



**Universidad del  
Rosario**

Escuela de Administración

Graduate School of Business (Rosario GSB)

Maestría en Administración en Salud (MAS)

Antecedentes y Análisis de los Impactos de la Ley de Presupuestos Máximos para las tecnologías  
No Cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud.

Modalidad: Estudio de caso

Presentado por:

Erika Lorena Osorio Vargas, Karen Lizeth Quiroga Rodríguez, Lili Yhojana Delgado Piraquive

Bajo la dirección de:

Santiago Ernesto Herran Diazgranados

Bogotá, D.C. 11 de junio de 2021

## Contenido

Contenido .....	1
Agradecimientos .....	3
Dedicatoria.....	4
Declaración de originalidad y autonomía .....	5
Declaración de exoneración de responsabilidad .....	6
Lista de tablas .....	8
Abreviaturas.....	9
Glosario.....	11
Resumen Ejecutivo .....	13
Palabras clave: Presupuestos Máximos, Tecnología NO PBS, ADRES, Gestión del Riesgo, Recobros. ....	14
Abstract.....	14
Keywords: Maximum Budgets, NON-PBS Technology, ADRES, Risk management, Recoveries.....	14
1.    Introducción .....	15
2.    Análisis general de la aplicabilidad, implementación e impactos secundarios a la resolución 205 y 206 del 2020.....	27
2.1.    Análisis sobre el marco normativo de la resolución 205 y 206 del 2020, su ventajas y brechas en su componente normativo.....	27
2.2.    Impactos de la resolución 205 y 206 del 2020, en su primer semestre de implementación en los pacientes y otros actores del sistema general de seguridad social de salud. ....	36
2.2.1.    Una visión de los impactos e implementación desde la arista de los aseguradores del régimen contributivo. ....	36

2.2.2. Una visión de los impactos e implementación desde la arista de la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – ADRES. 41	
2.2.3. Una visión de los impactos e implementación desde la arista de los pacientes y otros actores.....	47
3. Análisis de la problemática en el sistema de seguridad social en salud, que llevó a los presupuestos máximos como una posible solución para el financiamiento de las tecnologías en salud NO PBS. ....	62
4. Recomendaciones para el mejoramiento y manejo de la resolución 205 y 206 del 2020, por parte de los diferentes actores analizados en el presente estudio de caso. ....	68
4.1. Asignación de una única UPC o prima por usuarios diferentes a enfermedad huérfana del régimen contributivo y subsidiado, para la financiación de servicios complementarios, alimentos para propósitos médicos especiales y tecnologías en salud PBS y NO PBS. ....	68
4.2. Diseño de Plan Integral de Salud para el manejo de pacientes con enfermedades Huérfanas. ....	70
4.3. Propuesta para la centralización en la compra de Nusinersen y modelo de acceso a la tecnología a pacientes con atrofia muscular espinal. ....	73
5. Conclusiones .....	81
Referencias bibliográficas .....	85
Anexos Técnicos .....	93

## **Agradecimientos**

En este Proyecto Empresarial Aplicado, agradecemos a la Universidad del Rosario y el programa del GSB por permitirnos realizar este trabajo de investigación que nos ayuda a crecer en el ámbito profesional y académico.

En segundo lugar, agradecemos al Docente Santiago Herrán por su constante apoyo y guía en la estructuración de este trabajo de grado y ser nuestra mano derecha como la mejor fuente de información para poder elaborar y concluir exitosamente nuestro PAE, agradecemos así mismo a la docente Clara Inés Prado por su disposición, tiempo y guía para el desarrollo del PAE la cual fue fundamental.

Además, queremos agradecer a nuestras familias, Madres, Padres, esposo, hijos, hermanos y amigos porque ellos son parte fundamental de nuestro proceso académico y personal. Finalmente agradecemos a todas las entidades que nos abrieron las puertas para poder ser fuente de información para la construcción de este trabajo de grado como lo son ACEMI, al Dr. Denis Silva Sedano vocero de pacientes Colombia y Colombia saludable y la Asociación de FAMECOL y su presidenta María Isabel Acevedo, ya que para nosotras y nuestro PAE fue fundamental la intervención de estos entes y la valiosa información que nos brindaron para entender más sobre la aplicación y resultados de la resolución 205 y 206 del 2020.

*Erika, Karen y Yhojana.*

## **Dedicatoria**

El presente proyecto aplicado empresarial lo dedicamos principalmente a Dios, por ser el inspirador y quien nos dio fuerza para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados de nuestras vidas.

A nuestra familia, por su amor, trabajo y sacrificio durante este tiempo, porque con su presencia, respaldo y cariño nos impulsaron a salir adelante para poder culminar con éxito nuestra maestría.

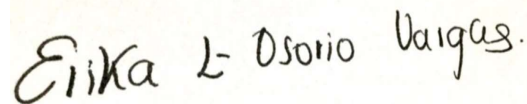
A todas las personas que nos apoyaron e hicieron que el trabajo se realizará con éxito en especial a nuestro tutor el Dr. Santiago Herrán, instituciones, profesionales y pacientes que nos abrieron las puertas y compartieron sus conocimientos.

*Erika, Karen y Yhojana*

### **Declaración de originalidad y autonomía**

Declaramos bajo la gravedad del juramento, que hemos escrito el presente Proyecto Aplicado Empresarial (PAE), en la propuesta de estudio de caso en el campo de conocimientos del programa de Maestría por nuestra propia cuenta y que, por lo tanto, su contenido es original.

Declaramos que hemos indicado clara y precisamente todas las fuentes directas e indirectas de información y que este PAE no ha sido entregado a ninguna otra institución con fines de calificación o publicación.



Erika Lorena Osorio Vargas



Karen Lizeth Quiroga Rodríguez

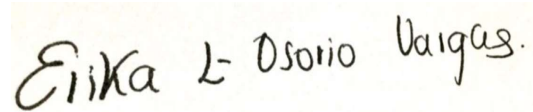


Lili Yhojana Delgado Piraquive

Firmado en Bogotá, D.C. el 11 de junio de 2021

## Declaración de exoneración de responsabilidad

Declaramos que la responsabilidad intelectual del presente trabajo es exclusivamente de sus autores. La Universidad del Rosario no se hace responsable de contenidos, opiniones o ideologías expresadas total o parcialmente en él.

Handwritten signature of Erika Lorena Osorio Vargas in black ink on a light yellow background.

Erika Lorena Osorio Vargas

Handwritten signature of Karen Lizeth Quiroga Rodríguez in black ink.

Karen Lizeth Quiroga Rodríguez

Handwritten signature of Lili Yhojana Delgado Piraquive in black ink.

Lili Yhojana Delgado Piraquive

Firmado en Bogotá, D.C. el 11 de junio de 2021

## Lista de figuras

Figura 1. Afiliación y cobertura a diciembre de cada vigencia y mensual 2018.....	17
Figura 2: Concentración de la población de afiliados por régimen.....	32
Figura 3. Concentración de la asignación de presupuestos máximos por régimen. ....	33
Figura 4. Valor desembolsado por la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – ADRES, años 2019 y 2020.....	42
Figura 5. Redireccionamiento de esfuerzos por parte de la ADRES con Presupuestos máximos al mitigar el recobro. ....	44
Figura 6. Comparativo del comportamiento de las tutelas, línea temporal antes y después de presupuestos máximos.....	45
Figura 7. Numero de prescripciones de medicamentos por régimen en líneas de tiempo con corte al año 2020.....	50
Figura 8. Demanda de prescripciones por tipo de tecnología 2016 - 2020. ....	51
Figura 9. Comparativo MIPRES segundo y tercer trimestre del 2018 Vs 2020 .....	51
Figura 10. Ejecución del presupuesto máximo de marzo a septiembre del 2020.....	52
Figura 11. Análisis de valores girados a los proveedores, con relación a los valores recibidos por las EAPB años 2018, 2019 y 2020 .....	53
Figura 12. Participación de afiliados por régimen años 2019 y 2020 .....	54
Figura 13. Comportamiento de las prescripciones años 2018, 2019 y 2020 .....	55
Figura 14. Prescripciones de paciente con Enfermedades Huérfanas años 2018, 2019 y 2020. ....	56
Figura 15. Comparativo de PQRD en los años 2018, 2019 y 2020.....	57
Figura 16. Análisis de PQRD generadas por Medicamentos NO PBS .....	58
Figura 17. Posibles causas del incremento en el uso de tecnologías NO PBS .....	63
Figura 18. Modelo para la propuesta de asignación UPC con cobertura a un plan de atención en salud. ....	70
Figura 19. Propuesta de centralización de compra medicamento Nusinersen .....	75

### Lista de tablas

Tabla 1 Marco normativo que antecede a los presupuestos máximos del 2020.....	25
Tabla 2 Asignación de presupuestos máximos por régimen, Año 2020. ....	32
Tabla 3. Ajuste realizado a los presupuestos máximos asignados en el año 2020, según resolución 2459 del 2020.....	65
Tabla 4. Comparativo de presupuesto máximo asignado año 2020 Vs proyecto resolución asignación presupuestos máximos 2021.....	66
Tabla 5. Propuesta para el modelo de atención y cobertura de tecnologías NO PBS en paciente con enfermedades huérfanas. ....	71

## Abreviaturas

<b>ACEMI:</b>	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral.
<b>ADRES:</b>	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
<b>AFRIDO:</b>	Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo.
<b>ANDI:</b>	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia.
<b>ASINFAR:</b>	Asociación de Industrias Farmacéuticas en Colombia.
<b>CNPM:</b>	Comisión Nacional de Precios y Medicamentos.
<b>CRES:</b>	Comisión de Regulación en Salud
<b>CTC:</b>	Comité técnico científico
<b>EAPB:</b>	Entidad Administradora de Planes de Beneficios.
<b>EOC:</b>	Entidades obligadas a compensar.
<b>EPS:</b>	Entidad Promotora de Salud.
<b>FAMECOL:</b>	Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Saray Sofia.
<b>FOSYGA:</b>	Fondo de solidaridad y garantía.
<b>IETS:</b>	Instituto De Evaluación De Tecnologías En Salud.
<b>INVIMA:</b>	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.
<b>IPS:</b>	Institución prestadora de servicios de salud.
<b>MINSALUD:</b>	Ministerio de Salud.
<b>NO PBS:</b>	No Incluidos en plan de beneficios de Salud.

<b>OMS:</b>	Organización Mundial de la Salud.
<b>PBS:</b>	Plan de beneficios en Salud.
<b>PM:</b>	Presupuestos Máximos.
<b>POS:</b>	Plan Obligatorio de Salud.
<b>SGSSS:</b>	Sistema General de seguridad social en salud.
<b>PQR:</b>	Peticiones, queja y Reclamos.
<b>SIVIGILA:</b>	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Publica.
<b>UMC:</b>	Unidad Minina de concentración.
<b>UPC:</b>	Unidad de pago por capitación.
<b>VMR:</b>	valores Máximos a Recobrar.

## Glosario

**COVID-19:** Enfermedad causada por el coronavirus SARS-CoV-2, originada en Wuhan China en noviembre de 2019, y declarada pandemia por la OMS el 11 de marzo del 2020, en donde el primer caso reportado en Colombia fue el 6 de marzo del mismo año.

**Enfermedad Huérfana:** Según la Ley 1438 (2011):

Son aquellas crónicamente debilitantes, graves, que amenazan la vida y con una prevalencia menor de 1 cada 5.000 personas, comprenden, las enfermedades raras, las ultrahuérfanas y olvidadas. Las enfermedades olvidadas son propias de los países en desarrollo y afectan ordinariamente a la población más pobre y no cuentan con tratamientos eficaces o adecuados y accesibles a la población afectada (Ministerio de Salud, 2021a)

**MIPRES:** “es una herramienta tecnológica que permite a los profesionales de salud reportar la prescripción de tecnologías en salud no financiadas con recursos de la UPC o servicios complementarios”(Ministerio de Salud, 2021b).

**Nusinersen:** “un oligonucleótido antisentido cuyo blanco es el gen SMN2 para aumentar la producción de proteínas SMN (1)” el cual está indicado para el tratamiento de la atrofia muscular espinal (Instituto de evaluación tecnológica en salud\_ IETS, 2019)

## Anexos

Anexos 1. Entrevista a FAMECOL.....	93
Anexos 2. Entrevista a ACEMI.....	97
Anexos 3. Presentación Datos Observatorio Interinstitucional Presupuestos Máximos octubre 2020. ....	103
Anexos 4. Memorias Conversatorio Virtual por la Salud, “Presente y Futuro de los Presupuestos Máximo” .....	103
Anexos 5. Memorias presentación ADRES, XV Congreso de Nacional de Salud. ....	103
Anexos 6. Informe flujo de recursos NO PBS a Septiembre 2020, Prescripción de medicamentos a Junio 2020.....	104

## **Resumen Ejecutivo**

### **Antecedentes y Análisis de los Impactos de la Ley de Presupuestos Máximos para las tecnologías No Cubiertas en el Plan de Beneficios en Salud.**

Para contribuir a la integralidad en la atención de los pacientes y la sostenibilidad del sistema con base en la gestión del riesgo en salud, se plantea la estrategia del Presupuesto Máximo. Esta tiene por objetivos asignar recursos destinados para la financiación de las tecnologías en salud y servicios NO PBS a cada una de las EAPB de forma ex ante, de acuerdo con su comportamiento histórico y prospectivo para el año 2020, y estimular la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras bajo el principio de integralidad, lo que a la postre contribuye al sostenimiento del sistema de salud. Así pues, se pretenden analizar los antecedentes que se presentaron en todo el ciclo de la prestación de servicios NO PBS que llevaron al ministerio de salud a reglamentar el modelo de financiación de servicios NO PBS por presupuesto máximos para el régimen contributivo y subsidiado mediante las resoluciones 205 y 206 del 2020. En cuanto a la mejora y las posibles soluciones para que el modelo sea cada vez más integral y tenga sostenibilidad financiera, deberían incluir estas tecnologías en un plan de beneficios integral, formar un único plan de beneficios, diseñar un modelo de atención y financiación diferenciada para el tratamiento de pacientes con enfermedades huérfanas y contemplar la compra centralizada del medicamento Nusinersen por parte de la ADRES. De esta manera, lograr una atención integrada y sostenible para los colombianos.

**Palabras clave:** Presupuestos Máximos, Tecnología NO PBS, ADRES, Gestión del Riesgo, Recobros.

### **Abstract**

Background and Impact Analysis of the Maximum Budgets Act for Technologies Not Covered in the Benefits Health Plan.

To contribute to the integrity in patient care and sustainability of the health risk management based system, the Maximum Budget strategy is proposed. It aims to allocate resources for the financing of non-PBS health technologies and services to each of the EAPBs ex ante, in accordance with their historical and prospective behaviour for 2020, and to stimulate the management of health risk by insurers under the principle of comprehensiveness, which in the end contributes to the support of the health system. Thus, they are intended to analyse the background that was presented throughout the non-PBS services cycle that led the Ministry of Health to regulate the model of financing non-PBS services by maximum budget for the contributory and subsidized regime through resolutions 205 and 206 of 2020. In terms of improvement and possible solutions to make the model more comprehensive and financially sustainable, they should include these technologies in a comprehensive and single benefit plan, design a differentiated care and funding model for treatment of patients with orphan diseases, and contemplate the centralized purchase of the Nusinersen drug by ADRES and, in this way, achieve integrated and sustainable attention for Colombians.

**Keywords:** Maximum Budgets, NON-PBS Technology, ADRES, Risk management, Recoveries.

## **1. Introducción**

### **1.1 Derecho a la salud en Colombia, abordaje normativo antes y después de la constitución de 1991.**

Con el fin de comprender el impacto de los presupuestos máximos en el año 2020, sobre diferentes actores del sistema de seguridad social en Colombia, entre ellos los usuarios, cabe resaltar algunos hechos relevantes desde el año 1990, y que han venido modificando la normatividad en salud en el país, con el fin de amparar la salud de los colombianos como un derecho, en donde antes de la ley 100 de 1993, el sistema de salud, se conformaba de la siguiente manera, según Calderón & Prada (2019):

El sistema nacional de salud existente antes del año de 1990 era un sistema de salud que se basaba en tres sistemas: el de seguridad social, que cubría a los trabajadores privados a través del ISS y las Cajas de Previsión que aseguraban a los empleados públicos, y posteriormente incluyó a los del sector público, con tarifas subsidiadas a la demanda de los servicios de salud. (p.7).

Los 3 modelos anteriormente enunciados, presentaban ausencia de dos atributos esenciales para la salud de los colombianos, principalmente acceso y cobertura, en especial para la población pobre y vulnerable. Estos adicionalmente tenían acceso único a hospitales del sector público en donde las metas de actividades de promoción y prevención no estaban en las metas incluidas en el sector salud para esta época y estos no se esforzaban por prestar servicios de salud con calidad (Calderón & Prada, 2019).

Posterior a esto en el 1990, el congreso de la república emitió la Ley 0010 de 1990, esta fue el primer paso a la reforma de este sistema centralizado que afectaba la cobertura de salud en el País, en donde se empiezan a incluir conceptos como niveles de complejidad de atención, siendo un servicio público a cargo del estado y de forma descentralizada. Asimismo, garantiza el acceso a los servicios de salud de forma gratuita a entidades públicas, en donde a las privadas, únicamente cuando se tenía la capacidad de pago para su acceso (Ley 0010 de 1990).

Hasta este punto, no se concibe la salud un derecho ligado al derecho a la vida, cuando para preservarla, es necesario tener derecho a la salud para su promoción, prevención y rehabilitación para toda la población colombiana (Ley 0010 de 1990).

