ariza et al., 2007). La jurisprudencia constitucional en Colombia ha señalado que:

Frente a las limitaciones del sistema de salud, los individuos son los primeros convocados a proveerse aquellos servicios médicos que se encuentran excluidos de la cobertura del POS y que, solo en aquellos casos en que carezcan de recursos económicos suficientes para tal fin, procede la intervención del Estado (Colombia. Corte Constitucional, 2006).

¹ El nuevo Plan Obligatorio de Salud en Colombia fue adoptado mediante la Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 *Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)*.

² En informe de la Dirección de Atención a la Demanda del Ministerio de la Protección Social, hoy de Salud, dirigido a la Comisión de Regulación en Salud – CRES, se indicó que dada la limitación de recursos en el Sistema es necesario establecer una serie de criterios que permitan identificar del universo de condiciones de salud, aquellas que son de mayor relevancia y que tienen ciertas características que hacen que su intervención predomine sobre el resto.

³ el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) lo crea el artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1° del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y que es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social.

Ahora, esa *responsabilidad subsidiaria del Estado* señalada por la Corte, pareciera ser principal y así lo demuestran los abundantes fallos de tutela a través de los cuales la corporación ha señalado que:

Como desarrollo del principio de supremacía de la Constitución, consagrado en el artículo 4 superior, resulta procedente la acción de tutela para ordenar el suministro de medicamentos o tratamientos médicos que no se encuentran incluidos en el POS y que sean indispensables para garantizar la vida en condiciones dignas u otros derechos fundamentales, cuando el afiliado carezca de recursos económicos suficientes para sufragarlos (Colombia. Corte Constitucional, 2009).

Esa protección jurisdiccional, aunada a los incentivos perversos de los distintos agentes que tienen alguna relación con los Comités Técnico Científicos de las EPS (CTC), amenaza con agudizar el grave problema de financiación del Sistema de Salud en Colombia, procurando autorizaciones abundantes de tecnologías excluidas del POS, que luego serían recobradas al Fosyga. Esta situación pudiera ser controlada bajo el nuevo esquema para el trámite de procedimientos No POS, planteado por la Ley 1438 de 2011, que reestructura la conformación de los CTC y crea la Junta Técnico Científica de Pares adscrita a la Superintendencia Nacional de Salud (Colombia. Congreso de la República, 2011), en tanto que centralizaría en un ente de control la decisión de autorizar o no servicios excluidos del plan de beneficios, tomada a la luz de criterios técnicos que deberán ser observados por expertos pares de quienes ordenaron tal tecnología.

1.1. Servicios no POS en los sistemas de salud

Muchos países han adoptado paquetes básicos a lo largo de las últimas dos década que explicitan los servicios a que pueden acceder los afiliados o usuarios del sistema (Sojo, 2006, citado por Giedion, Panopoulou, & Gómez-Fraga, 2009). Para Giedion et al. (2009) ninguna sociedad está hoy en día en capacidad de cubrir a “todos con todo”, por lo cual es entendible la brecha existente entre lo “posible y lo factible”. Sin embargo, la evidencia también permite ver que algunos Estados reconocen tecnologías que no fueron contempladas dentro de sus planes obligatorios.

Parece haber consenso en que los criterios de costo efectividad, impacto sobre la calidad de vida e impacto sobre la esperanza de vida juegan un papel preponderante al momento de

priorizar los servicios de salud. El proceso de priorización debe orientarse, conforme lo indica el autor, a definir un cuidado de salud básico, y por ende, a reducir la provisión de servicios médicamente inefectivos o que benefician a pocos, y preferir aquellos que benefician a muchos o que tienen un impacto importante sobre la calidad de vida. Este proceso de priorización podrá darse a través de racionamientos explícitos o racionamientos implícitos (Cubillos, 2013).

En relación con el racionamiento explícito se ha reconocido en la bibliografía y en la experiencia internacional la coexistencia de dos escenarios. En el primero se define un plan de beneficios explícitos que niega rotundamente la prestación de servicios que no estén incluidos, y que por tanto deberán ser cubiertos por el paciente que los requiera. En el segundo se define una canasta básica con la posibilidad de acceder a otros servicios, previa revisión de un comité u órgano especializado. El primer escenario describe las características de países en donde la salud se concibe como un servicio que, atendiendo las leyes de mercado, se presta a quien lo pague. En Estados Unidos⁴, por ejemplo, un alto porcentaje de su población no cuenta con ningún sistema de seguro médico. El 70% de los cubiertos se encuentra afiliado a aseguradoras privadas, y la prima es pagada con aportes conjuntos del empleador y del empleado. El resto de la población afiliada, ancianos, pobres y niños están adscritos al Medicare, Medicaid o SCHIP, programas públicos proveídos por el gobierno federal (United States of America. Center for Medicare & Medicaid Services, 2011)⁵. El Medicare, por ejemplo, tiene cuatro paquetes que se miden por topes anuales. Una vez superados los topes, la persona deberá pagar todas sus fórmulas médicas hasta que el costo anual alcance US \$5,100. A partir de este momento, comienza la cobertura catastrófica y el plan cubre el 95% del costo de sus medicamentos hasta el final del año calendario. En el Medicaid las personas podrán permanecer máximo 5 años y las prestaciones varían considerablemente de un Estado a otro, inclusive pueden ser distintas en el mismo Estado en diferentes períodos, dependiendo de cuál sea la decisión y el interés particular del gobierno respecto de la provisión de servicio.

En Estado Unidos la ley no exige que el empleador proporcione cobertura en salud a sus trabajadores. Los planes de seguros ofrecidos por aquellos, en su mayoría son opciones con elección limitada de prestadores y sistemas de derivación dirigida, desplazando mayoritariamente los planes de libre elección basados en pagos por prestación.

⁴ El gasto en salud de EEUU equivale al 17% del PIB y la inversión per cápita es la más alta del mundo.

⁵ También explica las particularidades, coberturas y poblaciones beneficiarias tanto de Medicare como de Medicaid.

El segundo escenario claramente se cimenta sobre un enfoque de derechos que ubica a la salud como una prerrogativa de carácter constitucional para la cual no pueden existir restricciones. Sin embargo, y siguiendo las consideraciones de Daniels, Saloner y Gelpi (2009), pese a que el derecho a la salud se considere fundamental bajo este enfoque, se necesita poner en práctica un debido proceso⁶ (priorización), dada la escases de recursos, que toma tiempo implementar.

El caso colombiano ilustra el anterior escenario, por cuanto a pesar de las restricciones del Plan de Beneficios del Sistema de Salud, se le reconoce a los afiliados, tecnologías y procedimientos excluidos, ordenando su pago contra los recursos del sistema en forma de recobros. Si se trata de afiliados al régimen contributivo que requieren de servicios excluidos del plan de beneficios, la prestación será con cargo a la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía –Fosyga-; en el caso del Régimen Subsidiado, se cargarán a las cuentas de las entidades territoriales.

Colombia dispuso de la Creación de un Comité Técnico Científico en cada EPS, cuya principal función debía ser el análisis para su autorización de solicitudes presentadas por los médicos tratantes para suministrar a los afiliados medicamentos por fuera del POS. Ese comité debía estar conformado por un representante de la entidad administradora de planes de beneficios (EPS), un representante de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y un representante de los usuarios. México también adoptó, con base en la carga de la enfermedad y tomando en cuenta consideraciones de costo-efectividad, la creación de tres paquetes: de salud pública, de servicios esenciales de salud y de servicios de alta complejidad que, en su conjunto, cubren 337 intervenciones. Para la atención de servicios que estén por fuera de ese paquete, se dispuso de una canasta distinta o extraordinaria. El paquete de prestaciones extraordinarias se denominó Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos –FPCG-, destinada al cubrimiento de servicios para la atención de enfermedades de alto costo y de alta complejidad que puedan causar gastos catastróficos para las familias involucradas (Giedion et al., 2009).

Según Giedion et al. (2009), al parecer, si bien existe un proceso definido para presentar quejas en México sobre los servicios de salud, en el informe del PASS (Software de Análisis

⁶ Para el autor, y quien aplicó su teoría de la justicia a la salud, un debido proceso debe cumplir cuatro requisitos: que sea transparente; que la gente conozca y entienda las decisiones que les afectan su servicio de salud. Segundo, que las decisiones tienen que ser legítimas; es decir, construidas con la participación de los actores del sistema (médicos, hospitales, empresas, gobierno, asegurados), sobre un consenso básico. Tercero, lo que se decida debe ser revisable con el tiempo, a medida que cambie la tecnologías, la ciencia, etc. Y, cuarto, que se pueda garantizar que el proceso en efecto, será transparente, legítimo y revisable.

estadístico y prospección), antes SPSS, correspondiente al año 2008, no se hace mención sobre la resolución de quejas, el porcentaje de quejas resueltas y el tiempo de respuesta o de seguimiento que se les dio. Por esa razón, no se pueden identificar aquellos casos donde algún afiliado pudo haber exigido el otorgamiento de un beneficio descrito en el CAUCES o en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos –FPCG- y mucho menos cuál fue la solución que se le dio a esta solicitud. Según los autores, una breve investigación también demuestra que no hay precedentes judiciales en la Suprema Corte de Justicia de México sobre la exigibilidad del derecho a los beneficios de los paquetes del Sistema Popular.

De lo que sí hay evidencia es que el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos - FPCG- del Seguro Popular (SP) de México –dependiente de la Secretaría de Salud (SS)- priva de servicios médicos gratuitos a las pacientes con Cáncer de Mama (CaMa) después de que transcurran cinco años de su diagnóstico y aunque requieran de seguimiento médico, de acuerdo con lo que estipula el protocolo de atención del propio fondo (Bonilla, 2011).

En cuanto a priorización implícita, Nueva Zelanda puede ser un buen ejemplo. En vez de establecer un paquete de beneficios para todos los neozelandeses con recursos públicos (nivel macro), concentró los esfuerzos de priorización en casos particulares (Giedion, 2008). En Nueva Zelanda, el Ministerio de Salud, luego de negar un servicio excluido del POS a un menor de 18 años, tuvo que ceder frente a las presiones mediáticas y facilitar la prestación, para luego definir los límites. Posterior a que se definieran los límites y que estos fueran legítimos y claros para todos los habitantes, se presentó un problema similar con otro menor pero no se demandaron servicios excluidos, en tanto que los usuarios del sistema de salud entendían que no era posible que el Estado asumiera el costo de atenderlo (Daniels et al., 2009).

La tendencia internacional a establecer paquetes básicos de servicios de salud, son claro ejemplo de la búsqueda de una mayor eficiencia del gasto público, a partir de procesos de priorización. En el estudio de Ariza et al. (2007), ampliamente citado en este trabajo, dado a que cuenta la experiencia internacional en diseño y ajuste de planes de beneficios, se ha indicado que existen múltiples opciones para presentar el catálogo de beneficios, el cual podrá determinarse por servicios, por patologías, por poblaciones, por intervenciones, entre otros. También señala que pueden ser varios los criterios que cada país adopte para la inclusión o exclusión de servicios.

El sistema de salud de Israel es, posiblemente, el que más se asemeja al sistema colombiano en el ámbito internacional y el que también puede aportar, dada su similitud,

importantes lecciones en el caso de la priorización (Giedion, 2008). Para escoger los servicios que contendría la canasta basó la selección en consideraciones de eficiencia y no en criterios de costo efectividad: se estimaba que este fondo tenía el gasto per cápita más bajo y ofrecía a la vez una canasta de servicios razonablemente amplia. La canasta así definida cubre los servicios ambulatorios, hospitalarios y los medicamentos y excluye la cobertura para enfermedades crónicas, los cuidados psiquiátricos, los servicios preventivos y de salud pública y los servicios odontológicos (Shalev & Chinitz, 1997). Los hogares y varias entidades estatales concurren en el financiamiento de estos servicios excluidos.

Se destaca del modelo israelí que la actualización anual de la canasta de servicios se realiza a través de un mecanismo sistemático y estructurado (Tamir, 2006, citado por Giedion & Pulido, 2007). En Israel, el proceso de ajuste del contenido de la canasta de servicios consta de los siguientes seis pasos: invitación a presentar propuestas para la inclusión por parte de todos los actores del sistema (asociaciones, hospitales, gremios, etc.); evaluación rápida y filtraje preliminar por parte de la Dirección de Administración de Tecnología; recolección de datos y evaluación inicial por parte de la Dirección de Administraciones de Tecnologías y grupos ad hoc; Evaluación integral; Toma de decisiones y Aprobación por parte del gobierno (Shani, 2000, citado por Giedion & Pulido, 2007).

En los últimos años, Israel ha incluido medicamentos para diferentes tipos de cáncer, osteoporosis, depresión y enfermedad de Alzheimer. Las inclusiones que se han hecho hasta la fecha se han concentrado en nuevos tratamientos altamente costosos para pocos pacientes en detrimento de otras intervenciones menos costosas y utilizadas por un mayor número de pacientes (Tamir, 2006, citado por Giedion & Pulido, 2007). En la mayoría de los casos, las inclusiones de nuevos servicios se dieron como consecuencia de fallos de las Cortes de Justicia que obligaron al Ministerio a suministrar medicamentos no autorizados.

Dichas inclusiones se hicieron, según Tamir (2006, citado por Giedion & Pulido, 2007), sin ejercicio de priorización explícito; se obedeció, básicamente, al argumento de que *“si no beneficia al paciente por lo menos no hace daño”*. El Ministerio ha propuesto la elaboración de guías clínicas con el fin de racionalizar el uso de algunos medicamentos o procedimientos, pero en la mayoría de los casos la Corte de Israel ha obligado a financiarlos, observando únicamente consideraciones de equidad.

Chile optó por definir el contenido de su canasta de servicios en términos de patologías cubiertas, guías clínicas asociadas a éstas y garantías explícitas de calidad, oportunidad y protección financiera (Becerril-Montekio, Reyes, & Manuel, 2011). El punto de partida para la priorización, según Giedion (2008), fue el análisis de la información del estado de salud de la población chilena en términos de morbilidad y mortalidad.

Dicho análisis se hizo con base en la magnitud y trascendencia del problema, así como en la existencia de intervenciones costo-efectivas para abordarlo. Una patología que pasa los anteriores filtros será evaluada por la carga financiera que genera en los hogares. Hasta el momento, se considera desestabilizante para una familia un gasto en salud mayor a dos sueldos anuales.

El diagnóstico general para priorización de servicios en Chile mostraba que a pesar de que los principales indicadores de salud de los chilenos habían mejorado considerablemente en las pasadas décadas, algunas enfermedades no contagiosas tales como las enfermedades cardíacas y el cáncer estaban aumentando rápidamente y requerían de una mayor atención por parte del gobierno, y por tanto fueron incluidas. Para cada una de las enfermedades anteriormente mencionadas, el Gobierno de Chile elaboró no sólo una guía clínica sino una definición precisa en cuanto a sus códigos de diagnóstico, población objetivo, garantías explícitas y precisas en cuanto a la protección financiera, calidad de la atención, oportunidad de la atención y red acreditada para la atención. Cuando las enfermedades no son cubiertas por el AUGE (plan de atención básico), el paciente puede acceder a la red pública para que se les suministre el servicio según disponibilidad de recursos, similar a como sucede en Colombia con la atención de los vinculados⁷ (Giedion, 2008).

En el modelo chileno la definición del AUGE a través del consenso social es fundamental. Esta participación de los diferentes actores obedece a un principio que denominaron “*el AUGE lo define la sociedad chilena*”. Supone la constitución de un Consejo Nacional del Plan de Salud que dé las mayores garantías a todos los actores y en especial a los usuarios. A través de este Consejo se institucionalizaría la búsqueda de espacios públicos de participación para conocer las prioridades (Jiménez, 2005).

⁷ Los mal llamados vinculados son personas que están a la espera de ser afiliados al Sistema de Salud, ya sea a través del régimen contributivo o del subsidiado. La atención se presta con cargo a recursos de oferta.

Las ventajas del plan AUGE fueron reconocidas en una publicación sobre Protección Social en Salud en Chile (Giedion, 2008). Se resalta de AUGE que fija plazos perentorios y conocidos para asegurar la oportunidad de la atención y establece guías clínicas de referencia que plantea pautas para determinar la calidad. Lo anterior confirma que la priorización en Chile no se limitó a enumerar coberturas específicas de patologías, sino que consideró que éstas tienen que venir acompañadas con garantías explícitas y exigibles para que se obtengan los resultados esperados.

En Oregón- EEUU, desde 2001, se creó el plan de prescripción de medicamentos a través de un proceso basado en la evidencia para los usuarios que están bajo la modalidad de pago por servicios en el plan de salud. Para garantizar la atención en salud de forma oportuna, además de la lista de servicios priorizados, el Plan de salud de Oregon ha definido programas especiales para la atención de patologías específicas como el cáncer de mama y cuello uterino. Para identificar los tratamientos a incluirse en la lista de servicios priorizados se apeló a criterios de efectividad clínica, a juicio de expertos clínicos y preferencias de los usuarios (Oregon Department of Human Services, 2006, citado por Giedion & Pulido, 2007). Algunos tratamientos están acompañados de unas guías o lineamientos que explican con más detalle en qué circunstancias se aplican los tratamientos, para garantizar un tratamiento adecuado.

En Oregon, la política de aumentar la cobertura de aseguramiento a través de un racionamiento explícito de los servicios cubiertos ha resultado exitoso. Quizás la condición fundamental es que exista un compromiso real con la cobertura universal de aseguramiento. Cuando este compromiso no existe y no es entendido como un valor fundamental de la sociedad, el establecimiento de límites genera problemas políticos, ya que no hay una buena compensación para ofrecer a cambio (Holm, 1997, citado por Giedion & Pulido, 2007).

En Colombia, la actualización del Plan Obligatorio de Salud es el resultado de una asignación prioritaria, por cuanto desde sus bases legales y técnicas se define como el conjunto de tecnologías en salud descritas en la Resolución 5521 de 2013⁸, que determina a qué tiene derecho, en caso de necesitarlo, todo afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud

⁸ Esta resolución deroga los artículos 16 y 117 de la Resolución 5261 de 1994, y en su integridad los Acuerdo 029 de 2011, 031 Y 034 de 2012 de la Comisión de Regulación en Salud – CRES.

-SGSSS-. Se constituye en un instrumento para que las Entidades Promotoras de Salud -EPS- garanticen el acceso a las tecnologías en salud. El POS se articula con otros Planes de Beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS-; así como con los programas, planes y acciones de otros sectores, que deben garantizar los demás aspectos que inciden en la salud y el bienestar (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

De igual modo, se previó que dicho plan pudiera actualizarse conforme lo señala el artículo 25° de la Ley 1438 que estableció que:

El Plan de Beneficios deberá actualizarse integralmente una vez cada dos (2) años atendiendo a cambios en el perfil epidemiológico y carga de la enfermedad de la población, disponibilidad de recursos, equilibrio y medicamentos extraordinarios no explícitos dentro del Plan de Beneficios (...) (Colombia. Congreso de la República, 2011).

La sentencia T-760 (Colombia. Corte Constitucional, 2008b), llamó la atención sobre la necesidad de generar un debate serio sobre el POS, para que se definieran con criterios más claros la manera de enfrentar la asignación de servicios y medicamentos, e indicó que la actualización integral del POS supone su revisión sistemática conforme a (i) los cambios en la estructura demográfica, (ii) el perfil epidemiológico nacional, (iii) la tecnología apropiada disponible en el país y (iv) las condiciones financieras del sistema.

La sostenibilidad financiera del Sistema ha sido un tema recurrente como titular de prensa en Colombia que alerta sobre la amenaza causada por los altos recobros que se generan debido a la prestación de servicios No POS. Han sido las entidades públicas como la Defensoría del Pueblo (2012) y la Procuraduría General de la Nación (2012) las que han mostrado cifras que, aunque generales, son el punto de partida para que se genere el debate en torno a los costos de los servicios no contemplados en el plan de beneficios y recobrados billonariamente por las EPS. Igualmente, se destaca el trabajo de Cubillos y Alfonso (2007), a través del cual hacen un análisis descriptivo de los recobros en el sistema general de seguridad social en salud de 2002 a 2005.

1.2. Influencia creciente de la rama judicial sobre los servicios de salud

En distintos países como Colombia, Argentina, Brasil y Costa Rica, la rama judicial ha ejercido un poder creciente sobre los servicios que tienen que ser financiados por los Sistemas de Salud (Giedion et al., 2009), haciendo notoria la tendencia latinoamericana de concebir la salud y sus servicios dentro de un enfoque de derechos. El encarecimiento del costo de la Salud en Colombia obedece, en gran medida, a fallos de tutela proferidos por las distintas Cortes, especialmente la Constitucional, que con argumentos de necesidad otorgan servicios no cubiertos por el plan básico. El otorgamiento de dichas tecnologías termina beneficiando a unos pocos en detrimento de un mejor servicio para la mayoría. En estos casos la tutela crea incentivos perversos tanto para los pacientes como para las EPS, pues los jueces, al considerar casos individuales, no aceptan los límites de lo que puede efectivamente cubrir el POS (Daniels et al., 2009).

El importante número de tutelas para reclamar servicios no incluidos en el plan de beneficios en Colombia da fe de que la exigibilidad del derecho a la salud en este país no es una mera titularidad (Giedion et al., 2009) y que el uso de servicios viene creciendo aceleradamente “porque la gente tiene más conciencia de sus derechos”⁹ (El Espectador, 2012). Los autores mencionados, en el estudio que compara el Sistema de Salud de Colombia y el de México, calificaron como grave la intervención de la Corte Constitucional colombiana en materia de aprobación de prescripciones No POS. Según su concepto los fallos de la Corte configuran un POS “judicial” o “paralelo”.

Para La Scaleia (2012), la judicialización de la salud es una nueva enfermedad del sistema sanitario en Argentina. Los daños que causa esta enfermedad a través del accionar de la justicia radican en que se avasalla el derecho colectivo, se rompe la equidad y la solidaridad, y se genera un desfinanciamiento en las OSP. De igual manera, considera el autor, que la intervención de las Cortes en el tema de la salud, otorgando todo lo que se les pide, es

⁹ Según Jaime Arias, presidente de Acemi y Fernando Ruiz, director del Centro de Proyectos para el Desarrollo (Cendex), de la Universidad Javeriana, el aumento de las acciones de tutela coincide con el crecimiento acelerado de los últimos años en la demanda de servicios, según los cuales, “Las clínicas y hospitales han desbordado la capacidad. Hay unas tasas de ocupación por encima del 90% y eso pudo haber llevado a una tendencia a negar servicios”.

un irrespeto a la evidencia científica y los consensos sociales que han pretendido que la ciencia y la tecnología llegue a la mayor cantidad de personas.

Para Rioja (2008) puede hablarse de judicialización cuando lo judicial pasa a tener un papel tan creciente y central que los temas de la sociedad son llevados al ámbito tribunalicio y no siempre habiendo agotado las instancias previas de mediación o resolución de controversias. Rioja (2008) considera que quienes piensan que se debe prescindir del Estado, reprueban la judicialización y en cambio proponen la intervención de un tercero mediador que “arribe a la mesa de negociación” de forma exitosa. Para la autora, la judicialización viene acompañando el desarrollo de la modernidad. No hay judicialización si no es de algo que está fuera del derecho y que por efecto de la propia judicialización, pasaría a formar parte de él. Propone que para evitar la judicialización, algunas soluciones de mediación podrían quizás paliativamente solucionar cuestiones del derecho individual, pero a muy corto plazo.

De manera preliminar, estudios que está llevando a cabo el Observatorio de Salud de la Facultad de Derecho de la Universidad de Argentina, explica que la justicia de ese país se encuentra colapsada y carece de medios para afrontar el volumen de casos que se presentan en materia de reclamos referidos a prestaciones sanitarias. Los litigios que se presentan ante los tribunales se multiplican, los procedimientos tienden a prolongarse en el tiempo y los gastos ocasionados por dichos procedimientos aumentan, a la par de la insatisfacción de los usuarios del sistema.