Con base en lo anterior, la constitución de 1991 en materia de salud se considera proteccionista y garante para los colombianos ya que la salud es incluida como un derecho fundamental mediante su artículo 44 y 49 (Constitución Política de Colombia, 1991).

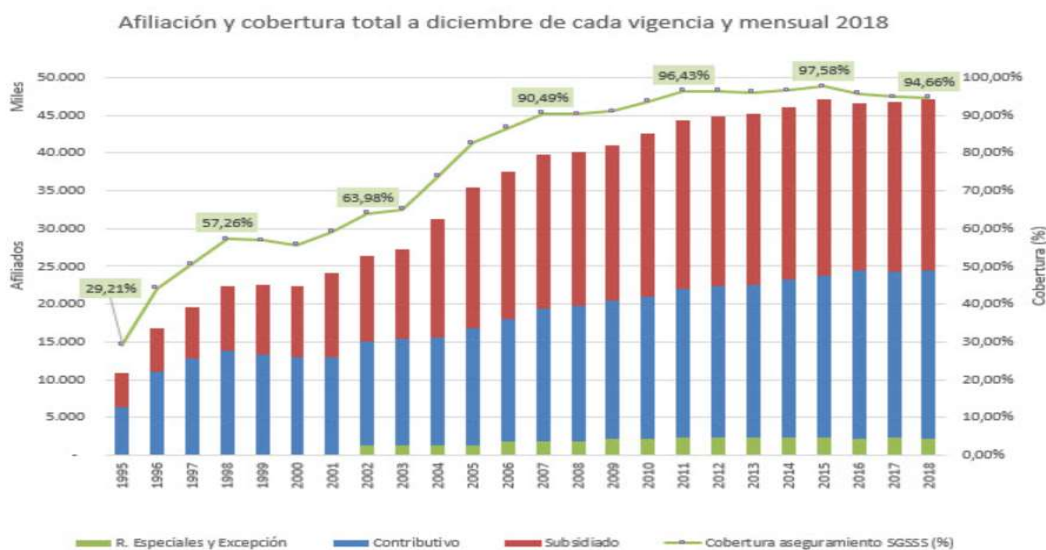
Asimismo, se incluyen como conceptos de descentralización, niveles de atención, participación de la comunidad, acceso gratuito a la atención básica y el deber del cuidado integral de la salud tanto individual, como el de toda la comunidad bajo unos principios de eficiencia, universalidad y solidaridad apuntando a un concepto más humanizada la atención en salud para los colombiano (Constitución Política de Colombia, 1991).

Esta se basa en una descentralización incluyendo a los “particulares” como actores responsables por la salud de los colombianos. Partiendo de esto, se inicia un reto para el gobierno nacional en estructurar un modelo de salud que logre materializarlo, donde se le quería apuntar no a un modelo de sistema de salud curativa, sino a un modelo preventivo y equitativo.

“Por ello, el derecho fundamental a la salud en Colombia debe ser un derecho seriamente fundamental, protegido por todas las garantías constitucionales y legales propias de tal tipo de derechos” (Gañán Echavarría, 2013).

En pro de dar cumplimiento a este derecho fundamental, Colombia inicia con la meta de aumentar la cobertura de salud a nivel nacional, la cual estaba por debajo del 30% para el año 1993, llegando a un 94.66% para el 2018 (Ministerio de Salud, 2019).

**Figura 1.** Afiliación y cobertura a diciembre de cada vigencia y mensual 2018



Fuente: (Ministerio de Salud, 2019b)

Con base a la figura 1 el principal impacto que trajo consigo la ley 100 de 1993 a los colombianos, fue la cobertura y universalidad a la salud. Pero adicional de la cobertura, se evalúan componentes como la equidad en la prestación de los servicios de salud, el cual se basa en tres premisas: acceso igualitario para igual necesidad, igual uso de servicios para igual necesidad e igual calidad de atención para todos los pacientes (Céspedes Londoño et al., 2002).

Cuando se aborda el derecho a la salud de la ley 100 de 1993, este contempla 3 libros que componen el sistema de seguridad social de Colombia que son: el sistema general de pensiones, Sistema de seguridad social en salud y el sistema general de riesgos profesionales. Así mismo, define la implementación de un Plan Obligatorio de Salud (en adelante POS) (Gañán Echavarría, 2013).

Cuando la ley 100 de 1993 estableció indicadores de eficiencia y rentabilidad, sometió a criterios la prestación de servicio, por lo tanto las Entidades promotoras de salud (EPS) empezaron a no prestar atención a aquellos pacientes que requerían de terapias y tratamientos que no estaban incluidos en el plan obligatorio de salud - POS (Espinosa Torres, 2013).

Evidenciado la problemática que representa la no atención de los pacientes que requerían acceso a tecnologías NO PBS, el gobierno busca modelos utilizados en otros países para generar una solución, en donde Según Espinosa Torres (2013):

A partir de la Carta de 1949, en Alemania Federal donde se adopta una fórmula que cambia el Estado liberal clásico en Estado social de derecho, el cual convierte al derecho constitucional en el garante del régimen de libertades y derechos fundamentales, a través de la modulación de los contenidos de las sentencias de constitucionalidad y las pruebas de ponderación y balanceo cuando estos estuvieron presentes. (p.45)

Es así como la Corte Constitucional colombiana, creó una especie de POS jurisprudencial a raíz de todas las tutelas que revisaba por la violación del derecho a la vida por causa de la no prestación del servicio de salud (Espinosa Torres, 2013).

Así es como llega a la sentencia T-760 estableciendo un POS jurisprudencial creando normas reglamentarias y de procedimiento que vinculan a las aseguradoras a un marco jurídico para prestar su servicio, creando como figura autónoma al derecho fundamental de salud (Espinosa Torres, 2013).

## **1.2 Implementación e Impacto de la sentencia T760 del 2008 y el comportamiento de los recobros desde entonces.**

Según (Defensoría del pueblo, 2014), “La mayoría de estas tutelas buscaban hacer efectivos tratamientos y servicios que las aseguradoras deberían haber cubierto. En efecto, entre los años 2003 y 2008, el 54,4% de las tutelas eran para tratamientos y servicios contenidos en el POS” (párr.3).

Y al seguir el tiempo, incluso en el año 2009 las tutelas se seguían relacionando con prestaciones incluidas dentro del POS. Por esto mismo la mayoría de los 900.000 casos registrados, los jueces se limitan a hacer cumplir obligaciones preexistentes, establecidas en políticas creadas y aprobadas por las ramas Legislativa y Ejecutiva 44 (Defensoría del pueblo, 2014).

La implementación del fallo ha evolucionado en diversas maneras. En marzo de 2009, la composición de la Corte cambió sustancialmente y en ese cambio, la nueva Corte decidió supervisar el cumplimiento de las extenuantes órdenes estructurales de la sentencia mediante una sala especial de seguimiento (Defensoría del pueblo, 2014).

En cuatro años la sala de seguimiento ha emitido más de 30 autos genéricos y decenas de autos relacionados con las 16 órdenes emitidas, en algunos, la corte le autorizó al ministerio de la protección social a aplicar la “excepción de inconstitucionalidad cuando ello sea necesario” (Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008, Auto 035 del 30 de enero del

2009, párr.9) para que se pudiera lograr el cumplimiento de las órdenes contenidas en la sentencia, se pronuncian algunos entes reguladores para evitar posibles fallas a la hora de garantizar la no violación de derechos.

#### **1.4 Impactos de la sentencia T-760 en relación con el flujo de recursos en el sistema.**

En la sentencia T-760 la corte hizo notar que los problemas en el flujo de recursos del sistema de salud podrían hacerlo colapsar y por ello ordenó diversas medidas relacionadas con el tema. Ya ha sido señalado que cuando las EPS asumían la carga de solventar una prestación no incluida en el POS, podían hacer un recobro al Estado (Sentencia T-760-08 de la Corte Constitucional de Colombia, 2008).

“En el año 2001 los cobros llegaron a Colombia en un valor \$5.311.000.000. En el año 2002 llegaron a \$56.741.000.000, es decir, se multiplicaron por 10 aproximadamente” (Zamora, 2018, p.15).

Entre los años 2003 y 2009 el crecimiento anual promedio en el valor de los reembolsos por medicamentos No POS fue de 68% y alcanzó una cifra cercana a los \$ 2.5 billones en 2010 (Defensoría del pueblo, 2014).

A raíz de este problema impulsó al Gobierno actual de ese año a declarar un “estado de emergencia social” en diciembre de 2009, para aprobar este estado, el gobierno comentó que aceleraba el cumplimiento de las órdenes de la corte constitucional en la sentencia T-760 y de los cobros no efectuados (Defensoría del pueblo, 2014).

Todo lo anterior nos lleva a revisar los antecedentes históricos, su análisis en el proceso de cobros por tecnologías NO POS al FOSYGA (fondo de solidaridad y garantía),

sus cambios y las implicaciones del aumento desmedido de recobros años tras años para el sistema de salud (Zamora, 2018).

El ministerio de salud, al ver el incremento tan desproporcional de los recobros de un año al otro, se toman algunas medidas de regulación, en donde Según Zamora (2018):

Como respuesta, al finalizar ese año, la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM), liderada por el entonces Ministro de Salud y Trabajo, Dr. Juan Luis Londoño Cuesta, expidió la Circular 04 de 2002 que elevó a 132 de los medicamentos sometidos al régimen de máximo nivel de regulación y llevó más de 1.000 productos de 32 laboratorios al régimen de "libertad regulada", por incrementos de precios excesivos e injustificados y/o incumplir con la obligación de reportar sus precios a la CNPM. (p.15)

Algunos actores del sistema de salud, al ver las medidas del gobierno con el fin de controlar el incremento de los recobros, la ANDI se manifiesta mediante un estudio relacionado Según (Zamora, 2018):

El año 2005 ante el XII Foro Farmacéutico de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia ANDI, se presentó el "Estudio de la Política de Precios de Medicamentos en Colombia" realizado por la firma "Econometría" y financiado por AFIDRO y ASINFAR (gremios de farmacéutica multinacionales y nacionales) que pone las bases para una mayor liberalización de precios. (p.16)

Para el año 2006 la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos publicó la Circular 04 de 2006 que con base en el estudio de Econometría

eliminó el régimen de "control directo automático" que regía para los precios de medicamentos con menos de 3 oferentes en el mercado. (p.16)

De acuerdo a lo definido en la ley 100 de 1993, las EAPB únicamente estaban obligadas a garantizar las tecnologías incluidas en el plan de beneficios, pero con las acciones de tutelas interpuestas por los usuarios al no tener fácil acceso a tecnologías NO PBS, el gobierno se vio en la necesidad de implementar los comités técnico científicos con el fin de generar control sobre el acceso a servicios NO PBS (Zamora, 2018).

Desafortunadamente, se iniciaron conductas indebidas para el uso de los recobros, en donde llegaban cobros al FOSYGA por tecnologías incluidas en el plan de beneficios y facturas con servicios estéticos, desbalanceando la situación financiera del sistema de forma progresiva.

Para el año 2011, se reporta un total de 193.302 tutelas, de las cuales el 67,81% corresponden a servicios PBS y el 32.19% por servicios NO PBS, en donde del total de tutelas interpuestas, el 56.48% correspondieron al régimen subsidiado lo que deja en vela, las problemáticas de acceso a servicios de salud, no solo para las tecnologías NO PBS, si no para las PBS a pesar, de que la EPAB ya contaba previamente con dichos recursos de la UPC (Defensoría del pueblo, 2012).

Como medida de contención, el ministerio de la protección social, emitió la resolución 3470 del 2011, en donde establecen los valores máximos para el reconocimiento y pago de tecnologías NO PBS ante el FOSYGA, como medida para mitigar problemas que atenten contra la financiación del sistema de salud (Zamora, 2018).

Con base en todo lo anterior, y al ver que los recobros se habían convertido en una de las carteras más peligrosas entre las IPS, EAPB y la ADRES que podría colocar en riesgo la

sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano, el congreso de la república publica la ley estatutaria No 1751 del 2015, en donde regula el derecho fundamental a la salud y define la sostenibilidad financiera como pilar fundamental para garantizar la protección del derecho a la salud (Ley Estatutaria No 1751 del 2015).

El gobierno nacional, en pro de ejecutar el principio de la ley estatutaria, ve la necesidad de generar medidas en su plan Nacional del desarrollo, mediante la ley 1995 de 2019 con énfasis en la sostenibilidad financiera del sistema de salud. En su Artículo 240, indica que los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo al techo o presupuesto máximo que les transfiera para tal efecto la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – ADRES a las EAPB, se establecerá de acuerdo, a la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, la cual considerará incentivos al uso eficiente de los recursos. Es importante mencionar que el cumplimiento del techo por parte de las EAPB no deberá afectar la prestación del servicio a sus afiliados. En donde según la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos & y Tarifas del Aseguramiento en Salud (2020):

Para contribuir a la integralidad en la atención de los pacientes y la sostenibilidad del sistema con base en la gestión del riesgo en salud se plantea la estrategia del Presupuesto Máximo. Esta tiene por objetivos estimular la gestión del riesgo en salud por parte de las aseguradoras bajo el principio de integralidad, lo que a la postre contribuye al sostenimiento del sistema de salud. (p.9)

Lo anterior, da la puerta de entrada a las resoluciones 205 y 206 del 2020, las cuales fueron las encargadas de reglamentar el artículo 240 del Plan Nacional del desarrollo 2018-2022, siendo las resoluciones objeto de análisis en el presente documento.

Con base en lo anterior, llegamos a nuestra pregunta sobre cómo se implementaron los presupuestos máximos, su comportamiento del primer semestre en el sistema general de salud en Colombia. En este trabajo queremos analizar los antecedentes que se presentaron en todo el ciclo de la prestación de servicios NO PBS que llevaron al ministerio de salud a reglamentar el modelo de financiación de servicios NO PBS por presupuesto máximos para el régimen contributivo y subsidiado. Y posterior a su implementación del 1 de marzo del 2020, determinar si se ha presentado adherencia y cumplimiento a la reglamentación de techos por parte de los diferentes actores del sistema, bajo una perspectiva de acceso y oportunidad a las tecnologías NO PBS para los pacientes con base a las cifras reportadas por la ADRES, Ministerio de salud y otras fuentes de información.

## **2. Antecedentes normativos de las resoluciones 205 y 206 del 2020.**

Desde 1990, se han desencadenado una serie de actos administrativos como leyes, resoluciones, decretos y sentencias, en donde se han convertido en un hito en la historia del SGSSS en Colombia, que han representado cambios estructurales para el sistema de salud y que llevaron a la formalización de los presupuestos máximos como una fuente de financiación de la atención en salud del país. A continuación, se relacionan los principales actos administrativos más relevantes y que se consideran antecedentes de los presupuestos máximos:

**Tabla 1** *Marco normativo que antecede a los presupuestos máximos del 2020*

<b>Normatividad</b>	<b>Principales conceptos que promovieron cambios en el SGSSS</b>
Ley 0010 del 1990	Esta fue el primer paso a la reforma del sistema de salud centralizada que afectaba la cobertura de salud en el País antes de la constitución de 1991, ya que reorganiza el sistema nacional de salud. En esta ley se define como la presentación del servicio de salud en todos los niveles de complejidad, debe ser un servicio público a cargo de la Nación. Asimismo, define que los servicios básicos del ente del territorio nacional serán gratuitos.
Constitución Política de Colombia de 1991	Esta constitución es proteccionista y garante para los colombianos ya que la salud es incluida como derecho fundamental mediante su artículo 44, posterior el artículo 49 garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Con esto, al estado le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a 3 principios: eficiencia, universalidad y solidaridad.
Ley 100 del 1993	Crea el sistema de seguridad social integral de Colombia, mediante 3 libros, Sistema General de Pensiones, Salud y Riesgos Profesionales. Asimismo, mediante sus artículos 172, 173 y 178, define dentro de las funciones de consejo nacional de salud, “definir el Plan Obligatorio en Salud, del régimen subsidiado y contributivo”, a su vez establece que las EAPB deben establecer mecanismos para acceso de sus afiliados a los servicios en salud en todo el territorio nacional. Indica que se debe reglamentar rutas para la validación de la calidad de servicios y el control de los factores de riesgo en salud.
Ley 1122 del 2007	Conocida como la primera reforma realizada a la Ley 100 del 1993. Crea la Comisión de Regulación en Salud con el objetivo de actualizar el POS anualmente. Realizó reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de los servicios de salud. Mediante su Art 14, Organiza el aseguramiento, definiéndola como la administración del riesgo financiero, gestión del riesgo en salud y la representación del usuario ante los prestadores.