En Brasil, la judicialización de la salud fue objeto de una audiencia pública en 2009 donde se manifestaba la preocupación por el conflicto generado entre la rama judicial y el sistema de salud. Los 27 Estados a través de sus jueces y representantes del Ministerio de Salud pretendían se disminuyera la intervención judicial respecto a un sistema de salud que es manejado de manera autónoma por los Estados en relación al establecimiento del plan básico y el procedimiento para la remisión de los pacientes a médicos especialistas.

Los jueces en Brasil fallan atendiendo a cualquiera de dos razones: hayan sustento en argumentos de necesidad para soportan los fallos a favor de pacientes que ante la no prestación pudieran perder la vida o se plantee la necesidad de decisión judicial para justificar un gasto de un medicamento o procedimiento que no se puede otorgar de manera espontánea. La no compensación de esas decisiones judiciales está perjudicando el presupuesto para salud.

Al igual que en Costa Rica, Brasil propuso la creación de cámaras técnica en cada Estado para que profieran laudos sobre los medicamentos o procedimientos que se reclaman, de tal forma que no se tenga que acudir a la justicia ordinaria; estas cámaras deben aprobar o negar medicamentos solicitados, con base en guías técnicas creadas por los respectivos Ministerios de Salud. Cassataro (2009) desarrolla un estudio exploratorio sobre la judicialización, advirtiendo de entrada que se trata de un tema de escaso desarrollo; sin embargo, aludiendo al sistema de sanitario de Brasil, señala que la judicialización no ha hecho más que quebrantar el paradigma de confianza mutua entre médicos y pacientes, aumentar el gasto en salud, generar prácticas propias de medicina defensiva y soslayar el cúmulo de derechos y garantías que tutelan a los usuarios de los servicios de salud.

2. Contexto

Actualmente, las EPS en Colombia únicamente están obligadas a garantizar los medicamentos, procedimientos e intervenciones estipuladas en el POS. Sin embargo, por vía de tutela comenzaron a autorizarse servicios y medicamentos excluidos del POS con cargo al Fosyga, en casos de urgencia y necesidad. Ante esta situación, surgen los CTC para controlar las autorizaciones de servicios no POS. Posteriormente, la figura de los recobros comenzó a ser utilizada indebidamente, lo cual ha traído como consecuencia el desequilibrio financiero del sistema; el mal uso ha llegado a tal punto, que se presentan solicitudes para obtener el pago de procedimientos, medicamentos e intervenciones que hacen parte POS o que pueden ser sustituidas por servicios e insumos que sí hacen parte del POS.

La Defensoría del Pueblo (2012) indica que fueron interpuestas 105.947 tutelas por colombianos que sintieron vulnerados sus derechos en salud. Si se compara con el mismo dato de los últimos años, en 2011 se agudizó la problemática, acercándose a los niveles más altos registrados en 2007 y 2008. El 67,81% de lo solicitado a las EPS estaba incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS). Es decir, los pacientes tuvieron que interponer una tutela para reclamar servicios, procedimientos o medicamentos a los que tenían legítimo derecho y les fueron negados. El estudio muestra también un listado de las EPS más entuteladas: Coomeva (10.853), la Nueva EPS (9.621) y Saludcoop (4.644) ocuparon los primeros puestos en la lista. Aquí habría que aclarar que estas tres EPS del régimen contributivo son también las más grandes del país, por eso, si se analiza el número de tutelas por cada 10.000 afiliados, en las primeras casillas estarían Multimédica EPS, Salud Colombia EPS (liquidada) y, nuevamente, Coomeva. Los colombianos recurrieron a esta acción, principalmente, para reclamar tratamientos: 43.300 tutelas relacionadas principalmente con neurología, oncología, ortopedia, oftalmología y neurocirugía. Los medicamentos y las cirugías fueron la segunda y tercera razones que motivaron a los colombianos a interponer este recurso.

En Colombia, el crecimiento del gasto por concepto de recobros como consecuencia de la autorización de tecnologías excluida del plan de beneficios que representaron el 32.19% de las tutelas interpuestas en 2011, aumentó considerablemente a partir de 2008, a tal punto que

pareciera que las funciones del CTC fueran inocuas. La función principal del Comité Técnico-Científico de justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al o los diagnósticos del paciente, contrasta con el crecimiento desmedido de recobros que en 2010 se estimaron en 2,3 billones de pesos aproximadamente, según la bases de datos de recobros FiduFosyga. La principal causa del crecimiento sostenido de las obligaciones por concepto de los eventos No POS se halla en los incentivos de los distintos agentes que tienen alguna relación con los planes de beneficios, entre los que se encuentran las aseguradoras, médicos tratantes, compañías farmacéuticas y usuarios.

Ese crecimiento desmedido a partir de 2008 se debe, básicamente, a la ocurrencia de dos eventos que en nada tienen que ver con la alteración del perfil epidemiológico de los colombianos. El primero está relacionado con el pronunciamiento de la Corte Constitucional en sentencia de constitucionalidad y el segundo con la entrada en vigencia de una resolución expedida por el Ministerio de la Protección Social que modifica los porcentajes de recobros según sean tramitados por CTC o autorizados por tutela.

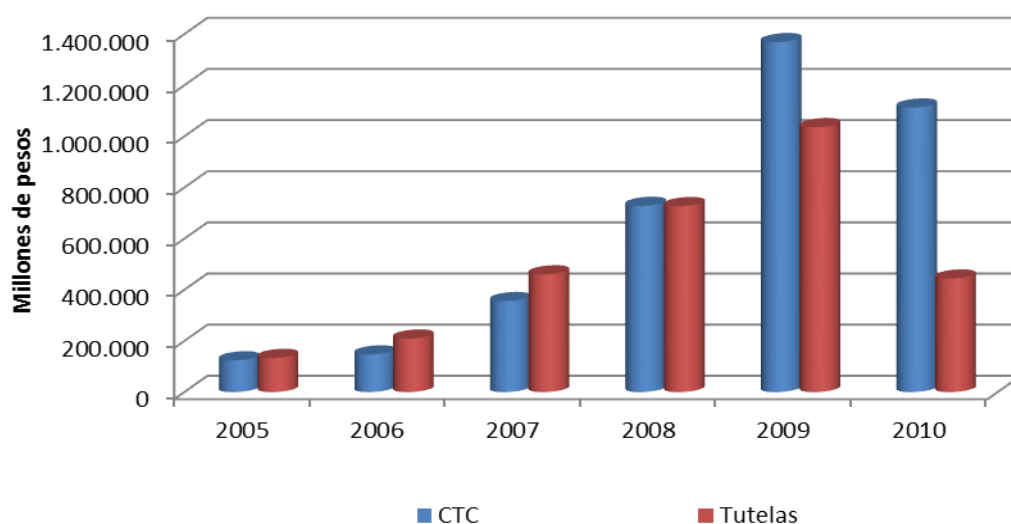
En lo que refiere al primer evento, la Corte Constitucional (2008a), a través de la Sentencia C-463 se pronunció sobre la constitucionalidad del literal j) de la Ley 1122 (Colombia. Congreso de la República, 2007). La norma le asigna a la EPS la obligación de llevar a consideración del CTC las solicitudes relativas solo a medicamentos no incluidos en el plan de beneficios del régimen contributivo, y aquellas que fueran ordenadas por vía de tutela deberían ser recobradas solo en un 50%. La Corte condicionó la exequibilidad de la norma, señalando que el reembolso a que son obligadas las EPS como consecuencia de un fallo de tutela, también se aplica respecto de los demás servicios médicos ordenados por el médico tratante no incluidos en el plan de beneficios de cualquiera de los dos regímenes, contributivo y subsidiado.

En el segundo evento, el Ministerio de la Protección Social (2008) expidió el 2 de octubre la Resolución 3754 que modifica parcialmente la Resolución 3099 (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2008a). En dicha norma se indica que los eventos que sean rechazados por los CTC y reconocidos por vía de tutela sólo podrían ser recobrados en un 85%, lo que motivó a que las EPS se desbordaran en número de prescripciones y que los Comités autorizaran, sin hacer una evaluación objetiva y técnica de las solicitudes, eventos excluidos del POS. Estos efectos fueron los mismos que se presentaron con el fallo de constitucionalidad

que amplió los eventos No POS que podían ser solicitados y recobrados e incentivó a que las EPS autorizaran a través de los CTC toda solicitud a fin de que se les reconociera el 100%.

Tal y como se puede ver en la Figura 1, el número de recobros por vía de los CTC superó al de tutelas a partir de 2008.

Figura 1. Número de recobros por Comité Técnico Científico y tutelas



Fuente: Ministerio de la Protección Social, 2011

En el intento de resolver o mitigar los problemas que atentan contra la estabilidad financiera del Sistema de Salud, el Gobierno Nacional adoptó una serie de medidas que incluyen, (i) el control de precios de algunos de los medicamentos más recobrados a través del establecimiento de valores máximos de recobro (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2011), (ii) el fortalecimiento de la función de inspección y vigilancia y control, de la función jurisdiccional y del defensor del usuario de la Superintendencia Nacional de Salud (Colombia. Congreso de la República, 2007)¹⁰, (iii) la creación del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) (Colombia. Congreso de la República, 2007)¹¹ y (iv) la reforma del Comité Técnico Científico (CTC) de las EPS y la creación de la Junta Técnico Científica de Pares

¹⁰ Artículo 41. Con el fin de garantizar la efectiva prestación del derecho a la salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud y en ejercicio del artículo 116 de la Constitución Política, la Superintendencia Nacional de Salud podrá conocer y fallar en derecho, con carácter definitivo y con las facultades propias de un juez.

¹¹ Ley 1438, artículo 26.

(JTCP) de la Superintendencia Nacional de Salud (Colombia. Congreso de la República, 2011)¹².

De las cuatro medidas, solo dos han entrado en funcionamiento, y cuyos logros han arrojado un ahorro o disminución en el gasto por recobro de medicamentos equivalente a 112 mil millones de pesos aproximados en 2011 (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2011). Existe, entonces, un cuadro regulatorio explícito de precios de medicamentos y se creó el 17 de septiembre de 2012 el IETS, como una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, cuyo objetivo es realizar la evaluación de las tecnologías en salud basada en la evidencia científica y producir guías y protocolos sobre medicamentos, dispositivos, procedimientos y tratamientos con el fin de recomendar a las autoridades competentes sobre las tecnologías que deben ser cubiertas con recursos públicos a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Las otras dos medidas son de carácter estructural que no han sido reglamentadas y menos implementadas. Actualmente el Ministerio de Salud reglamenta las JTCP, creadas como un cuerpo técnico auxiliar de la Superintendencia Nacional de Salud, que emite conceptos técnicos científicos para ilustrar a los funcionarios que deben adoptar decisiones administrativas o judiciales en materia de prestación de los servicios de salud y contraprestaciones económicas a favor de las EPS.

En ningún caso, deberá entenderse la Junta como una segunda instancia de los Comité. Según la propuesta de la Ley 1438 (Colombia. Congreso de la República, 2011) en su artículo 27, modificado por el artículo 116 del Decreto Ley 019 (Colombia. Presidencia de la República, 2012a), los Comité y/o las Juntas van a tener la función de pronunciarse sobre la pertinencia de la provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, y según sea la reglamentación que para el caso se expida. La JTC se pronunciará sobre las especialidades médicas y/o tecnologías en salud que el Ministerio de Salud y Protección Social determine, y se establecerá el régimen de transición

¹² Ley 1438, artículo 26. Para acceder a la provisión de servicios por condiciones particulares, extraordinarios y que se requieren con necesidad, la prescripción del profesional de la salud tratante deberá someterse al Comité Técnico-Científico de la Entidad Promotora de Salud con autonomía de sus miembros, que se pronunciará sobre la insuficiencia de las prestaciones explícitas, la necesidad de la provisión de servicios extraordinarios, en un plazo no superior a dos (2) días calendario desde la solicitud del concepto. Así mismo, ha indicado el artículo 26 de la Ley 1438, modificado por el artículo 116 del Decreto 19 de 2012 que la provisión de servicios no previstos en el Plan de Beneficios, que se requieran con necesidad y sean pertinentes en el caso particular de acuerdo con la prescripción del profesional de la salud tratante, deberá ser sometida por la Entidad Promotora de Salud al Comité Técnico Científico o a la Junta Técnico - Científica de pares de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo que determine el reglamento que expida el Ministerio de Salud.

mediante el cual las Juntas Técnico Científica de Pares asumirán en su integridad las funciones que hasta el momento vienen desarrollando los Comités Técnico Científicos.

La conformación de estos comités debe garantizar la interdisciplinariedad entre los pares especializados del profesional de la salud tratante y la plena autonomía profesional en sus decisiones. El artículo 116 del Decreto-Ley 019, Anti-trámites (Colombia. Presidencia de la República, 2012a), como marco legal que soporta el esquema CTC/JTC para analizar las solicitudes de servicios no incluidos en el plan de beneficios, ha indicado que bajo ninguna circunstancia el personal administrativo de las Entidades Promotoras de Salud integrarán los Comité Técnico Científicos, así sean médicos.

La Superintendencia Nacional de Salud tendrá una lista de médicos especialistas y otros profesionales especializados para conformar las Juntas Técnico Científicas de pares. Según el proyecto de decreto del Ministerio de Salud que reglamentará el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 116 del Decreto - Ley 019 de 2012 las solicitudes de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios serán analizadas por la junta que para cada caso en particular se conforme y que estará integrada por tres (3) profesionales de la salud, de los cuales uno (1) deberá ser profesional de la salud par del tratante de la misma especialidad y subespecialidad. Los dos restantes deberán tener especialidades relacionadas con el servicio solicitado o experiencia en la evaluación de evidencia y costo efectividad de las tecnologías de la salud (Colombia. Presidencia de la República, 2012b).

La Junta Técnico Científica de Pares conformada para cada caso en particular, deberá pronunciarse en un término no superior a siete (7) días calendario, contados desde el día en que la Entidad Promotora de Salud –EPS- haya remitido la solicitud y sus anexos. Si a juicio de algún miembro de dicha junta la documentación no está completa, se requerirá a la EPS y/o al médico tratante para que en un término de un (1) día allegue la información faltante, sin que ello implique la ampliación del término para la toma de decisión. Cuando a criterio del profesional de la salud tratante, el caso se configure como una urgencia y requiera suministrarse en un término inferior al de los siete (7), el profesional de la salud podrá solicitar de manera justificada a la Junta Técnico Científicas de Pares que emita pronunciamiento en un término no mayor a tres (3) días contados a partir del momento de recibo de la solicitud.

2.1. Objetivos para los cuales fueron creadas las JTCP

Con la creación de la Junta Técnico Científica de Pares, el Ministerio de Salud y Protección Social ha planteado alcanzar los siguientes objetivos:

1. Tener mayor control sobre el gasto público derivado de las autorizaciones de medicamentos, insumos y procedimientos que están por fuera del plan de beneficios. Esto implica que un grupo de médicos especialistas deberán conceptuar sobre la pertinencia de las prescripciones de servicios no incluidos en el Plan de Beneficios. Lo anterior pretende evitar prescripciones de servicios no autorizados en el país (como algunos tratamientos experimentales o medicamentos sin registro sanitario), prescripciones de servicios que no tengan una reconocida y probada efectividad clínica y prescripciones que estando en el Plan de Beneficios se tratan de recobrar, cuando deben ser sufragadas con cargo a la UPC.
2. Mejorar la atención a los usuarios que requieran los servicios no incluidos en el Plan de Beneficios. El proceso depende actualmente, en buena medida, de la gestión del usuario para obtener dichos beneficios, ya sea en sede judicial mediante acciones de tutelas, o ante la EPS a través del proceso de radicación del caso para el concepto del CTC. En el sistema propuesto, el usuario no tendría que acudir ante instancia alguna, diferente a su médico tratante para que la prescripción sea analizada en términos perentorios.
3. Descongestionar la administración de justicia. El esquema JTCP, sumado al fortalecimiento de la función jurisdiccional de la Superintendencia Nacional de Salud, se convierten en el proceso ordinario para solicitar los servicios que están por fuera del plan de beneficios. Su trámite deberá ser expedito, de manera que el usuario no deba acudir a otra instancia para que el servicio sea autorizado, sin que esto signifique que queda proscrito su derecho a interponer acción de tutela.
4. Mejorar la calidad de la información para la toma de decisiones en distintos niveles. La implementación de la propuesta incluye un sistema de información de apoyo al CTC y a la JTCP, con el cual se mejoraría el análisis de la inclusión de nuevas tecnologías a los planes de beneficios y se podrán definir las tecnologías que deberá analizar el Instituto

Especializado de Tecnologías en Salud –IETS-. De la misma manera, la Superintendencia Nacional de Salud podrá realizar con mejores insumos su labor de inspección, vigilancia y control y los mismos miembros de las JTC y los CTC podrán acceder a la casuística relacionada con las patologías más recurrentes para otorgarle mayor consistencia a sus decisiones.

5. Fortalecer los indicadores financieros de IPS y EPS. Se deberán reducir costos financieros y se mejorará el flujo de recursos del sistema. El esquema propuesto mejoraría la calidad de la información con la cual el FOSYGA reconoce gastos a las EPS, lo cual reduciría el número de glosas y el tiempo de auditoría de las facturas que provengan de esos conceptos, mejorando el tiempo de reconocimiento de esos gastos.

3. Metodología

Este es un estudio transversal que permitirá tener una línea de base para medir en el futuro el impacto de las Juntas Técnico Científicas de Pares. Para el desarrollo del trabajo se tomó como insumo la bases de datos de los recobros por prestaciones excluidas del POS de 2011 y con base en esta información se hizo la descripción de la información según diagnóstico relacionado con oncología, edad, tipo de recobro, Departamento, valores recobrados y glosados y se realizaron algunas comparaciones de costos según si el diagnóstico era de tipo oncológico.

Se escogieron patologías oncológicas por ser consideradas enfermedades con altas repercusiones sociales, económicas y emocionales. Se calcula que cada año se presentan en el mundo más de 11 millones de casos nuevos de cáncer, de los cuales cerca del 80% se presentan en países en vía de desarrollo como Colombia. El control del cáncer y de otras enfermedades crónicas, casi siempre prevenibles, impone retos particulares, por cuanto generalmente estas enfermedades coexisten con necesidades básicas insatisfechas y también con una carga alta por enfermedades transmisibles en una franja importante de la población.

En Colombia, en particular, el cáncer representa un problema de salud pública creciente. Abordar la situación actual del cáncer en el país implica describir la respuesta social que se ha dado, particularmente desde el sistema de salud y orientada hacia la prestación de servicios oncológicos. Para este análisis como patologías oncológicas se agruparon los diagnósticos de la CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 2008) comprendidos entre el código C00 a D48.

3.1. Plan de análisis

Para el análisis de la información se utilizó el programa SPSS 20. Para las variables cualitativas como diagnóstico, departamento, tipo de recobro, edad, se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para las variables relacionadas con recobros, glosas y valor aprobado, se calcularon promedio y desviación estándar. Se eliminaron de la bases de datos los valores de recobro inferiores a mil pesos (\$1000) por considerarse un valor atípico.

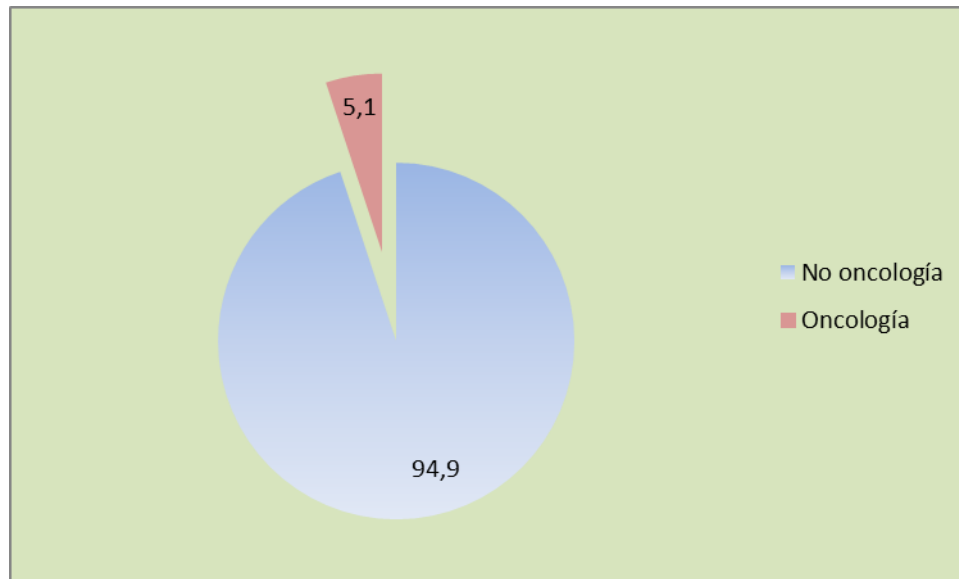
Para la comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados entre los diferentes grupos (edad, tipo de recobro y patologías oncológicas), se calcularon promedios e intervalos de confianza del 95% y diferencias de los promedios con sus respectivos intervalos de confianza.

4. Resultados

El análisis de los datos de la base de datos del Consorcio FiduFosyga de atenciones no POS inició por una valoración de la calidad de la información, en la cual se encontró que de las 2.647.970 solicitudes radicadas entre el 2 de mayo del 2011 y el 16 de febrero del 2012 que correspondían a atenciones prestadas entre el 27 de julio del 2000 y el 13 de febrero del 2012, se presentaron 17.644 solicitudes (0,67%) con valores inferiores a \$1000 (mil pesos) que fueron eliminadas por ser valores atípicos.

Se encontró que el 5,1 % de las solicitudes estaban relacionadas con patologías oncológicas (Figura 1), que el 11,3% de las solicitudes fueron para la atención de menores de edad y que cerca de una de cada cinco solicitudes que llegaron al FOSYGA fueron por tutela. El 16,3% de las solicitudes por oncología fueron atenciones de urgencias, 3% más de lo ocurrido en no oncológicas (Tabla1).

Figura 2. Distribución de las solicitudes al FOSYGA según patología de base en la atención, Colombia 2011-2012



Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Revisado el informe de la Defensoría del Pueblo (2012) sobre la tutela y el derecho a la salud, se encuentra que en 2011 fueron interpuestas 105.947 tutelas por colombianos que sintieron vulnerados sus derechos en salud, que corresponden al 26.14% del total de las acciones invocadas en ese año (405.359). De las 105.947 tutelas, el 32.19% estaban relacionadas con solicitudes de servicios o medicamentos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (Colombia. Defensoría del Pueblo, 2012).

Para el caso de patologías oncológicas, se interpusieron 11.326 acciones de tutela, de las cuales 4.521 correspondieron a tratamiento, 1.538 a medicamentos, 1.255 a cirugías, 866 a citas, 1.470 a imágenes diagnósticas, 725 a prótesis, 583 a exámenes paraclínicos y 368 a procedimientos. En ese caso y en relación con 2010, hubo aumento 2.767 acciones de tutela por oncología, siendo la segunda especialidad más demandada después de neuropsicología (Colombia. Defensoría del Pueblo, 2012).

El 82.5% de los procedimientos no POS, según la base de datos de recobros del Fosyga, fueron autorizados a través del Comité Técnico Científico de las diferentes EPS, mientras el 17.5% fue autorizado a través del mecanismo de acción de tutela. Un número importante de usuarios del sistema acudió a la acción constitucional para obtener la prestación de un servicio de salud, que además de derecho, tiene un procedimiento preestablecido para el trámite, como es la solicitud ante el Comité Técnico Científico de la Entidad Promotora de Salud.