Sentencia T-760 del 2008	<p>La corte suprema de justicia imparte ordenes con el fin de proteger el derecho de la salud vulnerados que se evidenciaron mediante 22 fallos de tutelas, considerándose una situación recurrente las cuales desnudaron la violación del derecho a la salud. Adicional, realiza ordenamiento que den obligatorio cumplimiento a las funciones de la <b>CRES</b> creada por la Ley 1122 del 2007. Adicional establece un POS jurisprudencial creando normas reglamentarias y de procedimiento que vinculan a las aseguradoras a un marco jurídico para prestar servicio, creando como figura autónoma al derecho fundamental de salud. Con esta sentencia se observó el impacto de los recobros en el sistema de salud a partir del 2008, de forma que se defina el mecanismo para el recobro de servicios NO PBS y exista un adecuado flujo de recursos.</p>
Ley 1438 del 2011	<p>Es la segunda reforma al sistema seguridad de social en salud, después de la Ley 1122 del 2007. En su Artículo 3, Numeral 3.9, incluye el principio de <u>Eficiencia</u>, definiéndose como lograr buenos resultados en salud con los recursos disponibles e incluye el principio de <u>Sostenibilidad</u>, contemplando que las decisiones que se adopten en el sistema de seguridad social, se debe contemplar la sostenibilidad fiscal.</p>
Resolución 3470 del 2011	<p>Establece el valor máximo de reconocimiento de 135 medicamentos a pagar por parte del FOSYGA.</p>
Ley 1751 del 2015	<p>Regula el derecho fundamental de la salud. Mediante su Art 5, define que el gobierno debe adoptar las medidas para financiar de forma sostenible las tecnologías y servicios en salud, con el fin de atender las necesidades de la población de forma oportuna y eficiente. Art 8, Los servicios en salud deberán prestarse de forma integral con independencia de su financiación, razón por la cual, no podrá fragmentarse. Art 9, El estado deberá adoptar políticas orientadas al logro de la equidad en salud. Art 15, describe las exclusiones que no podrán ser financiadas con recursos del sistema.</p>
Ley 1955 del 2019	<p>Mediante su articulo 240, define la financiación de los servicios de tecnologías NO PBS mediante los presupuestos máximos que la Adres transfiera a las EAPB. La metodología anual de cálculo será definida por el Ministerio de salud,</p>

	considerando incentivos a las entidades que realicen el uso eficiente de los recursos.
Ley 1966 del 2019	Adopta medidas para la gestión y transparencia en el SGSSS. Art 5, Valores Máximos de Recobros: La ADRES no podrá pagar conceptos de servicios en salud, que superen los valores y techos máximos definidos por Minsalud.

*Nota:* La tabla 1, resume los actos administrativos más relevantes que fueron antecedentes de los presupuestos máximos. *Fuente:* (Ley 0010 de 1990), (Constitución Política de Colombia, 1991), (Ley 100 de 1993), (Ley 1122 de 2007), (Sentencia T-760-08 de la Corte Constitucional de Colombia, 2008), (Ley 1438 de 2011), (Resolución 3470 del 18 de Agosto del 2011), (Ley Estatutaria No 1751 del 2015), (Ley 1955 de 2019), (Ley 1966 de 2019).

### **3. Análisis general de la aplicabilidad, implementación e impactos secundarios a la resolución 205 y 206 del 2020.**

#### **3.1. Análisis sobre el marco normativo de la resolución 205 y 206 del 2020, su ventajas y brechas en su componente normativo.**

El objeto del presente estudio de caso, se fundamenta en los siguientes actos normativos: la Resolución 205 del 17 de Febrero (2020):

Por la cual se establecen disposiciones en relación con el presupuesto máximo para la gestión y financiación de los servicios y tecnologías en salud no financiados con cargo a la Unidad de Pago por Capitación - UPC y no excluidos de la financiación con recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, y se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo. (párr.1)

Y la Resolución 206 del 17 de febrero (2020):

Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada Entidad Promotora de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, y Entidad Obligada a Compensar en la vigencia 2020. (párr.1)

Estas resoluciones fueron emitidas el 17 de febrero del 2020, con una vigencia a partir del 1 de marzo del 2020. Lo que, de entrada, genera una baja preparación de los diferentes actores del sistema, en especial para las EPS, de asumir la gestión de estos recursos de forma paralela a la gestión del riesgo en salud, con los principios de equidad, acceso y oportunidad para los pacientes, en un contexto de sostenibilidad, con unos recursos que pasaron de ser ilimitados a limitados para la financiación de tecnologías NO PBS.

Si bien es cierto una de las principales bondades de la resolución 205 y 206 del 2020, es la desaparición del recobro por parte de las EPS ante la ADRES, al generarse un ahorro en costos destinados por la operatividad que conlleva este proceso por parte de las EPS y la ADRES, Pero; una implementación tan abrupta de una normatividad que genera un cambio sustancial a uno de los mecanismos de financiación más representativos al sistema de salud, inicia con el potencial riesgo de generar barreras de acceso a las tecnologías NO PBS desde el 1 de marzo del 2020, ya que para esa fecha ningún actor del sistema estaba preparado para realizar control de los techos presupuestales, cambios de contratación con operadores logísticos, industria farmacéutica y prestadores de servicios de salud, y acuerdos de voluntades entre los actores de forma que garantice la adecuada formulación de un modelo de atención en salud y guías de práctica clínica para el uso de tecnologías contempladas en la UPC y en techos, de una manera integral, en donde se garantice la atención integral de salud a los usuarios.

Con base en lo anterior, se puede inferir que hubiera sido correcto garantizar el diseño de todas las estrategias definidas en el artículo 4 de la resolución 205 del 2020, de forma anticipada a la entrada en vigencia de la resolución 205 y 206, con el fin de lograr un sistema preparado aplicando un principio de transitoriedad que pueda llevar el modelo a un caso de éxito en el sector salud, ya que evidentemente, la ADRES traslada la responsabilidad de la gestión absoluta de los recursos a las EPS, en pro de llegar a un flujo de recursos óptimos para el sistema, al girar de forma anticipada esta UPC complementaria, con el fin de que estos sean trasladados a los prestadores de salud y proveedores de manera oportuna.

Otro aspecto inmerso en la resolución 205 y 206 del 2020, que genera cierto desconcierto en su materialización fue el acceso a tecnologías NO PBS para los pacientes diagnosticados con enfermedades huérfanas a partir desde el 1 de marzo del 2020. Ya que en su artículo 10, la ADRES traslada la financiación inicial de las primeras dosis de tecnologías NO PBS a las Instituciones prestadores de salud, hasta un mes después de que el paciente este registrado en SIVIGILA. La norma hace la claridad que estos pacientes, al no haber sido tenidos en cuentas para el cálculo de los techos presupuestales, la ADRES los asume por el primer año, mientras se calcula el presupuesto máximo para el año siguiente en donde el incremento de la UPC complementaria contemple el tratamiento de estos pacientes. La discusión de este artículo, parte si la IPS cuenta con el capital de financiar el tratamiento inicial de pacientes con enfermedades huérfanas, sin tener claridad de los tiempos en los cuales la ADRES le restituirá dichos recursos, ya que en la norma no los describe. Lo anterior, se considera otro potencial riesgo a barreras de acceso a las tecnologías que ahora no solo están excluidas del PBS sino también de los presupuestos máximos.

Al recordar lo descrito en el presente documento en donde se enuncian las bondades de los techos presupuestales, como la eliminación del recobro y un adecuado flujo de recursos de forma anticipada al sistema para las tecnologías NO PBS, no aplicarían para los artículos 9 y 10 de las resoluciones con el agravante de que afecta directamente a una población vulnerable como lo son los pacientes con enfermedades huérfanas, ultrahuérfanas u olvidadas.

En el artículo 9 de la resolución 205, se describen las tecnologías no incluidas en los presupuestos máximos, en donde explícitamente describe el medicamento con principio activo Nusinersen, por el alto costo de este y su baja frecuencia identificada en los 2 años que se tomaron de base para el cálculo de los techos máximos, lo cual queda excluido de los mismos. Al verlo en temas de equilibrio financiero para las EPS, tiene total lógica al no contemplarlo, pero preocupa la brecha que muestra la resolución al no describir los tiempos de restitución del costo de este medicamento por parte de la ADRES a las IPS o a la EPS, siendo otro riesgo de barreras de acceso para los pacientes que requieren de Nusinersen para tratar sus patologías de base.

Las consideraciones normativas de las resoluciones 205 y 206 del 2020, encaminan a dar cumplimiento al artículo 5 de la ley 1751 del 2015” como obligación del Estado adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población (Resolución 205 del 17 de Febrero del 2020).

Con lo anterior, se da por entendido el giro de forma anticipada de las UPC para el PBS y la UPC complementaria para los techos presupuestales, de forma que las EPS puedan financiar de forma integral la atención en salud de los colombianos afiliados al régimen

contributivo y subsidiado. Bajo la arista de flujo de recursos, las resoluciones de presupuestos máximos son totalmente beneficiosas para las EPS, y para las IPS, operadores logísticos e industria farmacéutica siempre y cuando las EPS, logren establecer procesos de pago oportunos o mayores a 60 días, en virtud de que están recibiendo los recursos de una forma anticipada.

Se puede considerar que la resolución 205 y 206 del 2020, hace un llamado a la eficiencia del gasto para los servicios NO PBS, pero preocupa que no enuncia unas metas de resultados en salud positivos, los cuales serían los únicos reguladores para evitar la siniestralidad de los presupuestos máximos y no como se da a entender, que la EPS que menos gasto genere o menos prescripciones NO PBS realice en un año es la más “eficiente”.

Con base en lo anterior, las resoluciones no se identifican los incentivos que las EPS más eficientes, reciban incentivos en virtud de que el año siguiente, su presupuesto máximo será menor, debido a que la “eficiencia generada” será retirada de su asignación presupuestal para techos del año siguiente. No es claro los controles por parte del ente regulador, para controlar que esta eficiencia no se vea reflejada en un aumento de mala calidad de atención en salud, aumento en la insatisfacción en la atención por parte de los pacientes y complicaciones de patologías que no tuvieron en su momento diagnóstico oportuno y que tuvo que recurrir a tratamiento con tecnologías NO PBS.

Ahora, analizando el comportamiento con las EPS que superen los techos presupuestales, la normatividad da a entender el análisis de la superación de los mismo como lo define en el artículo 16, párrafo 3 de la resolución 205 del 2020 “La ADRES deberá definir la metodología y los procedimientos para evaluar la suficiencia o superación del

presupuesto máximo, considerando como mínimo las cantidades suministradas, los valores por UMC y los traslados” (Resolución 205 del 17 de Febrero del 2020, p.17).

Al validar las bondades del oportuno giro de recursos, ahora el análisis es sobre la suficiencia y alcance de cada presupuesto descrito en la resolución 206 del 2020 para cada EPS y cada régimen.

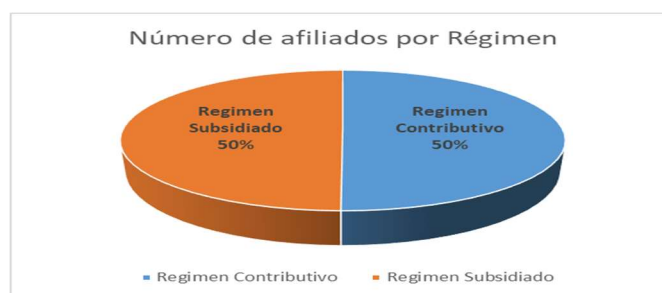
A continuación, se indica la cantidad de afiliados al régimen subsidiado y régimen contributivo con corte al año 2019, y su relación con la asignación de presupuestos en la resolución 206 del 2020.

**Tabla 2** *Asignación de presupuestos máximos por régimen, Año 2020.*

<b>Régimen</b>	<b>Número de Afiliados. Con corte al año 2019</b>	<b>Valor del presupuesto máximo</b>
Contributivo	22.909.679	\$3.333.679.923.783
Subsidiado	22.808.930	\$594.572.228.671
<b>Total</b>	<b>45.718.609</b>	<b>\$3.928.252.152.454</b>

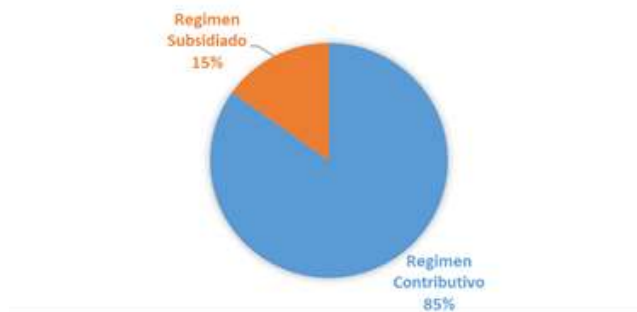
*Nota:* Las cifras se toman de la resolución 206 del 17 de febrero del 2020, y el número de afiliados, se toma del ministerio de salud, cifras-aseguramiento con corte a diciembre del 2019. Fuente: (Resolución 206 del 17 de febrero del 2020)

**Figura 2:** *Concentración de la población de afiliados por régimen con corte al 2019.*



*Nota:* Se ilustra la concentración en porcentaje de la población por régimen, de acuerdo con las cifras representadas en la tabla 2. Fuente: (Ministerio de Salud, 2019a)

**Figura 3.** *Concentración de la asignación de presupuestos máximos por régimen.*



*Nota:* Se ilustra la concentración en porcentaje de la asignación de presupuestos máximos por régimen, de acuerdo con las cifras representadas en la tabla 2. Fuente: (Resolución 206 del 17 de febrero del 2020)

Al analizar las figuras anteriores, se evidencia la desproporción en la asignación de recursos para el régimen subsidiado en la resolución 206 del 2020, en donde se infiere que hubo una brecha en la metodología del cálculo de los presupuestos máximos para el régimen subsidiado.

Al revisar la metodología del cálculo, se enuncia lo siguiente para el cálculo del presupuesto del régimen contributivo según la Resolución 205 del 17 de Febrero (2020):

Que este Ministerio requirió a la ADRES para que remitiera la información histórica de los valores recobrados o cobrados de las vigencias 2015 a 2019 en el régimen contributivo. correspondiente a: medicamentos, alimentos para propósitos médicos especiales,

procedimientos y servicios complementarios, con base en lo cual. se estableció el presupuesto máximo anual a implementar para servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. (p.3)

A diferencia del cálculo de presupuestos para el régimen subsidiado, enuncia lo siguiente la Resolución 205 del 17 de Febrero (2020):

Que este Ministerio requirió información a las entidades territoriales y a las EPS del régimen subsidiado, quienes reportaron a través de la plataforma PISIS todas las prestaciones de servicios recobradas o cobradas durante las vigencias de 2015 a 2019; y respecto de las órdenes judiciales del régimen subsidiado, la ADRES reportó la información histórica de los valores recobrados o cobrados durante la misma vigencia. (p.3)

Al ver las fuentes de información que fueron la base para el cálculo, vemos una brecha basada en las siguientes premisas:

La normatividad que regula la presentación de los recobros ante los entes territoriales para el régimen subsidiado es la resolución 1479 del 2015, “Por la cual establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el plan obligatorio de salud suministrada a los afiliados del régimen subsidiado”(Resolución 1479 del 6 de Mayo del 2015. p,1).

La anterior resolución define dos capítulos en donde reglamenta dos modelos de presentación de recobros ante los entes territoriales Cobro y recobro, y adicional, indica que cada ente territorial emite un acto administrativo indicando el modelo a elegir y el mecanismo de su implementación. Esta situación, generó procedimientos de presentación de recobros particulares por cada ente, llegando a tener hasta 36 modelos de recobro para las IPS y EPS,

lo que significaba barreras de radicación y reconocimiento a las IPS, operadores logísticos y otros proveedores de tecnologías NO PBS.

La ADRES, mediante sus resoluciones 5395 del 2013, Res 3951 del 2016, modificada por la resolución 1885 del 2028, define un mecanismo homogéneo de radicación para los recobros y cobros de tecnologías NO PBS por parte de las EPS, bajo unas estructuras estandarizadas a nivel nacional, una misma fuente de información y con MIPRES funcionando desde diciembre del 2016 al 31 de diciembre del 2019.

Régimen subsidiado, inicia utilizando las prescripciones de las tecnologías NO PBS en MIPRES en abril del 2019, en donde el dato de prescripciones realizadas para los años del 2015 a marzo del 2019, se basaba en las actas de comité técnico científico que realizaba las EPS del régimen subsidiado para la aprobación de tecnologías NO PBS.

El débil respaldo para el pago de las tecnologías NO PBS del régimen subsidiado, podrían haber generado negaciones o el simple hecho de mitigar la formulación de estas tecnologías NO PBS a los usuarios, ya que al generarse mecanismos de cobros tan dispersos e inoportunos antes las entidades territoriales, son una brecha para calcular una demanda real de servicios NO PBS para la población del régimen subsidiado.

Causa curiosidad, que el ministerio de salud haya dado por sentado que el costo real de las tecnologías NO PBS para la población del régimen subsidiado sea tan baja con relación a los presupuestos para el régimen contributivo, y no haber planteado otra metodología que hubiera contemplados estudios epidemiológicos con base en la caracterizaciones y factores de riesgos, con relación al contributivo y así, haber definido la UPC Complementaria más equitativa con relación del cálculo del contributivo.

El cálculo del presupuesto para el régimen contributivo, a pesar de que es más alto que el presupuesto del régimen subsidiado, no contempló la demanda real de los servicios NO PBS, ya que los valores recobrados no obedece a la demanda de estos servicios, ya que por temas administrativos o de no cumplimientos de los requisitos a los manuales de auditoría de la ADRES, las EPS presentan servicios sin radicar debido a insuficiencia documental o fallas tecnologías asociadas a la garantía de suministro que permitan la radicación de los mismos.

Con base en lo anterior, podríamos analizar si en realidad la metodología para definir la asignación de presupuestos máximos al régimen subsidiado, le está dando cumplimiento al principio de equidad según la Ley 100 de (1993):

El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa. (p,63)

### **3.2. Impactos de la resolución 205 y 206 del 2020, en su primer semestre de implementación en los pacientes y otros actores del sistema general de seguridad social de salud.**

**3.2.1.** Una visión de los impactos e implementación desde la arista de los aseguradores del régimen contributivo.

Con el fin de investigar la perspectiva de la entrada en vigor de la resolución 205 y 206 del 2020, por parte del actor del aseguramiento, se acudió a la Asociación Colombiana

de Empresas de Medicina Integral, ACEMI, en donde se realizó una entrevista al representante legal de ACEMI, Dr Gustavo Morales, quien asistió a la sesión en compañía de la Dra. Nancy Paredes y el Dr Fabian Cardona Medina.

ACEMI (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral) es una entidad sin ánimo de lucro, que fue creada en 1992 con el propósito de representar a las empresas privadas afiliadas que administran servicios de salud bajo las modalidades de: Empresas de Medicina Prepagada, Entidades promotoras de Salud de Régimen contributivo – subsidiado y ambulancias prepagadas.

La Asociación tiene como misión el promover, apoyar, proteger, representar e integrar la iniciativa privada, en especial de sus asociados, en el aseguramiento y gestión de planes de beneficios de salud, como instrumento legítimo y fundamental para el desarrollo del sistema de salud colombiano.

De acuerdo con los resultados de la entrevista que se realizó con ACEMI, resaltamos que desde la implementación de la resolución 205 y 206 del 2019 según Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, comunicación personal (2020):

Desde el primero de marzo han notado que el sistema de salud ha levantado barreras de acceso, sin embargo, resaltan que ha coincidido con la pandemia del COVID-19.

La entrega de medicamentos ha tenido prioridad, ha incrementado el volumen de medicamentos, así mismo el periodo de prescripción y dispensación han tenido periodos traumáticos desde la cuarentena, pero ha tenido una estabilización e implementación de mecanismos de entrega de

servicios al domicilio, esta conclusión se llega netamente desde la arista de las EAPB del régimen contributivo.

En cuanto a los impactos de la implementación de la resolución 205 y 206 del 2020, según Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, comunicación personal (2020):

Predictibilidad ya los actores saben cuánto les va a costar la prestación de servicios NO PBS y lo saben previamente desde la resolución 205 y 206 del 2020.

El que las EAPB asuman el riesgo y ya no el estado por temas de acceso a estas tecnologías refleja cambios positivos en la forma de relacionarse con los prestadores, la industria farmacéutica y los operadores logísticos.

Este modelo genera un beneficio y es el integrar en un solo proceso toda la gestión del riesgo, en donde, por un lado, van las medidas incluidas en el PBS y, por otro lado, las que no están en el PBS.

Comentan que les generan dudas el cálculo de los techos ya que se calcularon con base al historial de cobros presentados y no en el riesgo futuro. Este cálculo no contempla la epidemiología, la actuaría y la salud pública.

En cuanto a la mejora y las posibles soluciones para que el modelo sea cada vez integral y tenga un correcto funcionamiento de acuerdo con ACEMI se deberían incluir estas tecnologías en el plan de beneficios, unificación del PBS y formar un único plan de beneficios.

Hay un problema por resolver, que son las tecnologías que no están en cubiertas en los presupuestos máximo ni en el plan de beneficios, bajo el agravante de que ni siquiera hay un procedimiento definido para recobrar estos servicios.

Las conclusiones que ACEMI trasmite en la entrevista, en pro de que el modelo funcione, enuncia dos elementos claves, según Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, comunicación personal (2020):

**1er elemento: Generación de valor:** lo que realmente agrega valor es el resultado en los pacientes, cuando yo hago generación de valor, hay una gran coincidencia con los mejores desenlaces. Entonces; ¿Como mejoramos los costos para el paciente?, ¿cómo acortamos tiempos?, y ¿cómo mejoramos las cosas. En nuestro medio, pensamos que trabajar en una cosa, va a arreglar las cosas. Generación de valor, solamente lleva 10 años en el mundo. Colombia lleva unas experiencias valiosas. No solamente es un tema de entregar medicamentos, es mas de oportunidad en el tratamiento. y no necesariamente se necesitan cosas NO PBS. Cuando miramos en otros países, con la mamografía se puede hacer de todo. Debemos, darles un uso valioso a los elementos que hay, es lo que generalmente, genera valor.

**2do elemento:** “En Colombia, no existe una política integral para los servicios de salud. El cuidador que se requiere en la casa debe acceder a educación sobre cuidado de la salud. En otros países, hay una ley que se dedica a esto y no es necesariamente salud. Se requiere esta política, con el fin de

saber cuánto se debe gastar entre salud, y en servicios sanitarios. Una Política de servicios integrales sanitaria, y que no esté solamente para salud”

Otra fuente de información valiosa para identificar impactos de la resolución desde los aseguradores surgió en el tercer Conversatorio Virtual el futuro de los techos en el sistema de Salud llamado “Presente y futuro de los presupuestos máximos” llevado a cabo el día 29 de octubre del 2020, de forma virtual; Organizado por el Dr Denis Silva Sedano Vocero Pacientes Colombia y Colombia saludable.

En el conversatorio se llevaron a cabo dos paneles de discusión, en donde la moderadora formuló preguntas y el representante del aseguramiento el Dr Jaime Andrés González, presidente de COOSALUD dio las siguientes respuestas:

¿Desde el sector que representa considera que los presupuestos máximos se convirtieron para algunos actores en una medida de contención del gasto?

La conclusión grande es, no es un proceso ni una política de contención de gastos sino como una política para racionalización de uso y el costo de estas tecnologías, este proyecto es muy interesante cuando se intentó, cuál iba a ser la demanda futura de estos servicios y se dieron unos rubros en base al análisis y se anticiparon estos recursos y antes de generar una barrera lo que hace es tener el acceso. Las PQRS disminuyeron en los servicios en las EPS ha sido una gran facilitadora para todos los presupuestos. No es una contención sino una racionalización de los recursos y atender las enfermedades más urgentes y la prestación del servicio. Las EPS somos unos intermediarios entre los recursos y la atención a los pacientes (Cooperativa Multiactiva de Desarrollo Integral COOSALUD EPS, 2020)

¿Esta medida, en cuanto a las barreras de acceso ha tenido un efecto positivo o negativo para acceder a los servicios de salud no incluidos en el PBS?

En zonas apartadas las citas con especialistas se convierten en una barrera de acceso, el tiempo en demora se da por las contrataciones con los prestadores, ejemplo el REPS dice que hay 266 equipos de radioterapias y en verdad hay 60 equipos para una población tan grande esto en algún momento genera un retraso, es producto de la oferta disponible y la gran demanda existente (Cooperativa Multiactiva de Desarrollo Integral COOSALUD EPS, 2020)

**3.2.2.** Una visión de los impactos e implementación desde la arista de la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – ADRES.

Para abordar el cumplimiento e impactos de la resolución 205 y 206 del 2020, desde la arista del ente responsable de giro de los recursos y monitorización del cumplimiento de la normatividad de techos, se utilizan las siguientes fuentes de información y datos relevantes que se relacionan a continuación:

**3.2.2.1. *Cumplimiento con los giros del presupuesto descrito en la resolución 206 del 2020.***

De acuerdo con la intervención de la directora de la ADRES, Dra. Diana Isabel Cárdenas Gamboa en el Congreso Nacional de Salud, realizado el día 23 de octubre del 2020, la ADRES indica que ha girado 3.1 billones de pesos en el año 2020, valores que corresponden a giros por presupuestos máximos, como se ilustra en la siguiente figura:

**Figura 4.** Valor desembolsado por la Administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud – ADRES, años 2019 y 2020.



Fuente: (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2020b).

La coincidencia de la entrada en vigor de presupuestos máximos con la pandemia provocada por COVID-19, uno de los impactos positivos que se tuvo de la resolución de techos presupuestales, fue el flujo de recursos de forma anticipada para dar financiación por parte de las EPS y los diferentes prestadores de servicios de salud la contingencia provocada por el COVID-19.

No obstante, la cifra de giros del año 2019 que indica la ADRES, no corresponde con la totalidad de tecnologías NO PBS radicadas por parte de las EPS, ya que desde marzo del 2018, la firma auditora contratada en su momento por la ADRES, presentó incumplimiento contractual en el contrato con “el objeto de que adelantara el proceso de auditoría de los

recobros que hacen proveedores y EPS para que le sean pagados los servicios No PBS” situación, que generó represamiento en los paquetes de auditoria, lo que indicaba que los giros que relacionan en el año 2019 por conceptos de tecnologías NO PBS, correspondían a pagos previos o anticipos por montos de radicación, quedando un remanente como garantía mientras se efectuaba la auditoria de los paquetes pendientes en los años 2018, 2019 y 2020, año en el cual la ADRES reactiva la auditoria para completar y finalizar dichos giros.

Lo anterior, con el fin de aclarar los conceptos de giros del año 2019 con relación a los giros del año 2020 por concepto de techos presupuestales.

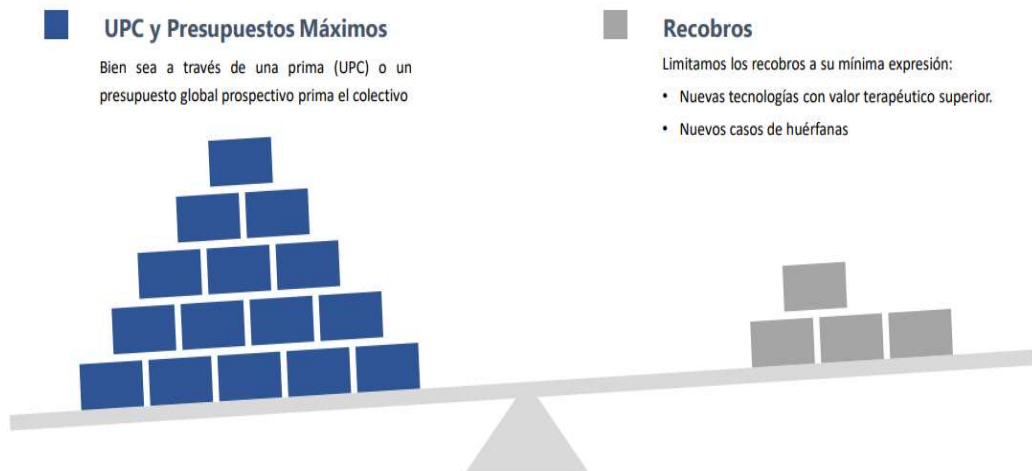
Con la figura anteriormente expuesta, se evidencia que, con corte a septiembre del 2020, quedan pendiente por girar a las EPS 1,1 billones de pesos, para dar cumplimiento a los giros por parte de la ADRES.

En la página, <https://www.adres.gov.co/Giros>, la ADRES ha dado cumplimiento en el reporte de valores girados a los aseguradores, en virtud de mostrar la transparencia de la entrega de recursos para la atención de servicios NO PBS, al igual de cómo se reportan los demás rubros a los aseguradores y a los prestadores.

Asimismo, la ADRES manifiesta en su intervención del congreso nacional de salud Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2020b):

Los Presupuestos máximos, simplifican sustancialmente el proceso operativo y administrativo, permitiendo que los actores del sistema se concentren en calidad de la atención, mejoras en oportunidad, mejoras en pertinencia. Con la implementación de los Presupuestos Máximos se incentiva la gestión del riesgo, la contratación integral de servicios y tecnologías en salud y da un viraje intencionado hacia la definición de mecanismos colectivos.

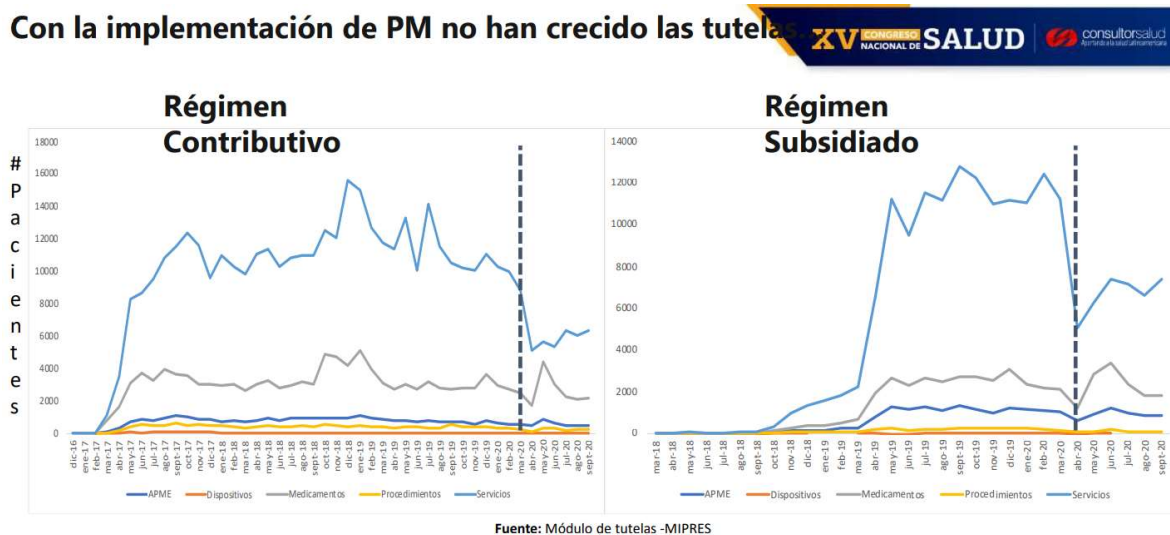
**Figura 5.** *Redireccionamiento de esfuerzos por parte de la ADRES con Presupuestos máximos al mitigar el recobro.*



*Nota:* Beneficios operativos y de gestión para la ADRES, al mitigar el recobro con la entrada en vigor de los presupuestos máximos. Fuente: (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2020b).

Otros de los impactos a evaluar desde la ADRES, es la monitorización del comportamiento de las tutelas desde el 1 de marzo del 2020, en donde la directora de la ADRES en su intervención en el congreso nacional de salud, indica que con las Implementación de Presupuesto máximos no han crecido las tutelas, de acuerdo con lo revisado en el aplicativo MIPRES de Tutelas, en donde se evidencia lo siguiente en la figura.

**Figura 6.** Comparativo del comportamiento de las tutelas, línea temporal antes y después de presupuestos máximos.



*Nota:* Acciones de tutelas interpuestas desde el año 2016 para el régimen contributivo y desde el año 2018 en el régimen subsidiado. Fuente:(Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2020b).

Al analizar la figura 6, en efecto se evidencia una disminución de las tutelas al comparar el 2019 con relación al año 2020. Pero al analizar el comportamiento de las tutelas en medicamentos, si se evidencia un incremento en la implementación de acciones de tutelas para acceso a medicamentos desde abril del 2020 con una estabilización hacia septiembre del 2020. Lo anterior, queda con la incertidumbre si la disminución de acciones de tutela por servicios NO PBS, es secundario a los presupuestos máximos o a la cuarentena que se vivió desde el 20 de marzo del 2020 hasta el 31 de agosto del 2020.

Otra fuente de información valiosa para identificar impactos de la resolución desde la Administradora de aseguradores surgió en el tercer Conversatorio Virtual el futuro de los techos en el sistema de Salud llamado “Presente y futuro de los presupuestos máximos”

llevado a cabo el día 29 de octubre del 2020, de forma virtual; Organizado por el Dr. Denis Silva Sedano Vocero Pacientes Colombia y Colombia saludable.

En el conversatorio se llevaron a cabo dos paneles de discusión, en donde la moderadora formuló las preguntas y el representante de la entidad daba su respuesta desde su arista. Las siguientes respuestas, fueron desde la arista de la Dirección de la ADRES representada por la Dra. Diana Isabel Cárdenas Gamboa:

¿Impacto de techos en el 2020 funcionó como medida de contención del gasto garantizando el acceso?

“Yo cambiaría la pregunta, porque es garantizar el flujo de recursos al sistema y no una barrera a los servicios y no se trata de contención de costos. Para el sector no era muy claro, que la figura de recobros representa una jineteada de costos, ya que lo recobrado en una vigencia fiscal, correspondía al 60% de prestaciones del año actual y el resto de las prestaciones, correspondía a años anteriores. Asimismo, se aprovecha para contarles que tenemos un observatorio y encontramos criterios de calidad, tenemos indicadores de medicamentos que se formulan concomitantemente. La idea es mejorar la calidad de la atención, y se reitera que no hay contención, porque si es por hechos, hoy estamos gastando más” (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2020a)

¿Esta medida, en cuanto a las barreras de acceso ha tenido un efecto positivo o negativo para acceder a los servicios de salud no incluidos en el PBS?

“La disponibilidad en citas y tiempo de espera son barreras de acceso. Asimismo, la poca disponibilidad de tecnologías en salud en zonas dispersas en Colombia. No solo las barreras se traducen a servicios NO PBS, sino que también tenemos barreras de acceso a la

atención primaria para prevenir el uso de tecnologías NO PBS, siendo proactivos con el Diagnóstico oportuno de patologías que permiten su tratamiento con las tecnologías en el PBS” (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, 2020a).

**3.2.3.** Una visión de los impactos e implementación desde la arista de los pacientes y otros actores.

Para abordar el impacto de la presente resolución en pacientes, se abordaron múltiples fuentes de información, como lo fueron:

- ✓ Tercer Conversatorio Virtual el futuro de los techos en el sistema de Salud llamado “Presente y futuro de los presupuestos máximos” llevado a cabo el día 29 de octubre del 2020.
- ✓ Entrevista con Fundación de atrofia muscular espinal Colombia Sara&Sofia FAMECOL.
- ✓ Congreso Nacional de Salud 2020 “Consultor Salud”
- ✓ Presentación Datos Observatorio Interinstitucional Presupuestos Máximos octubre 2020.
- ✓ Flujo de recursos no PBS a septiembre 2020, prescripción de medicamentos a junio 2020- Asociación Nacional de empresarios de Colombia- ANDI. Octubre 2020.

Con base en las fuentes de información anteriormente enunciadas, se identificaron los principales hallazgos e impactos de la resolución 205 y 206 del 2020.

En el tercer Conversatorio Virtual el futuro de los techos en el sistema de Salud llamado “Presente y futuro de los presupuestos máximos” llevado a cabo el día 29 de octubre

del 2020, de forma virtual; Organizado por el Dr Denis Silva Sedano Vocero Pacientes Colombia y Colombia saludable. En el segundo panel de discusión, participó el Dr. Denis Silva Sedano, en donde el moderador formula las preguntas y el vocero de los pacientes daba su respuesta desde su arista. Las siguientes respuestas, son desde la arista de la Asociación de pacientes Colombia Saludable:

¿Consideran que los Presupuestos Máximos y Techos debe ser una media transitoria?