Figura 3. Distribución según mecanismo para acceder a procedimientos no POS, Colombia 2011-2012

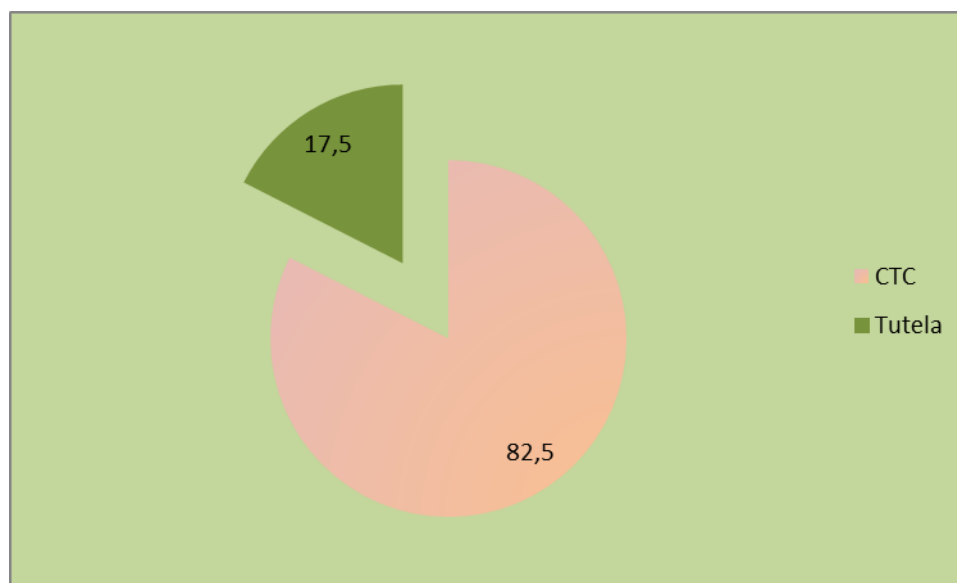


Tabla 1. Descripción de las características de las solicitudes hechas al FOSYGA según patología de base en la atención, Colombia 2011-2012

		Recuento	% del N de la columna
Tipo de recobro	CTC	2169469	82,5
	Tutela	460857	17,5
Oncología	No oncología	2496300	94,9
	Oncología	134026	5,1

Fuente: Bases de Datos de Recobros del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

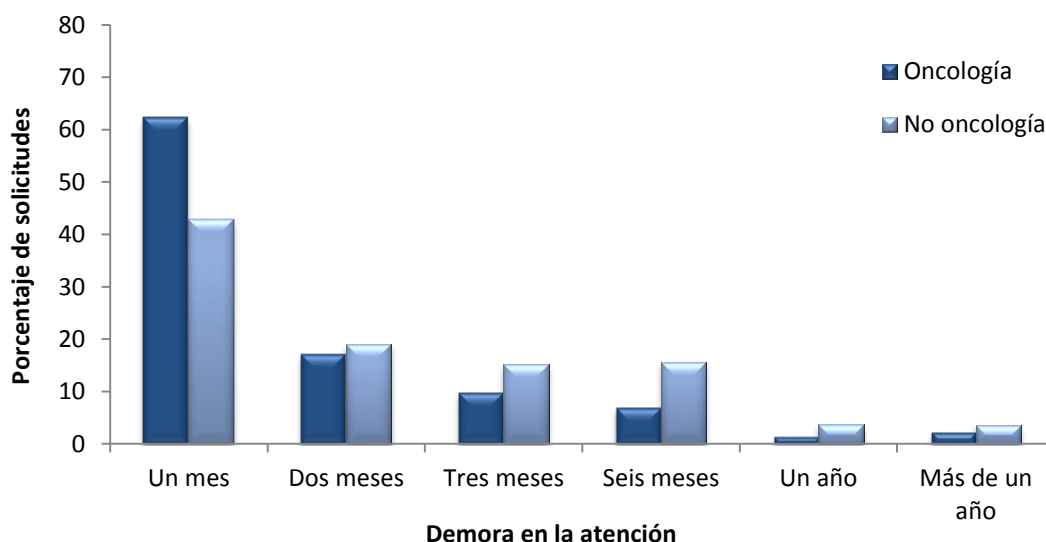
El 39.3% de los casos no POS y cuyas autorizaciones fueron otorgadas a través de los CTC, se atendieron dentro del mes siguiente de haber solicitado el trámite del servicio de salud. En ese mismo plazo, por acción de tutela se atendieron el 65.5% de las solicitudes. Lo anterior confirma que los colombianos acuden en mayor medida a la acción de tutela, debido a que a través de este mecanismo se atiende con mayor diligencia la solicitud que si se elevara ante el Comité Técnico Científico.

Lo anterior también se explica, justamente, por la perentoriedad en los términos de fallo de la acción de tutela y los efectos que el mismo implica, en tanto que un desacato de la sentencia conllevaría a la aplicación de sanciones jurídico - administrativas en contra de la empresa promotora de salud que niega el servicio y de su representante legal.

Tabla 2. Descripción de las características de las solicitudes hechas al FOSYGA, según tipo de recobro.

		Tipo de recobro					
		CTC		Tutela		Total	
		n	%	n	%	n	%
Grupo de edad	Mayores	1957193	90,2	376225	81,6	2333418	88,7
	Menores	212276	9,8	84632	18,4	296908	11,3
	Total	2169469	100,0	460857	100,0	2630326	100,0
Regimen	Contributivo	2169295	100,0	440244	95,5	2609538	99,2
	Subsidiado	174	,0	20613	4,5	20787	,8
	Total	2169469	100,0	460857	100,0	2630326	100,0
Tiempo de atención	Un mes	851704	39,3	301687	65,5	1153391	43,8
	Dos meses	466565	21,5	31132	6,8	497697	18,9
	Tres meses	373191	17,2	18430	4,0	391621	14,9
	Seis meses	386076	17,8	13119	2,8	399195	15,2
	Un año	88562	4,1	6678	1,4	95240	3,6
	Más de un año	3371	,2	89811	19,5	93182	3,5
	Total	2169469	100,0	460857	100,0	2630326	100,0

Al analizar el tiempo transcurrido entre la fecha de la solicitud del médico y la fecha de atención, se encontró que la mayoría de atenciones por patologías oncológicas y no oncológicas ocurrieron en menos de un mes, siendo más frecuente la situación en las oncológicas (Figura 4).

Figura 4. Tiempo de atención para la prestación del servicio solicitado, Colombia, 2011-2012

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

La mitad de las solicitudes por oncología se respondieron en 19 días o menos, mientras que máximo 41 días se demoraron la mitad de las solicitudes hechas por patologías diferentes a las oncológicas. El 90% de las solicitudes oncológicas demoraron menos de tres meses (Percentil

90 = 95 días), en tanto que las no oncológicas demoraron menos de 3 meses (Percentil 90 = 160 días) (Tabla 2).

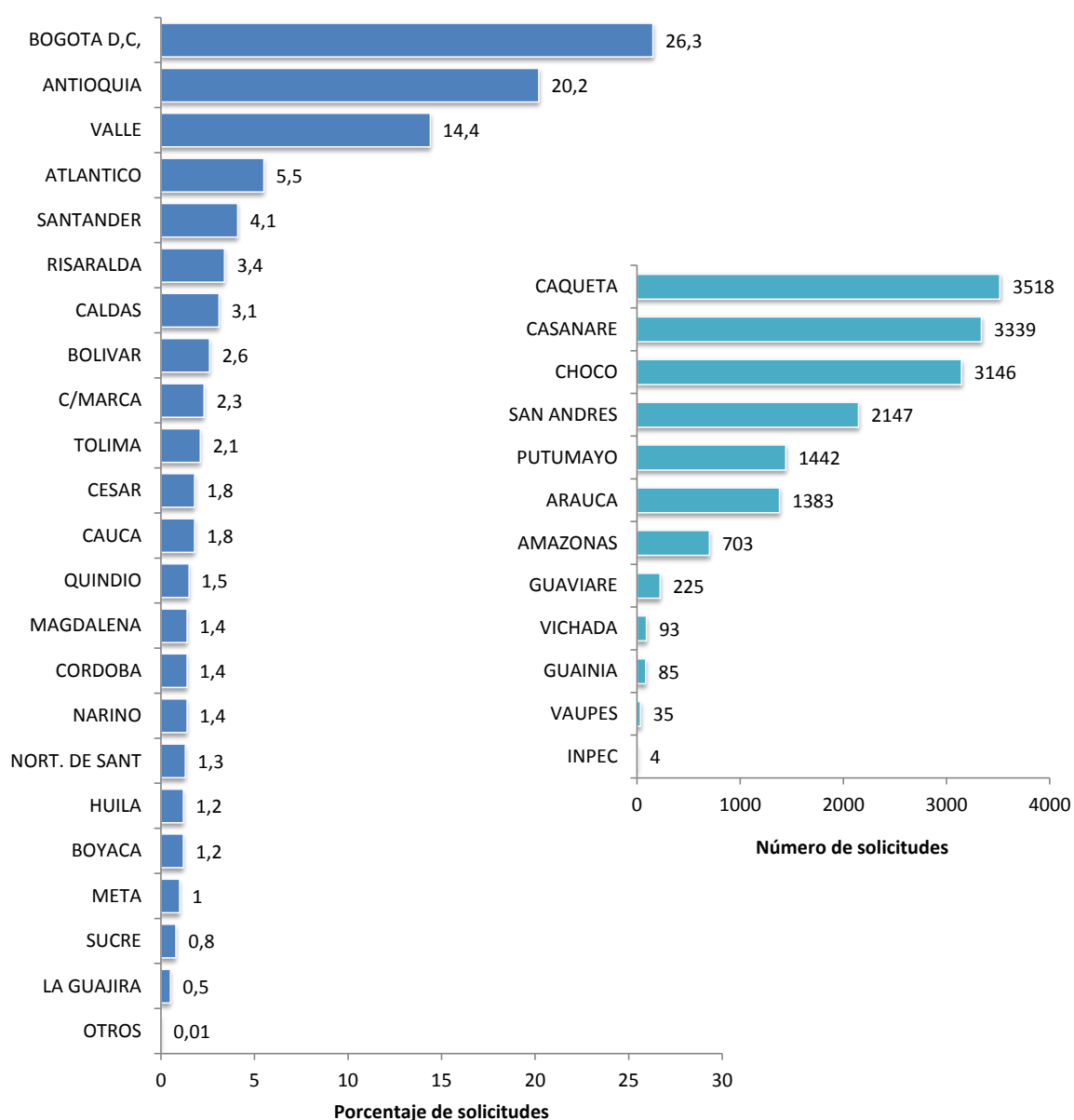
Tabla 3. Descripción del tiempo de atención de las solicitudes hechas al FOSYGA según patología, Colombia 2011-2012

Estadísticos descriptivos	Patología		Total n = 2630326
	Oncología n=134026	No Oncología n= 2496300	
Mínimo	0	0	0
Máximo	5761	5755	5761
Percentil 20	3	7	7
Percentil 40	14	26	24
Percentil 50	19	41	40
Percentil 90	95	160	158

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Cerca del 60% de las solicitudes hechas al Fosyga procedían de tres entes territoriales, encabezando Bogotá (26,3%), seguida de Antioquia (20,2%) y Valle de Cauca (14,4%). Aproximadamente 1.300 solicitudes (0,01%) se concentraron en 11 departamentos y el INPEC (Figura 5). La distribución de los casos entre los tres entes territoriales referidos tiene una explicación lógica, relacionada con la concentración de población. Sin embargo, muestra el informe de la Defensoría del Pueblo (2012) que los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca, Santander y Atlántico y la ciudad de Bogotá concentraron más de la mitad de las tutelas. En el año 2011 (enero-diciembre) el porcentaje acumulado de estos departamentos y ciudad ascendió al 60,75%; los departamentos de Guaviare, Sucre y Magdalena redujeron las tutelas a la mitad, mientras que Caquetá y Amazonas las aumentaron en más del 50%. Antioquia interpuso 98.646 acciones de tutela, Bogotá 69.793 y Valle del Cauca 41.343. Por cada 100 mil habitantes, Antioquia interpuso 160.56, Caquetá 146.42 y Caldas 143.19 acciones de tutela.

Figura 5. Distribución de las solicitudes al FOSYGA según Departamento, Colombia 2011-2012



Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Al analizar lo relacionado con los montos solicitados, pagados y glosados, se encontró que cerca del 90% de las solicitudes recobradas al FOSYGA fueron pagadas en su totalidad. Los cobros solicitados variaron entre \$1000 y \$1.290.859.289, con un promedio de solicitud de \$109.740, entre tanto en promedio se glosaron solicitudes por monto de \$69.564. Es importante resaltar que el 75% de los montos recobrados fueron por \$265.834 o menos y que fueron aprobados en esta misma proporción solicitudes por montos de \$202.244 o menos (Tabla 3).