Si debiese ser transitoria por 3 razones: la primera, El gobierno ha manifestado que es transitoria y de no ser así, se generarían ambientes no confiables se generaría ambientes no confiables. Segundo: las EPS, tiene mayor flujo de recursos y han aumentado las barreras de acceso y tercero durante la Pandemia no se prestaron los servicios como debió ser, algunos pacientes tienen una demora de 200 días para recibir la prescripción de servicios NO PBS (Silva Sedano, 2020).

¿Desde su visión y el sector que representa que impacto ha tenido la aplicación de Presupuestos máximos en lo que va en este año?

Se divide en dos etapas: La primera, en los 5 meses de confinamiento y la segunda en los dos meses restantes de reapertura. Visión de implementación presupuestos, el sistema le dio a las EPS el ingreso 3.2 Billones de pesos, no es nuevo todo lo que tiene que ver con telemedicina, teleconsulta, teleorientación y suministro de medicamentos en casa, la resolución 1604 de 2013 ya existía, se pagaba por este servicio y no se utilizaba. Por el tema de la Pandemia los diagnósticos bajaron y pacientes no recibieron durante la Pandemia sus medicamentos, aquellas enfermedades de alto costo que no recibieron tratamiento y aún están esperando, como le respondemos a ellos aun cuando su enfermedad siguió su curso porque no se detuvo la enfermedad durante la pandemia. Seguimos enfocando esfuerzos en

tecnologías más frecuentes de bajo costo, pero también debemos revisar las de poca frecuencia con alto costo al sistema (Silva Sedano, 2020).

¿Si se hiciera una retrospectiva, que le dejaría a la metodología de presupuestos máximos y que cambiaría, realmente que haríamos en esos dos ejercicios?

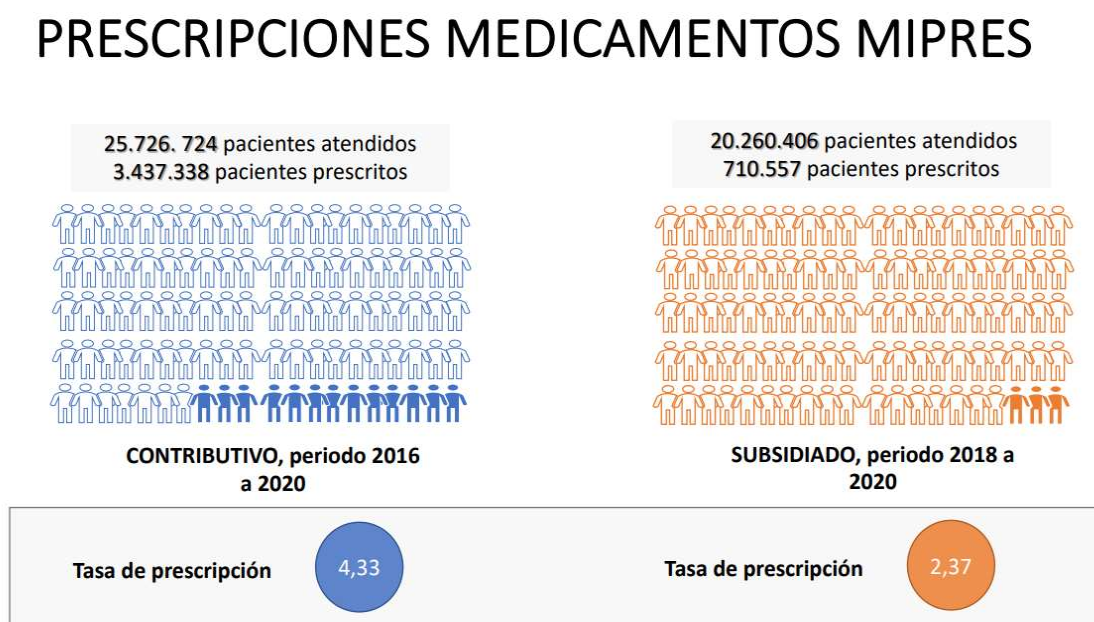
Primero: Las fuentes de información para la construcción de los presupuestos máximos, fue con un altísimo grado de inequidad social entre la asignación de recursos para el régimen contributivo y el régimen subsidiado. Segundo: eliminaría el Artículo 10 que tiene que ver con la garantía de los servicios para las personas enfermedades huérfanas. Tercero: revisaría los indicadores en resultados en salud, los cuales no se están construyendo. Cuarto: revisar la asignación de presupuestos si fue la pertinente o no, para garantizar el Artículo 12 de la ley estatutaria participación efectiva de la ciudadanía a la toma de decisiones del sistema de salud, ya que sacar una norma de tanta trascendencia desde la construcción hasta la puerta en marcha requiere la participación activa de los actores del sistema. Hay muchas cosas para mejorar en la metodología, mayor presupuesto, mayor control y la formulación de indicadores para resultados en salud. Aplicación de Presupuestos máximos aumentó la inequidad social, la asignación presupuestal de 3.4 Billones para el régimen contributivo y 600 mil millones para el régimen subsidiado. 600 mil millones para atender a ciudadanos del régimen subsidiado es irrisorio, las fuentes de información en el régimen subsidiado no eran claras y robustas, en el contributivo por MIPRES se tenían los datos más claros, en donde se reitera la inequidad entre el régimen contributivo y el subsidiado (Silva Sedano, 2020).

En el observatorio interinstitucional de presupuestos máximos, dirigido por el MSC Antonio Romero, de la Asociación Colombia Saludable, se evidencian los siguientes datos relevantes en cuanto al comportamiento de la demanda de servicios NO PBS tanto para el

régimen contributivo como para el régimen subsidiado, desde la entrada en marcha de presupuestos máximos:

En la figura 7, se podrá observar los usuarios atendidos y que presentaron una prescripción de servicios NO PBS en una línea determinada de Tiempo.

**Figura 7.** *Numero de prescripciones de medicamentos por régimen en líneas de tiempo con corte al año 2020.*

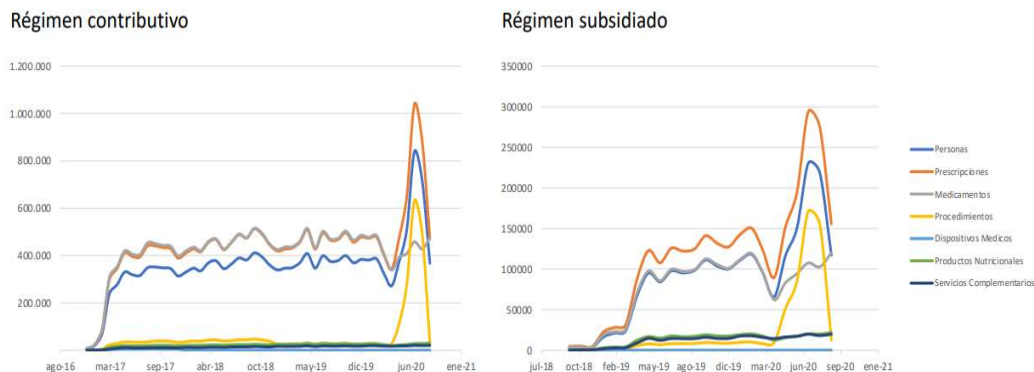


Fuente: (Observatorio Interinstitucional Presupuestos Máximos, 2020).

Al analizar las tasas de prescripción de tecnologías NO PBS, se evidencia que la tasa de prescripción del régimen subsidiado corresponde al 54% de la tasa de prescripción del régimen contributivo. Situación que alarma, con relación a un presupuesto asignado para el régimen subsidiado de solo el 15% de la totalidad de los presupuestos máximos para el año 2020.

**Figura 8.** Demanda de prescripciones por tipo de tecnología 2016 - 2020.

## COMPORTAMIENTO DE LAS GENERALIDADES MIPRES, 2016 - 2020



*Nota:* se puede evidenciar un descenso en las prescripciones entre abril a junio del 2020, lo que podría ser un efecto colateral por la pandemia COVID-19, en donde a partir del mes de Julio de 2020, se aprecia un incremento de prescripciones. Fuente: (Observatorio Interinstitucional Presupuestos Máximos, 2020).

**Figura 9.** Comparativo MIPRES segundo y tercer trimestre del 2018 Vs 2020

### COMPARATIVO GENERALIDADES, MIPRES SEGUNDO Y TERCER TRIMESTRE, 2018 - 2020

#### Régimen Contributivo

Generalidades	2018	2019	2020
Pacientes	3,73%	2,78%	69,17%
Prescripciones	5,07%	2,57%	62,86%
Medicamentos	4,71%	2,70%	19,38%
Procedimientos	2,64%	4,31%	173,43%
Dispositivos Medicos	28,57%	-7,25%	390,48%
Productos Nutricionales	6,54%	3,90%	30,80%
Servicios Complementarios	13,73%	3,63%	12,91%

Generalidades	Segundo trimestre			Tercer trimestre		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Pacientes	914.403	945.691	1.003.264	948.515	971.945	1.697.175
Prescripciones	1.348.470	1.392.764	1.469.625	1.416.893	1.428.596	2.393.367
Medicamentos	1.357.790	1.407.510	1.139.879	1.421.699	1.445.499	1.360.794
Procedimientos	125.222	80.952	422.032	128.533	84.443	1.153.967
Dispositivos Medicos	147	138	21	189	128	103
Productos Nutricionales	65.853	79.130	65.886	70.162	82.215	86.178
Servicios Complementarios	37.386	51.141	53.708	42.519	52.998	60.643

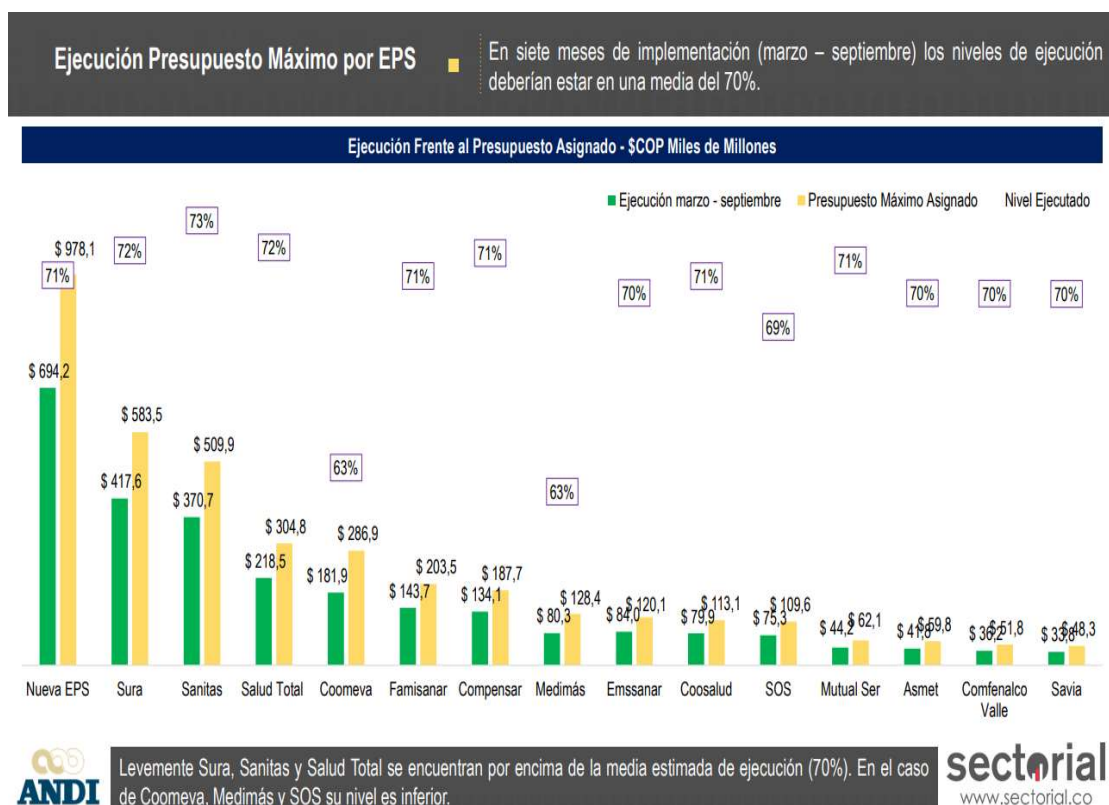
#### Régimen Subsidiado

Generalidades	2019	2020
Pacientes	17,45%	72,41%
Prescripciones	16,65%	66,16%
Medicamentos	16,10%	37,81%
Procedimientos	20,70%	131,79%
Dispositivos Medicos	62,65%	142,86%
Productos Nutricionales	16,34%	36,08%
Servicios Complementarios	19,60%	20,37%

Generalidades	Segundo trimestre		Tercer trimestre	
	2019	2020	2019	2020
Pacientes	214.278	292.267	251.659	503.883
Prescripciones	319.515	436.103	372.730	724.616
Medicamentos	254.990	239.635	296.052	330.252
Procedimientos	20.413	146.401	24.639	339.346
Dispositivos Medicos	83	21	135	51
Productos Nutricionales	44.066	45.443	51.266	61.840
Servicios Complementarios	35.990	47.937	43.043	57.700

*Nota:* Al compararse el tercer trimestre del 2019 Vs tercer trimestre 2020, se evidencia un incremento de prescripciones especialmente en los procedimientos, lo que puede corresponder a las prescripciones de pruebas COVID-19. Para los demás servicios, se evidencia un incremento de prescripciones a nivel general en régimen subsidiado que en el régimen contributivo. Asimismo, otra causa de este fenómeno puede corresponder a la movilidad entre regímenes por la tasa de desempleo generada por la pandemia del COVID-19. Lo anterior, hace complejo del análisis tangible de las variaciones de la demanda de servicios NO PBS para el año 2020 con relación al año 2019. Fuente: (Observatorio Interinstitucional Presupuestos Máximos, 2020).

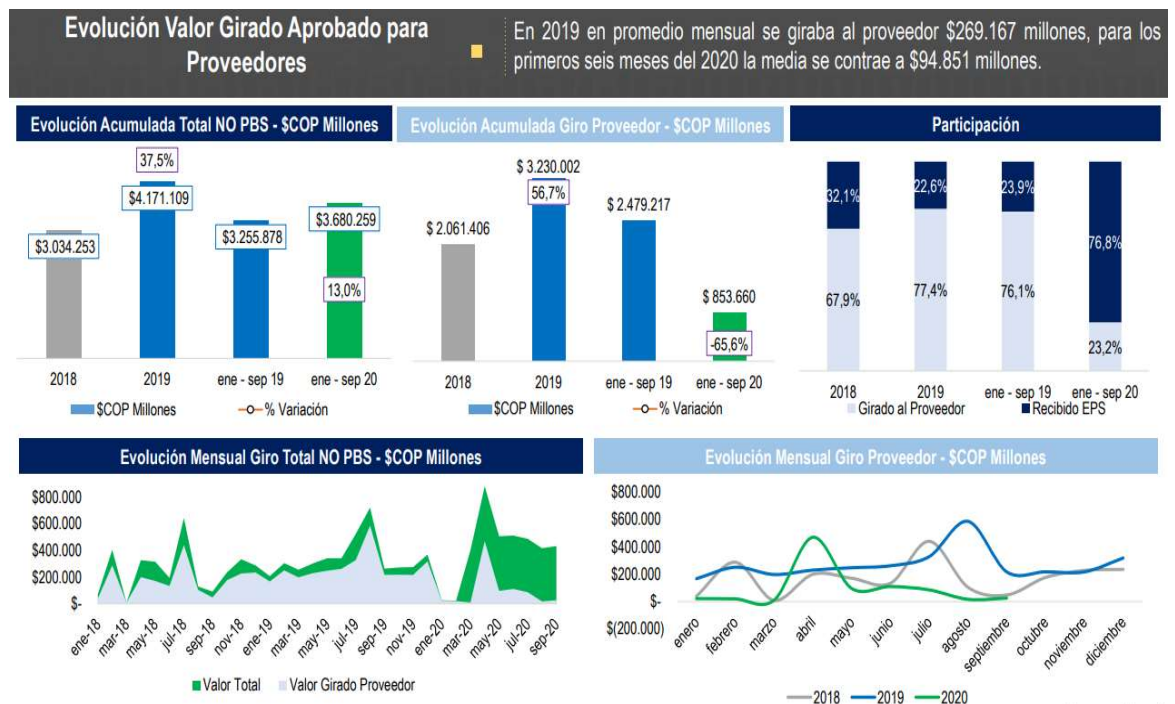
**Figura 10.** Ejecución del presupuesto máximo de marzo a septiembre del 2020



Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

En la figura 10, se evidencia que la ejecución promedio del presupuesto máximo para las 15 EPS analizadas por la ANDI, en su informe de octubre del 2020 se evidencia una ejecución del 70%, en donde surgen las siguientes incógnitas: 1, ¿podrá ser un efecto de la disminución de la demanda de servicios NO PBS durante la cuarentena por la pandemia generada por Covid-19? 2. ¿realmente se han aplicado modelos de atención, y estrategias en la negociación entre los diferentes actores del sistema, que estén generando una eficiencia en el gasto?, 3. Se están presentando barreras de acceso para las tecnologías NO PBS en pro de contención del gasto? 4. ¿Es posible que el valor de lo ejecutado no contemple servicios sin facturar por las IPS y sin reportar en los módulos de facturación y suministro de MIPRES?, en donde no se evidencia un análisis por parte del ente regulador ADRES a octubre del 2020, que pueda explicar este fenómeno.

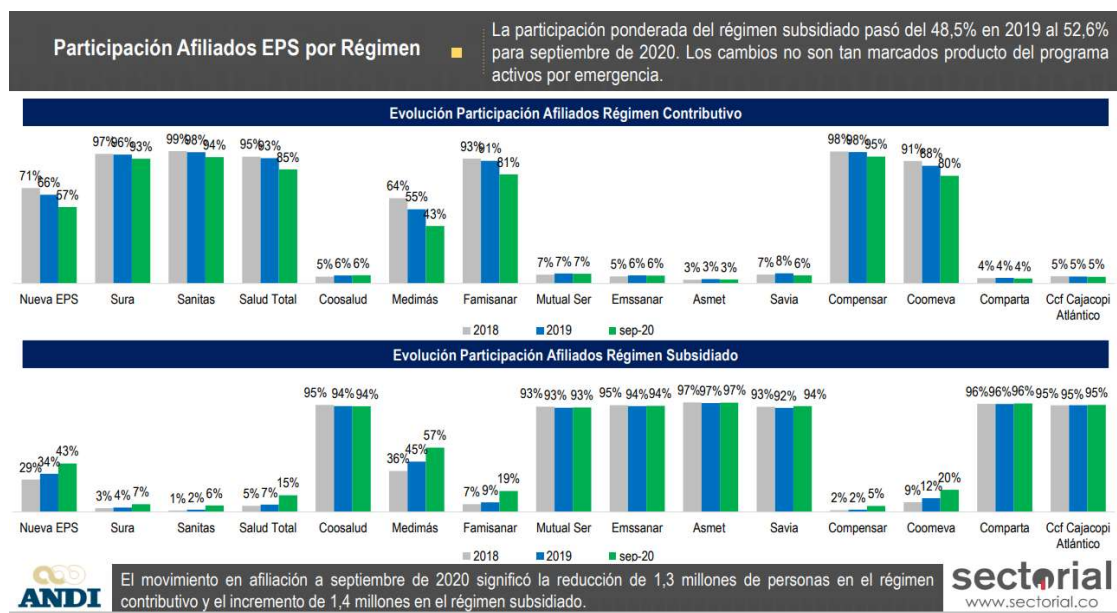
**Figura 11.** Análisis de valores girados a los proveedores, con relación a los valores recibidos por las EAPB años 2018, 2019 y 2020



*Nota:* En la figura 11, se detallan los valores girados por la ADRES a las EAPB, y asimismo como las EAPB giran recursos a sus proveedores, en donde se evidencia disminución de flujo de estos recursos a los proveedores en el año 2020. Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

En la figura 11, se evidencia la disminución de pagos por el mecanismo de giro directo a las IPS u operadores logísticos. Efecto secundario, al giro mensual anticipado de los presupuestos máximos directamente a las EPS, en donde se evidencia un cumplimiento de fluidez de recurso para los aseguradores, pero no hay cifras de evidencia que estos recursos recibidos por las EAPB, hayan sido girados a las IPS, operadores logísticos y proveedores. Lo anterior, es de vital importancia, ya que el prestador es quien asume la financiación de primera línea, la atención en salud de los afiliados, y un bajo flujo de recursos a los prestadores, ponen en riesgo la atención de los pacientes. Adicional, no se evidencia un mecanismo de equidad de pago para todas las instituciones prestadores de servicios de salud.

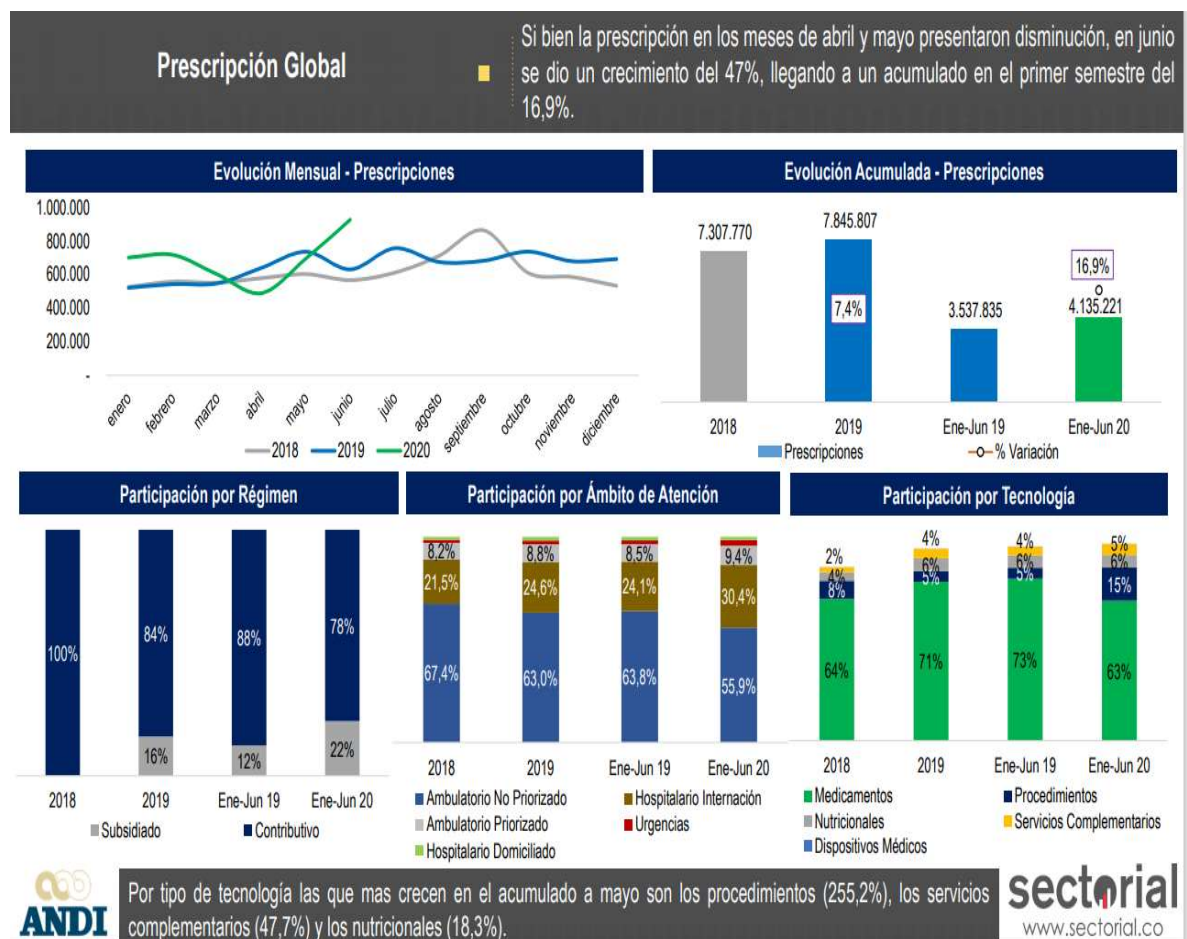
**Figura 12. Participación de afiliados por régimen años 2019 y 2020**



Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

La participación de afiliados por régimen muestra un incremento importante para el año 2020 en el régimen subsidiado, que contrasta con un descenso en las afiliaciones del régimen contributivo. Este efecto, se podría explicar por la movilidad entre regímenes secundaria a la tasa de desempleo de Colombia, la cual inicio en “enero del 2020 con una tasa 10.2% , y pasar a una tasa de 15,8% a septiembre del 2020” (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020) ocasionada por la pandemia de COVID-19.

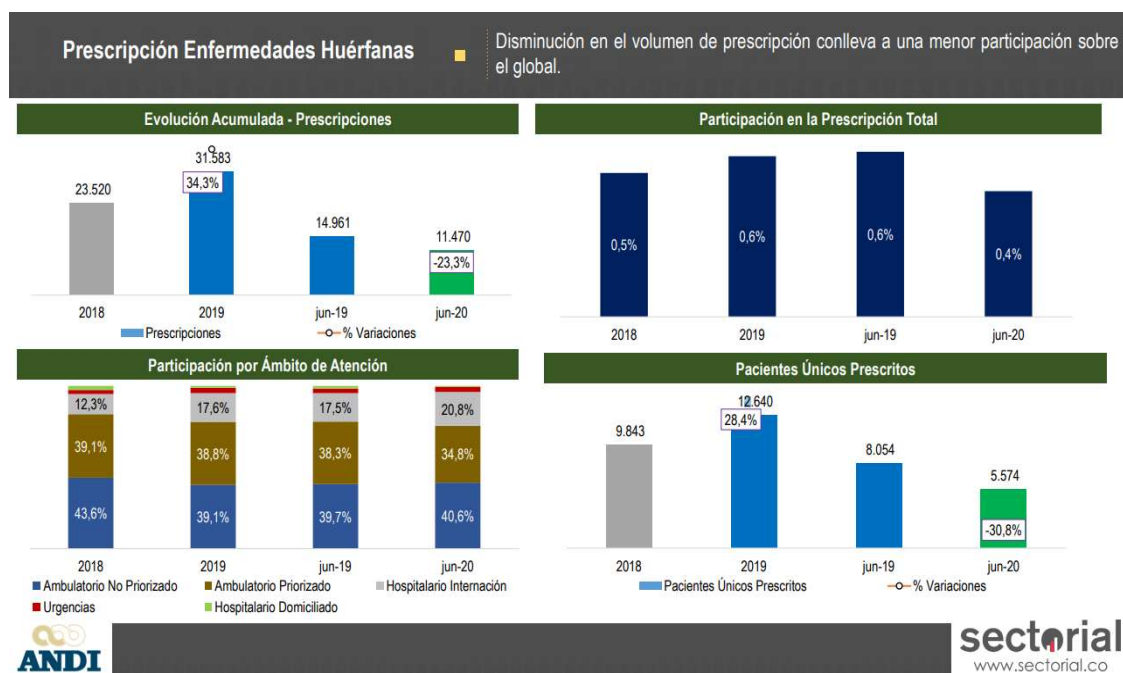
**Figura 13. Comportamiento de las prescripciones años 2018, 2019 y 2020**



Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

Al analizar la participación de prescripciones por régimen en el año 2019, las prescripciones del subsidiado correspondían al 12% mientras que, en el año 2020, su participación sobre la totalidad de prescripciones aumento a 22%, con relación al del contributivo que presenta una participación del 78% de las prescripciones. Bajo esta arista, se podría inferir que la asignación presupuestal de techos para el contributivo debe ser mayor a la del subsidiado para el año 2020. Pero, no se evidencia una ejecución de ese 22% con relación al presupuesto asignado, en donde se pueda concluir si este fue suficiente para dar cobertura a las prescripciones de este régimen.

**Figura 14.** *Prescripciones de paciente con Enfermedades Huérfanas años 2018, 2019 y 2020.*

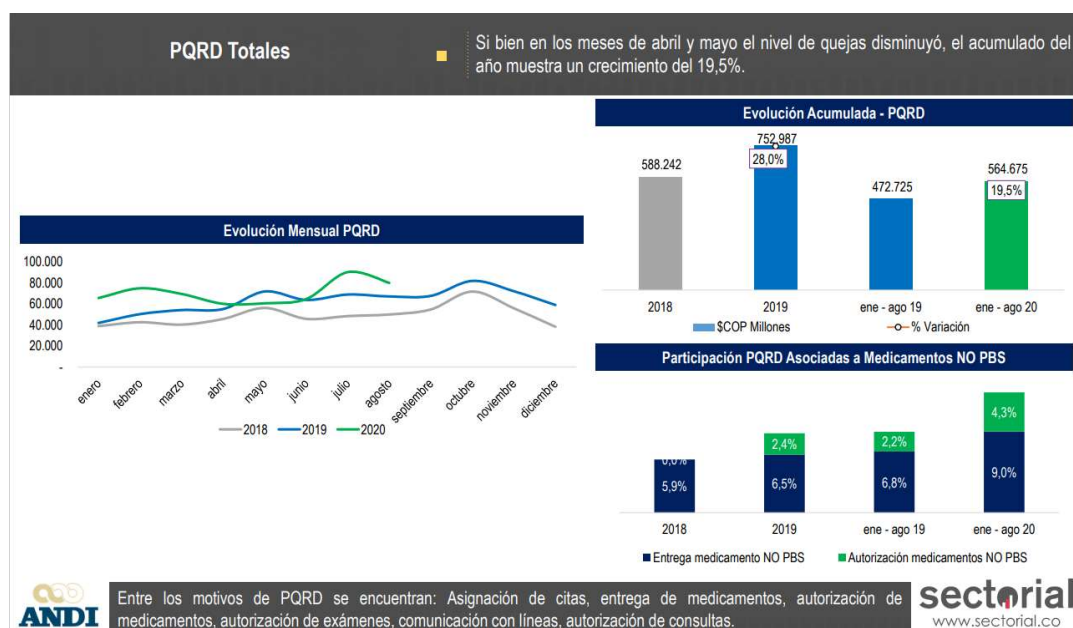


Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

Cuando se analiza el comportamiento de las prescripciones de junio del 2020 con relación a junio del 2019, se evidencia disminución significativa en las prescripciones para

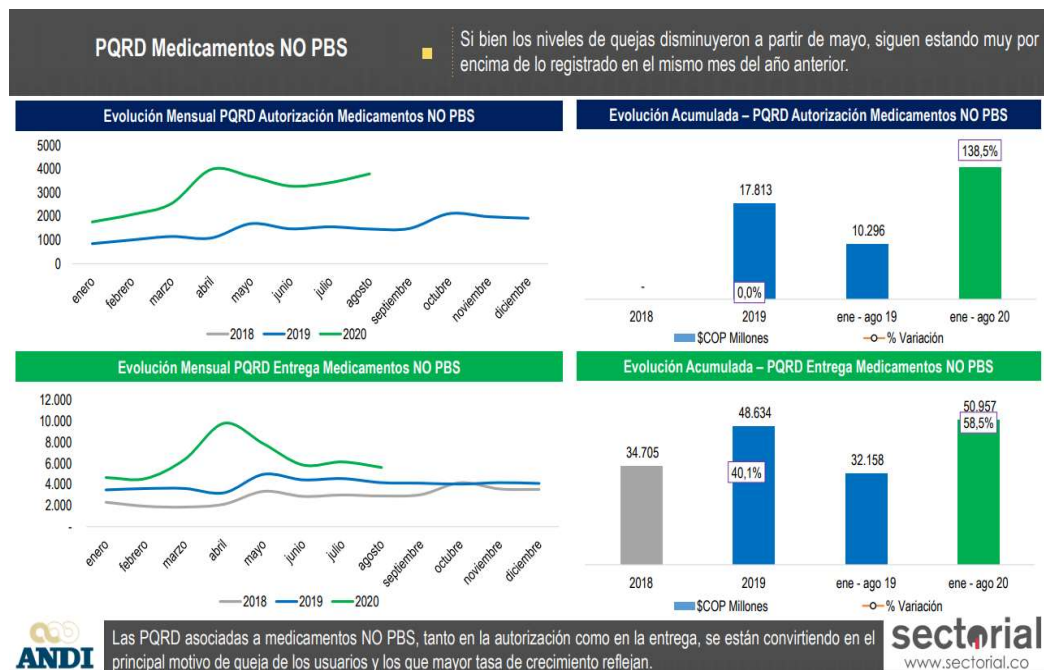
los pacientes que conviven con alguna enfermedad huérfana. En donde se podrían inferir las siguientes causales del anterior fenómeno. La primera, podrían existir barreras de acceso, secundarias al artículo 10 de la resolución 205 del 2020. Segundo, Ausencia de consulta o controles médicos, secundarios a la cuarentena por la pandemia de Covid-19. En donde se evidencia posibles causas adicionales, ya que estos pacientes son consultadores crónicos y permanentes demandantes de sus tecnologías NO PBS. Además, teniendo en cuenta la prescripción de los pacientes diagnosticados desde marzo del 2020, no se tendría una justificación para la disminución de prescripciones y pacientes con enfermedades huérfanas.

**Figura 15.** Comparativo de PQRD en los años 2018, 2019 y 2020.



*Nota:* La figura 15 refleja el comportamiento de las PQRD en una línea de tiempo del 2018 al 2020 y su participación de la misma por oportunidad y/o acceso a tecnologías NO PBS. Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

**Figura 16. Análisis de PQRD generadas por Medicamentos NO PBS**



Fuente: (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI, 2020).

La satisfacción de los usuarios se puede medir de cierta forma, con la medición de PQRS ante las EAPB. Para el año 2020, se evidencia incremento en las PQR por acceso a tecnologías NO PBS, lo cual no tiene razón de ser, al evidenciarse un flujo de recursos entregados a los aseguradores de formas anticipadas, tal como se ha ilustrado en el presente documento. Lo anterior, puede obedecer a barreras de acceso por falta de preparación de las EPS para la entrega de medicamentos en momentos de pandemia, retraso en la autorización o barreras de acceso, asociadas a la contención del gasto. Las razones del aumento de las PQR por acceso a tecnologías NO PBS, no son identificables con las fuentes de información, pero hay un trabajo pendiente en el camino por recorrer desde la implementación en presupuestos máximos.

Con el fin de investigar la perspectiva de la entrada en vigor de la resolución 205 y 206 del 2020, por parte de los pacientes que sufren la enfermedad Atrofia Muscular Espinal, quienes son los pacientes que requieren del medicamento Nusinersen, principio activo excluido de los presupuestos máximos mediante el artículo 9 de la resolución 205 del 2020 de forma explícita, que presenta un costo superior a los \$250.000.000 por vial, y que adicional dicho valor lo asume en primera instancia la IPS mientras el paciente es registrado en SIVIGILA, se decide revisar como ha sido el impacto para los pacientes usuarios de este medicamento, ya que se considera un riesgo para la sostenibilidad financiera tanto para la IPS como para las EAPB y a su vez, podría desencadenar barreras de acceso a los paciente que aplican al tratamiento con este medicamento, el cual, a su vez es catalogado como uno de los medicamentos menos costo-eficientes en el mundo. Se acudió a la Asociación FAMECOL, en donde se realizó una entrevista a la presidenta María Isabel Acevedo.