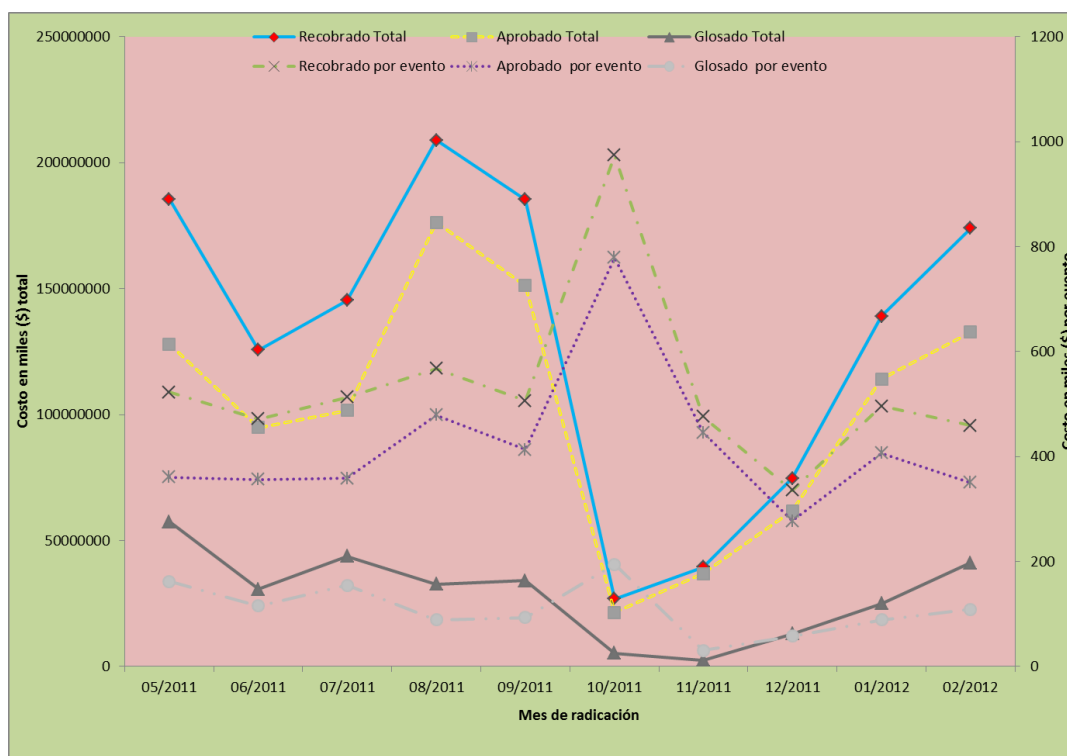
Tabla 4. Descripción de las cantidades recobradas, aprobadas y glosadas de las solicitudes hechas al FOSYGA, Colombia 2011-2012

	Mim	Max	Media (DS)	Mediana (Q1-Q3)	Suma
Recobrado	1000	1290859289	496010 (2871888)	109740 (40750 - 265834)	1304667850424
Aprobado	0	1290859289	381313 (2149527)	69564 (10495 - 202244)	1018759817169
Glosado	0	667642005	108697 (1900973)		285907975755

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Al analizar un poco más a fondo lo recobrado al FOSYGA, se encontró que el mes de radicación en el que se presentó el recobro por evento más alto fue octubre del 2011, que alcanzó un promedio de \$974.000. Mientras que el recobro total más alto fue en agosto por un valor de \$208.907.948.000.

Figura 6. Distribución de los costos totales recobrados, aprobados y glosados por evento al FOSYGA según mes de la atención, Colombia 2011-2012.



Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Cuando se analizaron los valores reprobados, aprobados y glosados según si el diagnóstico relacionado era oncológico o no, se encontró que pese a que únicamente el 5% de las solicitudes fueron oncológicas, el promedio solicitado (media = \$2.171.333) y el promedio aprobado

(media = \$1.821.345) fueron estadísticamente superiores a los montos de las no oncológicas, es decir, vale más en promedio un paciente oncológico que los no oncológicos, así estos últimos resulten siendo mayoritarios.

Tabla 5. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según si la patología era oncológica, FOSYGA, Colombia, 2011-2012

Valor	Patología	Costo por evento	Costo total
Recobrado	Oncología	2171333	291015135033
	No oncología	406062	1013652715390
	Diferencia	1765271	-722637580357
Aprobado	Oncología	1821345	244107596124
	No oncología	310320	774652221045
	Diferencia	1511025	-530544624920
Glosado	Oncología	349988	46907538909
	No oncología	95742	239000436846
	Diferencia	254246	-192092897937

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

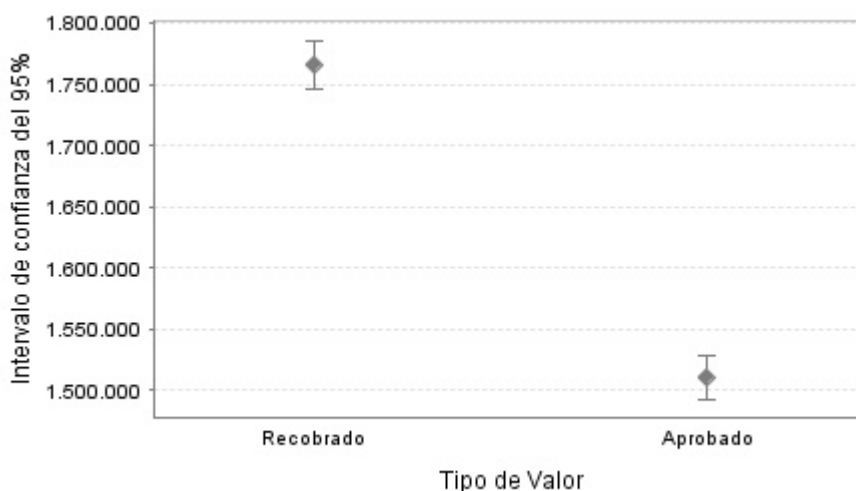
Los procedimientos aprobados o autorizados a través de acción de tutela, resultan ser los más costosos para el sistema, en tanto que se aprobó a través de este mecanismo como valor máximo \$1.290.859.289, frente a \$741.860.084 de autorizaciones mediante CTC.

Tabla 6. Comparación de valores aprobados, según el procedimiento para la aprobación, FOSYGA, Colombia, 2011-2012

		Mínimo	Máximo	Media	Suma
Tipo de recobro	CTC	0	741860084	391003	848269903639
	Tutela	0	1290859289	369941	170489913530
	Total	0	1290859289	387313	1018759817169

Lo anterior se puede corroborar también en la figura 7, donde se muestra que el monto recobrado al Fosyga por enfermedades oncológicas es en promedio \$1.765.271 más de lo recobrado por las no oncológicas. En cuanto a lo aprobado, y lógicamente guardando relación con lo que se recobró, se observa que se aprueba en promedio \$1.511.025 más en oncológicas, y se verifica con las diferencias encontradas en lo glosado. Las diferencias entre oncológicas y no oncológicas fueron estadísticamente significativas.

Figura 7. Comparación de los montos promedios por evento y aprobados de patologías oncológicas frente a las no oncológicas, FOSYGA, Colombia 2011-2012



Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Al analizar los valores recobrados en atenciones de menores y adultos, se observa que el promedio recobrado de las solicitudes de los menores es de \$537.628 y fue significativamente superior a los montos recobrados por solicitudes en adultos (media = \$490.714); sin embargo, se observa que se glosaron más las solicitudes de los menores. Lo anterior coincide con el aumento progresivo de servicios en favor de los niños promovido desde el año 2009¹³ y con la inclusión de nuevas tecnologías en el POS en 2010 y 2011¹⁴. Lo anterior se corrobora en Figura 8, donde se observa que el monto promedio aprobado en los menores fue inferior; sin embargo, la magnitud de la diferencia fue de \$11.202 a favor de los adultos, lo cual no parece ser relevante. Al analizar los recobros de adultos frente a menores según si la patología fue o no oncológica, se encontró que tanto para adultos como para menores los montos recobrados y aprobados en patologías oncológicas fueron superiores, siendo casi el doble en los niños y seis veces superior en los adultos. Si la atención se fija solo en las oncológicas se encontró que tanto lo recobrado como lo aprobado por el FOSYGA es la mitad en los niños frente a los adultos, siendo este último una mayor cantidad de la población colombiana.

¹³ Se expide Acuerdo 004 del 30 de septiembre de 2009, por medio del cual la Comisión de Regulación de Salud (Cres) da cumplimiento a la Sentencia T-760 de 2008 expedida por la Corte Constitucional.

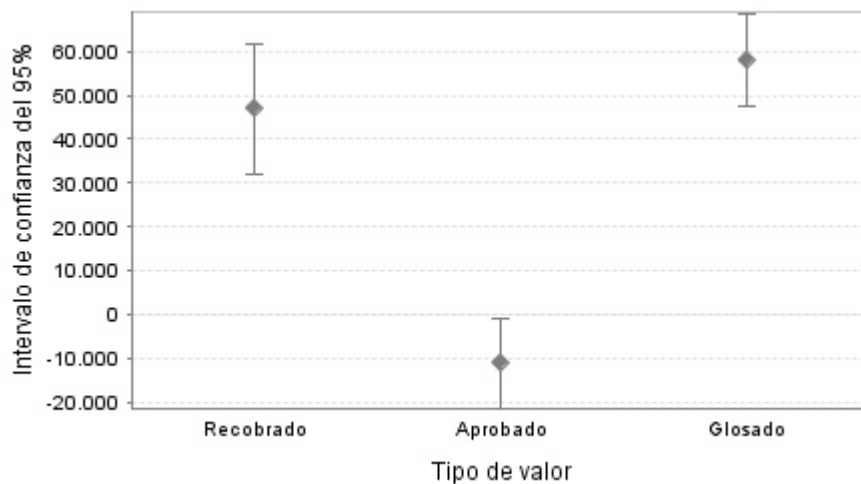
¹⁴ Se incluye en el POS el kit de ostomía, la hibridización “in Situ” con fluorescencia (fiSH), la citogenética en Médula ósea, la citogenética en Médula ósea, la histerectomía radical por laparoscopia, la ooforopexia Bilateral por laparoscopia, la ooforopexia unilateral por laparoscopia y la traquelectomía Radical por laparoscopia. De igual manera, fueron incluidos algunos medicamentos como Capecitabina, Gadolinio, Gemcitabina, Imatinib de 100 y 400 mg, Pegfilgrastim, Rituximab y Trastuzumab.

Tabla 8. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según grupos de edad, FOSYGA, Colombia, 2011-2012

Valor	Grupo de edad	Costo por evento	Costo total
Recobrado	Menores	537628	159626197984
	Mayores	490714	1145041652440
	Diferencia	46914	-985415454456
Aprobado	Menores	377376	112045832528
	Mayores	388578	906713984641
	Diferencia	-11202	-794668152113
Glosado	Menores	160253	47580365456
	Mayores	102137	238327610299
	Diferencia	58116	-190747244843

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Figura 8. Comparación de los montos promedios recobrados y aprobados de niños frente a adultos, FOSYGA, Colombia 2011-2012



Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Los gastos asumidos por el sistema de salud y que son recobrados al Fosyga, terminan siendo más altos cuando se trata de la atención de pacientes adultos con patologías oncológicas, tanto que un evento de esta naturaleza podría valer \$2.213.472 frente a \$390.330 por la atención de una patología diferente. De igual manera, la glosa más alta se da en solicitudes de recobro para patologías oncológicas en mayores, superando hasta 4 veces el valor de lo glosado por evento

en diagnósticos no oncológicos. Las razones que pueden explicar el monto de glosa podrían ser, básicamente, dos: que el procedimiento ya estuviese incluido en el plan de beneficios o que las empresas promotoras de salud estuvieran cobrando valores superiores al costo real del procedimiento.