“FAMECOL (Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia) es una fundación privada, sin ánimo de lucro, constituida en abril del 2013” (Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara y Sofía, 2020).

La misión de la fundación, según la Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara y Sofía (2020):

FAMECOL trabaja por la sensibilización de la sociedad y la opinión pública, hacia la problemática de vivir con una enfermedad rara, representar a los afectados ante los poderes públicos para reivindicar y defender sus derechos, así como reclamar el establecimiento de líneas políticas y de gestión, que promuevan la investigación, la divulgación y la creación de especialidades médicas, centros de referencia, así como la implantación de recursos

asistenciales de apoyo socioeconómico, presencia e integración en las entidades que tratan la problemática de las enfermedades raras a nivel nacional e internacional.

A continuación, se relaciona la experiencia por parte de FAMECOL, desde la implementación de la resolución 205 del 2020, en donde los pacientes afiliados a esta fundación se afectaron directamente para el acceso al medicamento Nusinersen, al estar excluido de forma explícita de los presupuestos máximos:

La entrevista fue brindada por la presidenta de FAMECOL, el día 27 de Octubre del 2020, en donde según la A. Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara & Sofía - FAMECOL, comunicación personal, 27 de octubre (2020):

En cuanto a barreras de acceso, para los pacientes diagnosticados desde el 1 de marzo, realmente ha sido complicado el proceso para el trámite de la autorización del medicamento por parte de la EPS y, asimismo, la formulación por parte de la IPS, debido al alto costo del medicamento y adicional que, desde la implementación de presupuestos máximos, es el prestador que asume la primera dosis del tratamiento hasta su reporte en SIVIGILA.

Desde la entrada en vigor, pueden pasar un lapso entre un mes y dos meses, desde que se prescribe el medicamento hasta su entrega. En donde, los tiempos para el régimen subsidiado pueden ser superiores, ya que los pacientes de este régimen son los más afectados.

Las situaciones que han presentado con los diferentes actores, según: la A. Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara & Sofía - FAMECOL, comunicación personal (2020):

IPS: La dualidad de la formulación por parte del médico, ya que la IPS debe asumir la primera dosis y esperar a que la EPS, presente el medicamento y que la ADRES lo rembolsa a la IPS, pero también está la necesidad de la formulación del mismo.

EPS: La demora de la autorización, negación del servicio para motivar las acciones de tutelas. Los procesos se dilatan más, para los pacientes del régimen subsidiado. Desde la autorización del medicamento por parte de la EPS, la administración no está tan inmediata, ya que mientras la EPS hace el trámite con el laboratorio, corren más días para la dispensación final.

Las barreras de acceso son más evidentes para los pacientes nuevos, que para los diagnosticados desde marzo 2020.

El impacto para FAMECOL desde la implementación de la resolución 205 y 206 de 2020 refieren que ha sido Negativo.

Las IPS están asustadas ante la formulación de medicamentos huérfanos, ya que ellos deben asumir el costo de la primera dosis, mientras la ADRES les reembolsa.

Negativo: Motivación para acceder a los tratamientos mediante fallos de tutela.

Están pidiendo la reconfirmación del diagnóstico por parte de la ADRES, a pesar de que esta patología tiene su prueba confirmatoria Gold Estándar.

Perjudicó principalmente a los pacientes de enfermedades huérfanas. La posible solución desde FAMECOL para los problemas que se han presentado desde la resolución de 205 y 206 del 2020 es que se debería excluir

de la presente resolución, el acceso de tecnologías no PBS para paciente con enfermedades huérfanas y emitir una resolución aparte para estos.

Todo lo anterior, describe los impactos de la resolución 205 y 206 del año 2020, desde diferentes perspectivas en su primer semestre de implementación, con el fin de lograr la identificación de bondades y dificultades generadas por el acto administrativo, en un momento que se cruza con la crisis generada en la pandemia por COVID-19, lo cual podría generar algunas brechas en los atributos objeto de estudio en el presente análisis, como los oportunidad y acceso a la hora de requerir un servicio NO PBS a partir del 1 de marzo del 2020.

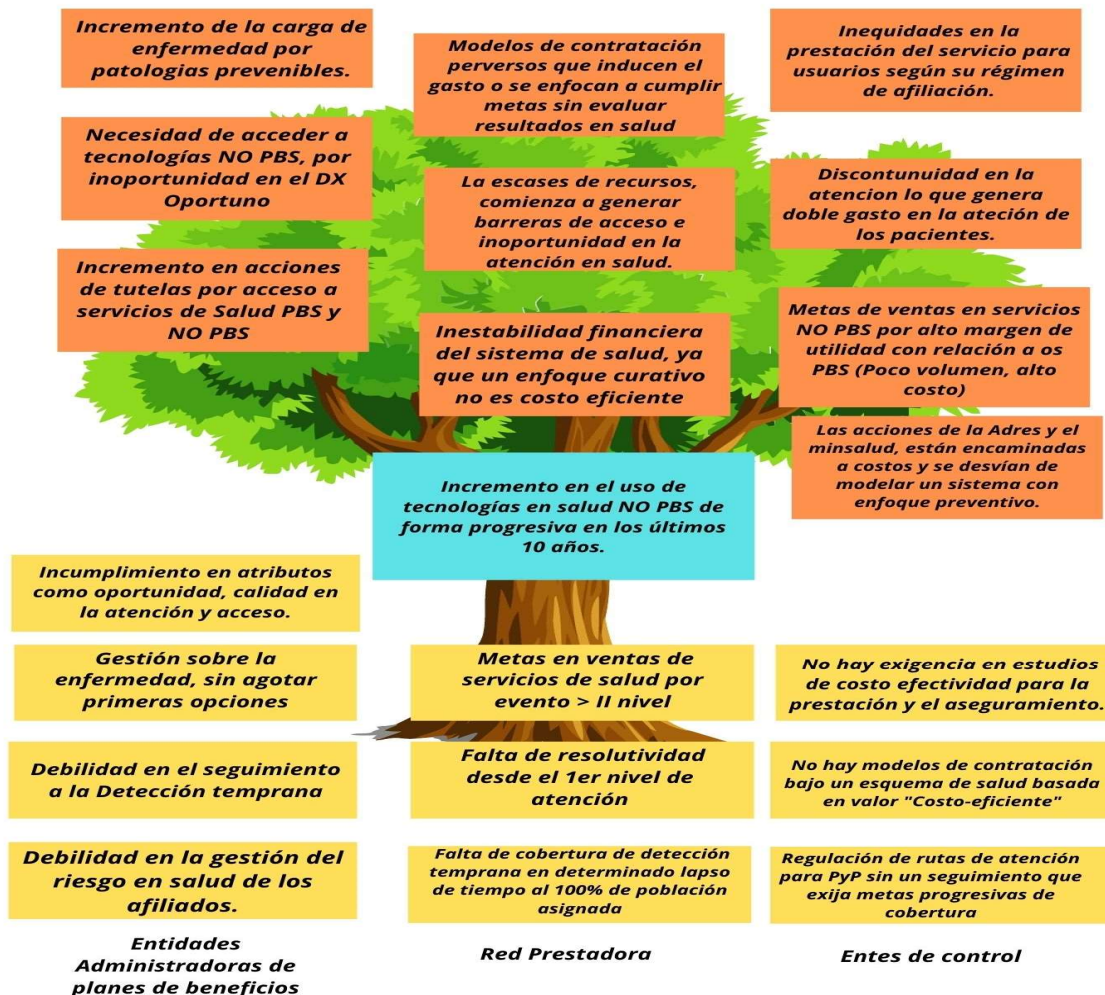
#### **4. Análisis de la problemática en el sistema de seguridad social en salud, que llevó a los presupuestos máximos como una posible solución para el financiamiento de las tecnologías en salud NO PBS.**

Posterior al análisis, sobre la implementación en el primer semestre de los presupuestos máximos y la perspectiva de cada uno de los actores, se realiza una posible causalidad de las conductas en el sistema de salud, que ha inducido el incremento de las tecnologías NO PBS, en donde la mayoría de estos servicios, tienen un homólogo cubierto en el PBS, generando duda de que se hayan agotado las opciones terapéuticas del PBS para tratar alguna patología para los casos que aplique; entendiéndose que existen casos en donde los factores determinantes de la salud, no da opción terapéutica de primera línea diferente a una tecnología NO PBS, como lo son; el caso de algunas enfermedades huérfanas, servicios complementarios o nutriciones para el cuidado de la salud, entre otras.

A continuación, se ilustra las posibles fallas del sistema que han generado estas conductas que pueden llevar a inestabilidad financiera del sistema por el incremento de

servicios NO PBS, en donde al ir observando las causales, nos surge la siguiente pregunta: ¿Son los presupuestos máximos la solución para evitar un desequilibrio financiero en el sistema de salud sin afectar la salud de los colombianos?

**Figura 17.** Posibles causas del incremento en el uso de tecnologías NO PBS



*Nota:* La problemática identificada que lleva a la implantación de la resolución 205 y 206 del 2020, se ilustra mediante el método de Árbol de problemas, con el fin de llegar a una solución que se pueda transformar a economía en escala y no como algo cíclico que

continuará creciendo y trasladándose a un tema financiero y no de gestión del riesgo en salud.

Fuente: Elaboración propia 2021.

Con el fin de dar respuesta la pregunta formulada con anterioridad “¿Son los presupuestos máximos la solución para evitar un desequilibrio financiero en el sistema de salud sin afectar la salud de los colombianos? Se considera importante, revisar los actos administrativos que se derivan de la resolución 205 y 206 del 2020 para el año 2021, en cuanto a los ajustes para el presupuesto asignado en el año 2020, la metodología del cálculo para el año 2021 y el valor asignado por entidad para el mismo año.

El 22 de diciembre de 2020, se emite la resolución 2459 con el objetivo de realizar el ajuste a los presupuestos establecidos para la vigencia del año 2020, mediante la resolución 206 del 2020. La razón, fue posterior al análisis realizado por la ADRES y el Grupo Técnico de Apoyo a la comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, al identificar entidades aseguradoras con riesgo de sobrepasar el techo presupuestal (Resolución 2459 del 22 de Diciembre del 2020).

La metodología del cálculo para el ajuste fue diferente con relación al cálculo de la resolución 205, ya que en esta ocasión no se toma histórico de recobros, si no la relación de suministros de tecnologías NO PBS en MIPRES, en donde se evidenciaron EAPB con alto riesgo de superar el presupuesto máximo.

Lo anterior, puede corresponder a dos situaciones, la primera es que existan brechas en el cálculo de la resolución 205 y Resolución 206, ya que el presupuesto máximo no fue suficiente para lo suministrado en MIPRES para el año 2020, y la segunda, que la demanda de tecnologías NO PBS incrementó para el año 2020, situación que es menos probable en un año que coincide con la pandemia por COVID-19 en donde probablemente el suministro de

servicios haya disminuido secundario por las cuarentenas y el temor de los usuarios al asistir a consultas, procedimiento y demás.

**Tabla 3.** *Ajuste realizado a los presupuestos máximos asignados en el año 2020, según resolución 2459 del 2020.*

<b>Régimen</b>	<b>Número de Afiliados</b>	<b>Valor del presupuesto máximo res 206 del 2020</b>	<b>Valor del ajuste al presupuesto máximo Res 2459 del 2020</b>
Contributivo	22.909.679	\$3.333.679.923.783	\$94.920.193.368
Subsidiado	22.808.930	\$594.572.228.671	\$112.841.550.330
<b>Total</b>	<b>45.718.609</b>	<b>\$3.928.252.152.454</b>	<b>\$207.761.743.698</b>

*Nota:* Las cifras se toman de la resolución 206 del 17 de febrero del 202, la resolución 2459 del 2020, y el número de afiliados, se toma del ministerio de salud, cifras-aseguramiento con corte a diciembre del 2019. Fuente: (Resolución 206 del 17 de febrero del 2020), (Resolución 2459 del 22 de Diciembre del 2020)

Con el ajuste definido en la resolución 2459 del 2020, queda un valor asignado para presupuestos máximos de \$4.136.013.896.152 para la vigencia del 1 de marzo al 31 de diciembre del 2020, valores que debían ser girados a las EAPB antes del 31 de diciembre del mismo año.

Para la vigencia del año 2021, el Ministerio de Salud emitió la resolución 043 del 21 de enero del 2021, “Por la cual se fija el presupuesto máximo a transferir a cada una de las Entidades Promotoras de Salud y Entidades Obligadas a Compensar en los cuatro primeros meses de la vigencia 2021” (Resolución 043 del 21 de Enero del 2021, p. 1).

La razón de publicar los presupuestos máximos para el primer cuatrimestre, se da, porque para el 21 de enero del 2021, no se contaba con la totalidad de registros reportados en MIPRES como Suministrados con corte al 31 diciembre, insumo requerido para el cálculo de los presupuestos máximos de toda la vigencia del 2021 (Resolución 043 del 21 de Enero del 2021).

El valor asignado mediante la resolución 043 del 2021 para los meses de enero, febrero, marzo y abril fue de \$1.431.495.571.510 para el régimen contributivo y \$266.362.519.667 para el régimen subsidiado, en donde el valor se estimó sobre la misma asignación del año 2020, mientras se analizaban la totalidad de tecnologías NO PBS suministradas en MIPRES, insumo base para el cálculo de los presupuestos máximos para el año 2021.

El ministerio de salud publicó en la sección de normatividad nueva, un proyecto de resolución con la proyección de presupuestos máximos para el año 2021. La publicación se realizó el 30 de marzo del 2021, con plazo para radicar comentarios hasta el 9 de abril del 2021. Los valores proyectados se ilustran en la siguiente tabla:

**Tabla 4.** *Comparativo de presupuesto máximo asignado año 2020 Vs proyecto resolución asignación presupuestos máximos 2021.*

Régimen	Presupuesto asignado año 2020 (Res 206 y 2459 del 2020)	Promedio asignación mes 2020	Proyecto de resolución para la Asignación de presupuestos 2021	Promedio asignación mes 2021	Análisis Horizontal
Contributivo	\$3.428.600	\$ 342.860	\$4.001.975	\$ 333.497	97%
Subsidiado	\$707.413	\$ 70.741	\$907.243	\$75.603	107%
<b>Total</b>	<b>\$4.136.013</b>		<b>\$4.909.218</b>		

*Nota:* Cifras expresadas en miles de millones de pesos. El promedio mes del año 2020, se calcula sobre 10 meses ya que los presupuestos iniciaron el 1 de marzo del 2020, mientras que la asignación para el año 2021, fue para los 12 meses. Para las cifras del año 2021, se toman del proyecto resolución publicado en el ministerio de salud en la página de [minsalud/normatividad/nuevo](#) el día 30 de marzo del 2021, con comentarios al 9 de abril del 2021, por lo que el dato no es definitivo. Fuente: (Resolución 206 del 17 de febrero del 2020), (Resolución 2459 del 22 de Diciembre del 2020).

Al observar el análisis horizontal de los presupuestos asignados en el año 2020 con relación al año 2021, se evidencia una disminución del 3% para el régimen contributivo, mientras que para el régimen subsidiado se evidencia un incremento del 7%, en donde preocupa la forma del cálculo, el cual se fundamenta con base en las tecnologías registradas en el módulo de suministro de MIPRES por parte de las IPS, generando duda si en realidad se tiene la certeza de que el 100% de tecnologías NO PBS prescritas por el médico tratante y que fueran objeto de cobertura de techos presupuestales, hayan sido reportadas y facturadas en el mismo periodo en el módulo de suministro de MIPRES.

Si bien es cierto, la resolución 205 del 2020, delegó a las EAPB el seguimiento de la dispensación y reporte del suministro de las prescripciones direccionadas a su red de prestadores, es complejo garantizar que las IPS lo realicen en su totalidad.

Por lo anterior, se evidencia un sesgo en el cálculo sobre lo reportado en MIPRES ya que por temas de proceso en las IPS o fallas del aplicativo MIPRES, no todo lo dispensado resulta reportado en la herramienta, creando una alta probabilidad de que el presupuesto no esté aterrizado con las prescripciones realizadas.

Para concluir, el manejo de las tecnologías NO PBS presentan dos complejas situaciones; la primera se describen en el árbol de problemas de la figura 17 en donde no se está atacando el problema de raíz con el fin de lograr una economía en escala al potencializar la atención primaria y mitigar el uso de tecnologías NO PBS y la segunda, consiste en definir un presupuesto máximo con fallas en su cálculo, delegando la administración del mismo a la EAPB con el riesgo de inestabilizar los recursos de la UPC correspondiente del PBS y en cadena, poner en riesgo la atención de los paciente por posibles barreras de acceso e inoportunidad a los paciente que ya cuentan con patologías en tratamiento en curso con tecnologías NO PBS.

#### **5. Recomendaciones para el mejoramiento y manejo de la resolución 205 y 206 del 2020, por parte de los diferentes actores analizados en el presente estudio de caso.**

Posterior a la identificación de los diferentes hallazgos, descrito en el análisis general de la aplicabilidad, implementación e impactos por la resolución 205 y 206 del 2020, surgen algunas recomendaciones como resultado del presente estudio, las cuales se describen a continuación:

##### **5.1. Asignación de una única UPC o prima por usuarios diferentes a enfermedad huérfana del régimen contributivo y subsidiado, para la financiación de servicios complementarios, alimentos para propósitos médicos especiales y tecnologías en salud PBS y NO PBS.**

La asignación de una UPC que cubra todas las tecnologías en salud autorizadas en el país, para la atención integral de los usuarios del régimen contributivo y subsidiado, se plantea bajo la premisa que aplique para todos los usuarios excepto para los pacientes con

enfermedades huérfanas, a quienes se propone más adelante en el presente análisis de caso, una propuesta diferenciadora para esta población.