Tabla 9. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según edad y tipo de patología, FOSYGA, Colombia, 2011-2012

Grupo de edad	Recobrado			
	Oncología		No oncología	
	Costo por evento	Costo total	Costo por evento	Costo total
Mayores	2213472	284389118500	390330	860652533940
Menores	1194953	6626016533	525119	153000181451
Diferencia	1018519	277763101967	-134789	707652352489
Grupo de edad	Aprobado			
	Oncología		No oncología	
	Costo por evento	Costo total	Costo por evento	Costo total
Mayores	1859739	238941074492	302854	667772910149
Menores	931744	5166521632	366825	106879310896
Diferencia	927994	233774552860	-63972	560893599253
Grupo de edad	Glosado			
	Oncología		No oncología	
	Costo por evento	Costo total	Costo por evento	Costo total
Mayores	353734	45448044008	87476	192879566291
Menores	263209	1459494901	158294	46120870555
Diferencia	90524	43988549106	-70817	146758695737

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Se analizaron los montos recobrados, aprobados y glosados en solicitudes hechas vía CTC y por tutela y se encontró que los valores promedios recobrados fueron en promedio mayores por tutela, pero a su vez también fueron más glosados. Pese a que se encontraron diferencias estadísticas, la diferencia de montos promedios aprobados de CTC frente a tutelas es de alrededor de \$20.000.

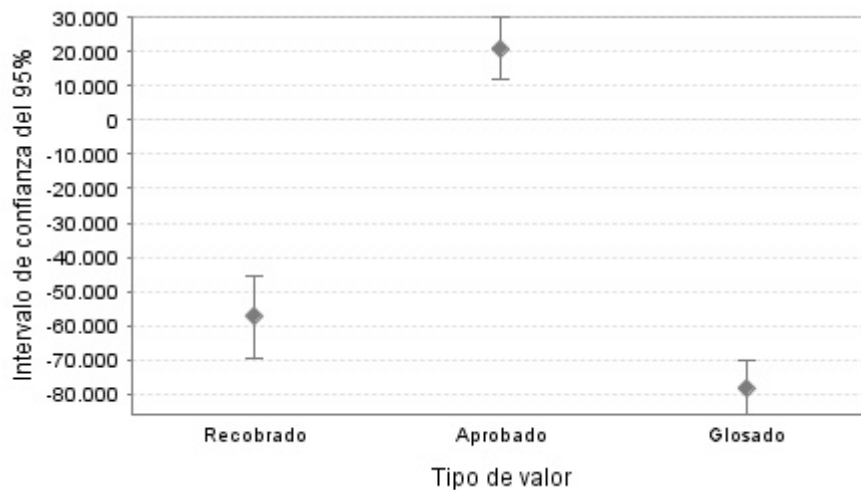
Tabla 10. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según tipo de recobro.

Valor	Tipo de recobro	Costo por evento	Costo total
Recobrado	CTC	485929	1054208666560
	Tutela	543464	250459183864
	Diferencia	-57535	803749482695
Aprobado	CTC	391003	848269903639
	Tutela	369941	170489913530
	Diferencia	21062	677779990108
Glosado	CTC	94926	205938705421
	Tutela	173523	79969270334
	Diferencia	-78597	125969435087

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

En la Figura 9 se observan las diferencias significativas (aunque pocas) de solicitudes aprobadas por CTC frente a tutela.

Figura 9. Comparación de los montos por evento recobrados y aprobados por autorizaciones CTC frente a tutela, FOSYGA, Colombia 2011-2012



Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

Al analizar los tipos de recobro según patología oncológica o no oncológica, se encuentra que el monto promedio recobrado por CTC al Fosyga es seis veces mayor en enfermedades oncológicas que por no oncológicas, entre tanto el monto promedio recobrado por tutela al Fosyga por enfermedades oncológicas es 4 veces mayor al monto promedio recobrado por no oncológicas. Los valores aprobados guardan las mismas relaciones. Si la atención se fija solo en las oncológicas se encontró que tanto lo recobrado como lo aprobado por el Fosyga es superior en las solicitudes hechas por CTC que por tutela.

Tabla 11. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según tipo de recobro y tipo de patología.

Tipo de recobro	Recobrado			
	Oncología		No oncología	
	Costo por evento	Costo total	Costo por evento	Costo total
CTC	2204857	267543921828	384090	786664744731
Tutela	1850604	23471213205	506473	226987970659
Diferencia	354252	244072708623	-122383	559676774072
Tipo de recobro	Aprobado			
	Oncología		No oncología	
	Costo por evento	Costo total	Costo por evento	Costo total
CTC	1866896	226534731707	303563	621735171932
Tutela	1385545	17572864418	341200	152917049112
Diferencia	481351	208961867289	-37637	468818122820
Tipo de recobro	Glosado			
	Oncología		No oncología	
	Costo por evento	Costo total	Costo por evento	Costo total
CTC	337961	41009190122	80527	164929515299
Tutela	465059	5898348787	165273	74070921547
Diferencia	-127099	35110841334	-84746	90858593752

Fuente: Cálculos propios con datos del Consorcio FiduFosyga, mayo de 2011 a febrero 16 de 2012.

5. Discusión

Según lo indicó la Superintendencia Nacional de Salud (2012) en el informe de auditoría sobre el papel de los Comités Técnico Científicos de las EPS o Empresas Administradores de Planes de Beneficios –EAPBA- para el período 2010-2011, se puede inferir que el papel principal del CTC dentro del sistema de salud se expresa en dos funciones básicas:

1. Asegurar el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios, en situaciones no previstas dentro del orden cotidiano del sistema, eliminando las barreras de acceso a los mismos, principalmente aquellas barreras de índole económica o relacionadas con la presencia de intereses ilegítimos, ordenando la prestación de los servicios y su pago de manera inmediata, dando a las EAPB la posibilidad de recobrarlos con cargo al Fosyga.
2. Mantener el equilibrio económico del sistema de salud, asegurando que las decisiones del CTC autoricen únicamente la prestación de aquellos servicios de salud que son necesarios y justificados desde una perspectiva técnico-científica, de modo que los recursos del sistema destinados al cuidado de la salud individual no se diluyan en la prestación de servicios superfluos, ineficaces, subóptimos o innecesarios, sino que se inviertan en su verdadera finalidad, que es cuidar la salud de los individuos en todas sus dimensiones.

Sin embargo, y pese a que los anteriores sean los propósitos para los cuales fueron creados los CTC, los resultados mismos de la auditoría, que se aplicó en el mismo período analizado en este trabajo, demostraron que de 20 EAPB auditadas, solo 3 (6%) se encuentran en un nivel de cumplimiento alto de los estándares correspondientes al proceso, estructura y resultados del CTC (Compensar, SOS y Sura). Otras 3 EAPB (Cruz Blanca, Golden Group y Solsalud) tienen un nivel de cumplimiento medio-alto (Superior al 75%), mientras que las otras 14 (70%) exhiben un grado de cumplimiento inferior, denotando un riesgo alto o muy alto para los objetivos del CTC en el sistema de salud.

Pudo la Superintendencia demostrar, con resultados muy parecidos a los analizados en el capítulo anterior, que el cumplimiento global de los criterios evaluados en la auditoría por parte de las 20 EPAB en su conjunto asciende al 69%, siendo de 81% para el módulo que evalúa los aspectos estructurales y de procesos sobre la conformación, integrantes y reuniones del CTC, y

más grave aún, cumplimiento del 66% para el módulo que se centra en los resultados del CTC, expresados en sus actas y recobros. Según la Superintendencia, es de especial preocupación lo siguiente:

Existen varias amenazas para el cumplimiento de estos objetivos al interior de las EAPB. Los aspectos que mostraron un nivel de riesgo más crítico fueron el cumplimiento de los requisitos generales de información para el recobro de los servicios prestados fuera del POS (54% de cumplimiento), el cumplimiento de los requisitos especiales de reporte de información para el recobro de casos aprobados por CTC (72%), y el cumplimiento de los requisitos especiales de reporte de información para el recobro de casos aprobados mediante tutela (50%). Estos tres aspectos son particularmente serios para el sistema, pues no permiten tener una visión informada de la magnitud de los costos generados por CTC, y los tipos de procedimientos y diagnósticos que generan mayor peso sobre la carga económica del sistema (Colombia. Superintendencia Nacional de Salud, 2012).

El incumplimiento de procesos, procedimientos y actividades respecto del funcionamiento de los Comités Técnico Científicos es grave, en tanto que su impacto impide el acceso de la población a los servicios de salud, demostrado con la demora en la oportunidad de acceso a los mismos. Los impactos directos e indirectos sobre los costos para el Sistema General de Seguridad también merman la capacidad de respuesta, en tanto que se pudo demostrar con el número de glosas, que se están recobrando medicamentos o servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Sobre este último asunto en particular, la Defensoría del Pueblo (2012) señaló que de las 105.947 tutelas interpuestas invocando el derecho a la salud en 2011, 67.81% de lo solicitado a las EPS estaba incluido en el Plan Obligatorio de Salud (POS), es decir, los pacientes tuvieron que interponer una tutela para reclamar servicios, procedimientos o medicamentos a los que tenían legítimo derecho y les fueron negados.

La función principal del Comité Técnico Científico de justificar técnicamente las decisiones adoptadas, teniendo en cuenta la pertinencia con relación al diagnóstico del paciente,

contrasta con el crecimiento desmedido de recobros. Sin embargo, no hay que dejar de reconocer que las medidas que ha adoptado el Ministerio de Salud desde 2010 relacionadas con valore máximos de reconocimiento de medicamentos y procedimientos para el recobro ante el Fosyga por parte de las EPS¹⁵, ha disminuido notoriamente el porcentaje que con cargo al presupuesto de la Nación se desembolsa para cubrir servicios que están por fuera del plan de beneficios y que son requeridos por los usuarios del sistema con argumento de necesidad.

Mientras en el 2010 se pagaban en promedio \$220 mil millones mensuales por recobros, en 2011 la cifra no superó los \$160 mil millones mensuales. En el mes de mayo de 2011 se quebró por primera vez la tendencia ascendente de recobros y disminuyeron cerca al 22 por ciento (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2011), lo que significa que se han hecho esfuerzos significativos tendientes al equilibrio financiero del sistema. Por otra parte, un sondeo de mercado realizado por el Ministerio, sobre los efectos de las medidas de los valores máximos de reconocimiento de medicamentos, mostró que la disminución en los costos de los medicamentos es de entre 20 y 25 por ciento, que está en el rango de los ahorros calculados.

Ponerle topes a los valores de reconocimiento de los medicamentos, que son cerca del 88 por ciento de los valores recobrados, es otra de las medidas que se está reflejando en la disminución. Sin embargo, mientras no haya una reestructuración en los CTC que involucre el reemplazo de los miembros y las normas de procedimiento, cualquiera de las medidas será insuficiente para equilibrar el gasto público en salud, que aún resulta desmedido.

Según un estudio realizado por Fedesarrollo (Núñez, Zapata, Castañeda, Fonseca, & Ramírez, 2012), aunque hubo disminución de recobros en 2011, la situación no mejora en la proporción esperada, de ahí que precisen lo siguiente:

Para el 2011 este monto se redujo, aunque la disminución presentada fue mucho menor a las que esperaba el gobierno con las medidas tomadas para su control. Los gastos por esta vía han sido objeto de cuestionamiento de diverso orden: frente a

¹⁵ Entraron en vigencia las siguientes normas: Resolución 4377 de 2010 (para mejorar la trazabilidad de los recobros, disminuir su vulnerabilidad y reducir potenciales incertidumbres entre los POS y lo No POS), Decreto 4474 de 2010 (competencia para el MPS de fija valores máximos de reconocimiento) y Resoluciones 5229 de 2010, 005 de 2011, 1020 de 2011 y 1697 que desarrollan el Decreto 4474 (fijan VMR para más de 800 medicamentos). De otro lado, se rediseñó el arreglo institucional al interior del MPS para darle un tratamiento integral al tema de recobros (Resolución 1083) Rediseñamos la licitación del FOSYGA, se profundizaron las medidas de trazabilidad (Res. 1089) que facilitan el control de los márgenes de intermediación en la cadena de recobros y se ajustaron las normas que generaron problemas en la información de las bases de datos.

cierto tipo de prestaciones hay profundas dudas sobre su pertinencia, dado que se concentra en un número muy bajo de la población afiliada, en algunos atendidos con medicamentos de muy alto costo e impacto marginal en el tiempo y calidad de vida sobre la salud de los pacientes. Puntualmente, vale la pena hacer énfasis en el caso de los medicamentos biotecnológicos, cuyo gasto tiene un impacto considerable sobre el valor de los recobros. Por un lado, el alto nivel de precios guarda estrecha relación con la competencia en mercado de estos medicamentos, ya que en Colombia en estos momentos hay un fuerte dominio del mercado por parte de los innovadores y muy baja participación de los genéricos. Aunque no es el caso entrar en la discusión sobre las ventajas y desventajas de mantener cerrado o abierto este mercado, sí debe quedar claro que los países donde se ha permitido una mayor competencia, los precios de los medicamentos han disminuido sensiblemente, con un impacto positivo sobre las finanzas de la salud (Núñez et al., 2012).

Ninguna decisión del CTC podrá ser objetiva si quienes las toman hacen parte del staff de dirección de las mismas EPS. Siempre, y mientras ello ocurra, se verán reflejados los intereses de los empresarios de la salud, que motivados por los incentivos, buscan generar excedente con la prestación del servicio. El funcionamiento de las Juntas Técnico Científicas de Pares de la Supersalud permitiría que expertos desde el nivel central, sean los que conceptúen con criterios técnicos, en menos tiempo, sobre las prescripciones No Pos, y en ese orden disminuirían la parcialización con la que hasta ahora operan los CTC.

6. Conclusiones y recomendaciones de política

La definición explícita del plan de beneficios con participación de todos los actores del sistema de salud es fundamental para la legitimación del mismo. Este proceso de discusión, que además deberá apelar a criterios de costo-efectividad, tendrá que hacer consiente a los usuarios que aún en países con mejor situación económica que Colombia no es posible ofrecer un plan de beneficios que lo incluya todo (Giedion & Pulido, 2007). Sin embargo, cuando ya se tiene abierta la posibilidad de acceder a servicios que se encuentran por fuera del plan de beneficios, inclusive y más aún, por vía judicial, es necesario que el sistema de salud establezca una instancia que con criterio técnico apruebe o desaprobe la prescripción médica en el menor tiempo posible y sin poner en peligro la salud de los usuarios, aumentando el número de trámites o haciendo más difícil el acceso al servicio.

Se espera que con la actualización del POS, y sobre todo con la entrada en vigencia de la Resolución 5521 del 27 de diciembre de 2013 (Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS), se haya superado el problema de la indefinición, y en consecuencia disminuya el monto de recobros, dada la disminución, también de zonas grises o de incertidumbre, que favorecían el recobro de servicios incluidos. El alto número de recobros y de acciones de tutela para solicitar tecnologías excluidas del plan de beneficios confirman que hasta 2011 aún existía una amplia zona gris que no permitía distinguir con claridad lo incluido de lo excluido. Conforme a la evidencia internacional, se sugiere al Ministerio de Salud, trabaje en la elaboración de guías clínicas, ojalá en todas las patologías excluidas e incluidas en el POS, de tal forma que aparte de servir como herramienta de priorización del gasto con impacto positivo en la salud, sirva como herramienta que integre las patologías, servicios, medicamentos y tratamientos que se enuncian a manera de “lista de mercado”.

Es claro que deben ser varios los criterios a observarse para la inclusión o exclusión del POS, inclusive para el reconocimiento cuando están por fuera. Reconocer servicios altamente recobrados como los oncológicos pero pocas veces solicitados, resultaría, desde la óptica del bien común, una lesión a los derechos de las mayorías en favor de intereses particulares; pero

desde una visión de derechos, negarlos significaría atentar contra la salud, la vida y la integridad de quien los reclama.

En todo caso, y aunque se adopte un enfoque de derechos o un enfoque de mercado para decidir qué servicios de salud autorizar, deberá prevalecer un debido proceso que responda con criterios técnicos y científicos a las demandas en salud, y que además sea impermeable a los ofrecimientos de actores del sistema con más poder y con intereses particulares que menoscaban el bien común. Con la entrada en funcionamiento de las Juntas Técnico Científicas de Pares, se espera que el margen de espera para la atención o prestación efectiva disminuya y que no vuelvan a aparecer estadísticas de atención a los dos, tres, seis meses, un año y hasta más. Se pretende, además, que los conceptos técnicos que las JTCP emitan, orienten las decisiones de quienes se encargarán de decidir qué se debe incluir y qué no en los paquetes de beneficios.

Queda demostrado que el cáncer, en sus servicios no incluidos, merece especial atención de las autoridades en salud y merece ser tenido en cuenta como la patología con la que inicien funciones las JTCP. Se espera que una vez evaluado el impacto de las JTC, logre demostrarse que en oncología, los cinco objetivos para los que fueron creadas aquellas, impactaron de manera positiva. Vale la pena que futuros estudios indaguen específicamente en oncología, cuáles de los medicamentos, servicios, tratamientos o procedimientos son los más recobrados, a fin de que en el futuro se evalúe la posibilidad de ser incluidos en el plan de beneficios.

7. Referencias

- Ariza, J. F., Giedion, U., & Pulido, A. (2007). *Hitos centrales en el diseño, implementación y ajuste del POS*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(Sup 2), 132–143.
- Bonilla, L. R. (2011). Seguro popular deja en el desamparo a mujeres con CaMa. *Periódico Virtual En Línea Despertar de Tamaulipas*. Recuperado de http://www.despertartetamaulipas.com/mobile/nota.php?art_ID=66602
- Cassataro, H. (2009). *La judicialización de la salud: gestión de conflictos*. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba.
- Castrillón, J. (2009). *Resultados del taller de consenso de los criterios para la priorización de condiciones de salud para la realización de guía integral y la estimación de sus ponderadores*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Colombia. Congreso de la República. (1993). *Ley 100 de 1993: por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Congreso de la República. (2007). *Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Congreso de la República. (2011). *Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Corte Constitucional. (2002). *Sentencia T-344 de 2002. Magistrado ponente: Manuel José Cepeda Espinosa*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Colombia. Corte Constitucional. (2006). *Sentencia T-662 de 2006. Magistrado Ponente: Rodrigo Escobar Gil*. Bogotá: Corte Constitucional.

- Colombia. Corte Constitucional. (2008a). *Sentencia C-463 de 2008. Magistrado Ponente: Humberto Antonio Sierra Porto*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Colombia. Corte Constitucional. (2008b). *Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Manuel José Cepeda Espinosa*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Colombia. Corte Constitucional. (2009). *Sentencia T-438 de 2009. Magistrado Ponente: Gabriel Eduardo Mendoza Martelo*. Bogotá: Corte Constitucional.
- Colombia. Defensoría del Pueblo. (2012). *La Tutela y el derecho a la salud 2011: 20 años del uso efectivo de la tutela, 1992-2011*. Bogotá: Defensoría del Pueblo.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2008a). *Resolución 3099 de 2008: por la cual se reglamentan los Comités Técnico - Científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2008b). *Resolución 3754 de 2008: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución número 3099 de 2008*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de la Protección Social. (2011). *Resolución 3470 del 18 de agosto de 2011: 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*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2011, May 17). Disminuyen recobros y precios de medicamentos controlados. *Boletín de Prensa*. Bogotá. Recuperado de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/Disminuyen-recobros-y-precios-de-medicamentos-controlados.aspx>
- Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 5521 de 2013: Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud (POS)*. Bogotá: Diario Oficial.
- Colombia. Presidencia de la República. (2012a). *Decreto 019 de 2012: Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública*. Bogotá: Diario Oficial.

- Colombia. Presidencia de la República. (2012b). *Proyecto de decreto: por el cual se reglamenta el artículo 27 de la Ley 1438 de 2011, modificado por el artículo 116 del Decreto - Ley 019 de 2012*. Bogotá: Presidencia de la República.
- Colombia. Procuraduría General de la Nación. (2012). *Financiamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud: seguimiento y control preventivo a las políticas públicas*. Bogotá: Procuraduría General de la Nación.
- Colombia. Superintendencia Nacional de Salud. (2012). *Informe actuaciones de inspección, vigilancia y control: procedimiento Comité Técnico Científico años 2010-2011*. Bogotá: Supersalud.
- Cubillos, L. (2013). *Iniciativa regional sobre priorización, equidad y mandatos constitucionales en salud*. Washington: Banco Mundial.
- Cubillos, L., & Alfonso, E. A. (2007). *Análisis descriptivo preliminar de los recobros en El sistema general de seguridad social en salud: 2002 a 2005*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Daniels, N., Saloner, B., & Gelpi, A. H. (2009). Access, cost, and financing: achieving an ethical health reform. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(5), 909–916. doi:10.1377/hlthaff.28.5.w909
- El Espectador. (2012, August 17). Tutelas por un acetaminofén: Tratamientos, medicamentos y cirugías, las mayores causas de reclamo. El 67,81% de los casos correspondían a servicios incluidos en el plan de beneficios. *El Espectador*.
- Giedion, U. (2008). *Ampliación de cobertura y sostenibilidad financiera: el caso de Colombia*. San José de Costa Rica: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Giedion, U., Panopoulou, G., & Gómez-Fraga, S. (2009). *Diseño y ajuste de los planes explícitos de beneficios: el caso de Colombia y México*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Giedion, U., & Pulido, A. (2007). *Experiencia internacional en diseño y ajuste de un Plan de Beneficios: criterios, procesos e instituciones*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Jiménez, J. (2005). La Reforma Sanitaria de Chile y los cuidados terminales. *ARS Médica: Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, 11(11).

- La Scaleia, A. (2012, September 24). La judicialización de la salud, casi una nueva enfermedad. *Clarín*. Recuperado de http://www.clarin.com/opinion/judicializacion-salud-nueva-enfermedad_0_779922026.html
- Núñez, J., Zapata, J. G., Castañeda, C., Fonseca, M., & Ramírez, J. (2012). *La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano: dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro*. Bogotá: Fedesarrollo.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *CIE 10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. Ginebra: OMS.
- Rioja, G. (2008). ¿Judicialización de la salud? el caso de las personas sordas. In *XIII Congreso de la Caja de Abogados de la Provincia de Buenos Aires*. Mar del Plata: Caja de Abogados de la Provincia de Buenos Aires.
- Shalev, C., & Chinitz, D. (1997). In Search of Equity and Efficiency: Health Reform and Managed Competition in Israel. *Dalhousie University Law Journal*, 20(2), 553–582.
- United States of America. Center for Medicare & Medicaid Services. (2011). *Centros de servicios de Medicare y Medicaid*. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services.

Lista de siglas

CTC: Comité Técnico Científico de las Empresas Promotoras de Salud -EPS

EPS: Empresa Promotora de Salud

FOSYGA: Fondo de Solidaridad y Garantía

JTC: Junta Técnico Científica de Pares de la Superintendencia Nacional de Salud

No POS: Tecnologías en salud excluidas del Plan Obligatorio de Salud

POS: Plan Obligatorio de Salud

PS: Propensity Score

UPC: Unidad de Pago por Capitación

Lista de tablas

1. Descripción de las características de las solicitudes hechas al FOSYGA según patología de base en la atención.
2. Descripción del tiempo de atención de las solicitudes hechas al FOSYGA según patología.
3. Descripción de las cantidades recobradas, aprobadas y glosadas de las solicitudes hechas al FOSYGA.
4. Descripción de las cantidades recobradas, aprobadas y glosadas de las solicitudes hechas al FOSYGA por departamento.
5. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según si la patología era oncología.
6. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según grupos de edad.
7. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según edad y tipo de patología era oncología.
8. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según tipo de recobro.
9. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según tipo de recobro y tipo de patología.
10. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según tipo de atención.
11. Comparación de los valores recobrados, aprobados y glosados según tipo de recobro y tipo de patología por atención de urgencias.

Lista de figuras

1. Número de cobros por CTC y tutelas.
2. Distribución de las solicitudes del FOSYGA según patología de base en la atención.
3. Tiempo de atención para la prestación del servicio solicitado.
4. Distribución de las solicitudes al FOSYGA según Departamento.
5. Distribución de los costos promedio cobrados, aprobados y glosados según mes de la atención.
6. Comparación de los montos promedio cobrados y aprobados de patologías oncológicas frente a las no oncológicas.
7. Comparación de los montos promedio cobrados y aprobados por prestaciones a menores de 18 años frente a las prestaciones a mayores de 18 años.
8. Comparación de los montos promedio cobrados y aprobados por autorizaciones vía CTC frente a tutela.
9. Comparación de los montos promedio cobrados y aprobados de atenciones urgentes frente a los no urgentes.