El fundamento de la presente propuesta, parte de que en el momento las EAPB reciben la prima para la cobertura de servicios contemplados en el PBS, en donde asumen el riesgo financiero y legal por la gestión del riesgo en salud de sus afiliados.

Y por otra parte, reciben los recursos anticipados para el presupuesto máximo, en donde hay algunas ambigüedades, ya que las EAPB deben dar cumplimiento a todas las obligaciones del artículo 4 de la resolución 205 del 2020, pero ¿el reconocimiento de la administración de esta gestión, de que fuente será financiada por la EAPB? Además, la responsabilidad legal en caso de que los presupuestos no alcancen ya que dicha atención, debe ser financiada exclusivamente con el rubro de presupuestos, la responsabilidad legal y financiera la asume la EAPB, pero sin derecho al reconocimiento de un rubro destinado para la financiación de todas estas actividades, con una alta posibilidad de barreras de acceso para los usuarios e inoportunidad para la adecuada gestión del riesgo la población afiliada.

Por lo anteriormente expuesto se exponen algunas recomendaciones, que podrían darle viabilidad a la presente propuesta de la siguiente manera:

**Figura 18.** Modelo para la propuesta de asignación UPC con cobertura a un plan de atención en salud.



*Nota:* Lo anterior, ilustra los componentes necesarios para poder operativizar la propuesta de fijar una UPC con cobertura a un plan integral de salud en reemplazo de la asignación de recursos por presupuestos máximos. Fuente: Elaboración propia 2021.

## 5.2. Diseño de Plan Integral de Salud para el manejo de pacientes con enfermedades Huérfanas.

Uno de los principales impactos que pone en riesgo el acceso a las tecnologías en salud NO PBS para pacientes con enfermedades huérfanas son los artículos 9 y 10 de la resolución 205 del 2020, en donde, se identifica una necesidad de modificación a la resolución, como la exclusión de los pacientes con estas patologías de los presupuestos máximos, siendo necesario el cálculo de una UPC diferencial basada en concepto epidemiológicos y demográficos, medicina basada en la evidencia, entre

otros; que permita un adecuado costeo y manejo de las patologías, que garantice el acceso oportuno al tratamiento de la enfermedad, en donde se propone el siguiente esquema de intervención para esta población:

**Tabla 5.** *Propuesta para el modelo de atención y cobertura de tecnologías NO PBS en paciente con enfermedades huérfanas.*

<b>Paso</b>	<b>Qué?</b>	<b>¿Quién?</b>	<b>Impacto</b>
1	Diseñar guía de práctica clínica por enfermedad.	Ministerio de Salud, Instituto de evaluación de tecnologías en salud, instituto nacional de salud e instituciones prestadoras de salud que cuenten con la experiencia en el manejo de dichas patologías.	Abre la puerta a la implementación del modelo de atención a paciente con enfermedades huérfanas, fomenta la medicina basada en la evidencia y la investigación a estas patologías
2	Regulación de precios a medicamentos indicados para el tratamiento de enfermedades huérfanas	Ministerio de Salud, Instituto de evaluación de tecnologías en salud	Que exista costo beneficio para los pacientes y el sistema de salud, el pago de las tecnologías en salud requeridas para el tratamiento de la enfermedad. Aumento de estudios de costo-efectividad y Costo-beneficio.
3	Realización Nota Técnica del tratamiento integral de la enfermedad.	Ministerio de Salud, Entidad Administradora de plan de beneficios, Instituciones prestadoras de salud y el instituto de evaluación de tecnologías en salud.	Definición acertada y precisa del costo del manejo de la enfermedad, basado en necesidades asociadas al tratamiento y no datos históricos por recobros presentados.
4	Definición de UPC diferencial por DX año.	Ministerio de salud	Defina de una forma racional, la financiación de las tecnologías PBS y NO PBS para el manejo de enfermedades huérfanas.
5	Confirmación del Diagnóstico	Institución Prestadora de salud	Garantiza el acceso al tratamiento oportuno y pertinente de la enfermedad.

6	Reporte a SIVIGILA en un periodo inferior a 30 días	Institución Prestadora de salud	Garantiza el acceso al tratamiento oportuno y pertinente de la enfermedad.
7	Integración entre SIVIGILA y MIPRES, para la trazabilidad de prescripción de servicios con enfermedad huérfana. Evitar marcaciones manuales.	Ministerio de Salud	Mejora la calidad de la información, de tecnologías prescritas NO PBS a pacientes con diagnóstico confirmado. Estimula y obliga el oportuno reporte a SIVIGILA. Posible inclusión de la cuenta de alto costo, para el control de enfermedades huérfanas diferente a hemofilia.
8	Reconocimiento de la UPC diferencial de enfermedades huérfanas a la EAPB desde el mismo mes de la confirmación del Diagnóstico.	Administradora de recursos del sistema general de seguridad social – ADRES	Separación de las fuente de financiación para paciente con enfermedades huérfanas.
9	Ingreso del paciente al programa de atención integral de la enfermedad.	Entidad administradora de plan de beneficios e Institución prestadora de servicios de salud.	Garantiza el acceso al tratamiento oportuno y pertinente de la enfermedad.
10	Creación de centros de excelencia para el manejo de enfermedades huérfanas: Rutas integrales de atención, equipos multidisciplinarios.	Institución Prestadora de salud	Seguimiento oportuno y pertinente que garantice el adecuado control de la enfermedad, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.
11	Modelos de contratación por resultados entre asegurador y prestador, en donde se definan metas enfocadas al adecuado control de la enfermedad, con indicadores que controlen atributos de	Entidad administradora de plan de beneficios e Institución prestadora de servicios de salud.	Eliminación de barreras de atención por deficiencias financieras bien sea por parte del asegurador y/o prestador.

---

calidad como acceso,  
oportunidad,  
racionalidad técnico-  
científica, entre otros.

---

*Nota:* La anterior ilustración es una propuesta para el manejo de paciente con enfermedades huérfanas incluyendo el acceso a tecnologías en salud PBS y NO PBS. Fuente: Elaboración propia 2021.

### **5.3. Propuesta para la centralización en la compra de Nusinersen y modelo de acceso a la tecnología a pacientes con atrofia muscular espinal.**

Una de las posibles soluciones que se plantea para el modelo de presupuestos máximos enfocado en medicamentos de alto costo como lo es Nusinersen, es el modelo de compra centralizada.

Lo anterior, se propone con base a dos criterios explicados a continuación. El primero se basa en lo descrito en el artículo 88 según la Ley 1753 de (2015):

Negociación centralizada de medicamentos, insumos y dispositivos. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) establecerá los mecanismos para adelantar negociaciones centralizadas de precios de medicamentos, insumos y dispositivos. Los precios resultantes de las negociaciones centralizadas serán obligatorios para los proveedores y compradores de medicamentos, insumos y dispositivos de servicios de salud y estos no podrán transarlos por encima de aquellos precios. El Gobierno Nacional podrá acudir subsidiariamente a la compra directa de medicamentos, insumos y dispositivos. (p.41)

Adicional, al marco normativo enunciado que habilita la compra centralizada del medicamento Nusinersen, se revisan los conceptos técnicos por el IETS, en donde según Instituto de evaluación tecnológica en salud\_ IETS (2019):

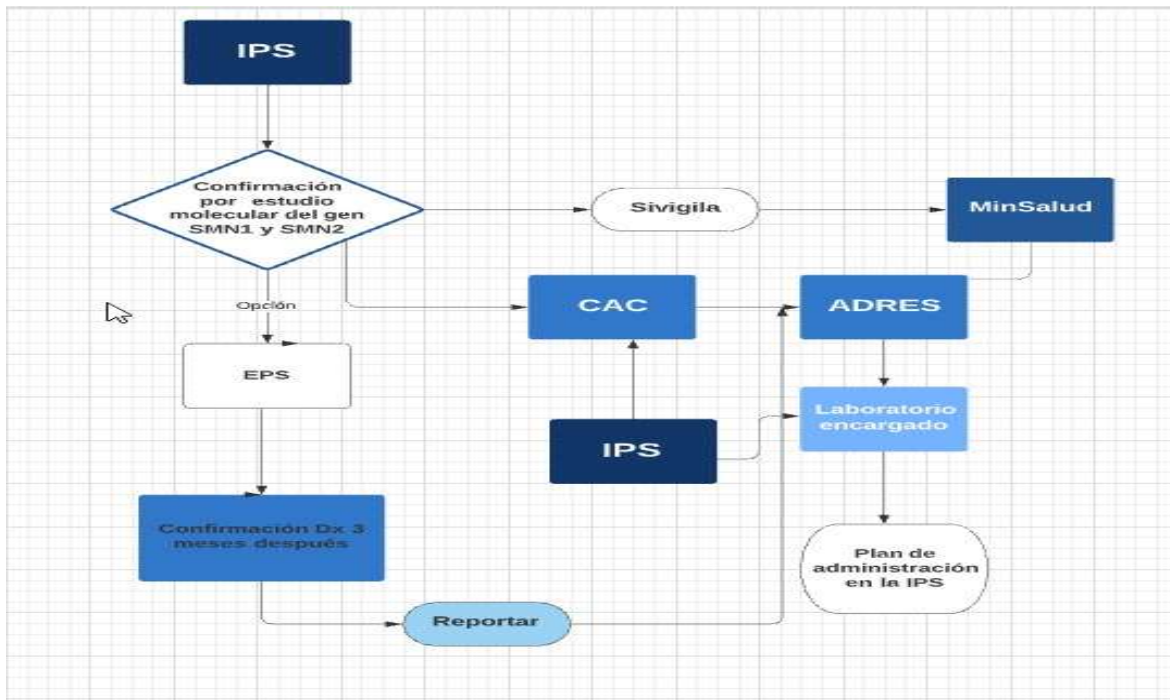
La evidencia científica disponible a la fecha sobre la seguridad y eficacia del medicamento Nusinersen no es conclusiva; aún existen dudas sobre el impacto real en la historia natural de la enfermedad, así como su potencial perfil de seguridad, debido a que se trata de una tecnología reciente, que es empleada en un número reducido de pacientes, con ensayos clínicos en curso que aún abordan aspectos fundamentales de la terapia. A pesar de esto, la FDA aprobó Spinraza (Nusinersen) en diciembre de 2016 y EMA aprobó su uso en mayo de 2017. En Colombia, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) otorgó el registro sanitario en abril de 2019. (p.11)

Con base en lo anterior, bajo la premisa de que existe un marco normativo que habilita la compra centralizada y existen estudios que corroboren la seguridad y eficacia del medicamento, el cual es costoso para el sistema de salud y catalogado como poco, costo efectivo, se plantea que la compra centraliza que permite el control de la formulación y aplicación de la molécula.

Además, por ser un medicamento de tan alto costo, el cual debe asumir inicialmente su financiación la IPS o la EAPB, puede generar inestabilidad financiera y alteración de flujo de caja para los actores del sistema, mientras se incurre en el procedimiento del recobro ante la ADRES, definido en la resolución 3512 del 4 de diciembre del 2020 la cual “se modifica y adiciona a la Resolución 2152 de 2020 el proceso de verificación, control y pago de los

numerales 9.4, 9.7 y 9.9 del artículo 9 de la Resolución 205 de 2020 y se dictan otras disposiciones” (Resolución 3512 del 4 de Diciembre del 2020, p. 1).

**Figura 19.** Propuesta de centralización de compra medicamento Nusinersen



*Nota:* Lo anterior, esquematiza la propuesta para la compra centralizada del medicamento con principio activo Nusinersen como, asimismo, proponer el modelo de dispensación y los actores inmersos en el mismo. Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con el esquema propuesto, es importante recordar que bajo la resolución 205 del 2020, en lo que respecta a medicamentos de alto costo para el tratamiento de enfermedades huérfanas, explícitamente el caso del medicamento Nusinersen, de acuerdo a la figura 19 X, este modelo inicia con la prescripción del medicamento por parte del profesional de la salud al paciente y su posterior confirmación con la prueba molecular del gen SMN1 y SMN2 y su reporte al SIVIGILA. Sin embargo, en vez de que la EAPB deba realizar la licitación con el laboratorio encargado y autorizar la dispensación del

medicamento y realizar un proceso de recobro ante la ADRES, se propone que el ministerio junto con la ADRES, realicen la compra centralizada de los medicamentos con principio activo Nusinersen, siendo el único tratamiento indicado para la atrofia muscular espinal y único en su clase para tratar a los pacientes con esta patología. Adicional, se propone la intervención y seguimiento por parte de la cuenta de alto costo, quien tiene la experiencia de hacer seguimiento a la patología Infección por Hepatitis C, quien también cuenta con un modelo de compra centralizada para el tratamiento de pacientes con Hepatitis C.

La compra centralizada, aplicaría para medicamentos prescritos por el médico tratante u ordenados por un fallo de tutela, en donde la EAPB y la IPS se encargue únicamente del proceso de distribución, el suministro de la molécula y demás tratamiento de los pacientes, y la financiación sea directamente entre la ADRES y la casa farmacéutica autorizada por el INVIMA para la venta del mismo.

En este modelo es importante garantizar los siguientes pasos o procesos a definir:

- Es importante que los pacientes estén reportados en un sistema de información donde se encuentren todos sus datos de contacto actualizados.
- La EAPB deberá tener un manejo del Control de la situación de salud de cada paciente para poder realizar el seguimiento.
- La casa farmacéutica encargada de comercializar Nusinersen apoyará con la entrega del medicamento en las IPS de administración y en el entrenamiento a los profesionales de la salud inmersos en el proceso de aplicación. Adicional, podrá generar un reporte semanal a las IPS y EAPB de los planes de seguimiento donde se deberá registrar cuando y como se están entregando el medicamento con las fechas establecidas.

- Es importante que por parte de la IPS se mande el reporte al Ministerio de Salud y la EAPB las prescripciones y seguimiento de entrega de medicamento para así poder tener control de cada paciente.

Es importante mencionar que la EAPB será el ente responsable de velar por la continuidad y la integralidad de la atención de los pacientes donde se garantizará la oportunidad diagnóstica, seguimiento y adherencia al tratamiento evitando barreras de acceso. Asimismo, la IPS prestará la atención en salud de manera intramural, ambulatoria o también si se debe atención domiciliaria donde se privilegiará la adherencia y minimiza las barreras de acceso.

Una de las partes importante para que el modelo sea exitoso es el adecuado reporte y seguimiento de los pacientes, la EAPB debe ser responsable del aseguramiento de la población, donde deberán realizar el monitoreo y seguimiento de los pacientes a través de la IPS.

Los profesionales de salud a cargo de la atención deberán reportar al SIVIGILA los pacientes que se han diagnosticado con atrofia muscular de acuerdo con los lineamientos vigentes. La EAPB exigirá a la IPS el diligenciamiento de la información de seguimiento y monitoreo y remitirá los datos a la cuenta de alto costo.

La cuenta de Alto Costo será responsable de consolidar, analizar y entregar la información al Ministerio de salud y Protección Social para que así mismo con toda esta data consolidada podamos tener la información exacta y pertinente para que el modelo sea exitoso.

Posterior a los análisis abordados en el presente trabajo, el ministerio de salud emitió la resolución 586 de 2021, con el fin de modificar la resolución 205 del 2020.

Lo anterior, debido a que en el año 2020 durante la implementación de los presupuestos máximos, hubo una mayor disponibilidad de información por parte de los actores del sistema, por lo que el ministerio consideró necesario realizar unos ajustes a la resolución 205 de 2020, sustituyendo su contenido general, a excepto las metodologías adoptadas en la misma (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021).

La resolución 586 de 2021, reitera mediante su artículo 4, numeral 4.1, la importancia de garantizar la atención integral a los usuarios por parte de las EAPB, recalcando la necesidad de implementar un modelo de atención integrado con tecnologías financiadas tanto con la UPC y con presupuestos máximos, en donde los actores estarán en la obligación de concertar guías de práctica clínica que brinden calidad, oportunidad y continuidad en los tratamientos a los usuarios (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021). Pero a su vez, integra el concepto de atención bajo el marco de gestión del riesgo en salud, en donde las EAPB deberán caracterizar y gestionar a los paciente diagnosticados con enfermedades huérfanas (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021). Aun así, con la inclusión de estos conceptos, se mantiene la recomendación de generar una UPC diferenciadora e integral para estos pacientes y la regulación y seguimiento para la atención integral de esta población, ya que transcurrieron catorce meses aproximadamente entre las dos resoluciones y queda la incógnita del avance por parte de las EAPB en esta apuesta de los presupuestos máximos en materia de ser la gestión en riesgo en salud, la economía en escala que podría lograr la sostenibilidad financiera.

Otro cambio que contempla hace referencia a los actores interesados en ingresar tecnologías en salud que no cuenten con una alternativa terapéutica en el país deben ser elevadas para evaluación antes el IETS, en donde la entidad interesada, será la encargada de financiar dicho estudio. Asimismo, durante el estudio de dichas tecnologías, no estarán cubiertas con los presupuestos máximos mientras se encuentren en proceso de estudio, en donde su financiación será mediante la figura del recobro ante la ADRES (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021). Lo anterior, da más claridad con relación a la resolución que le antecede, la cual indicaba que solamente la ADRES podría solicitar y financiar evaluaciones ante el IETS.

Pero el cambio más relevante de cara a los pacientes, se identifica en el artículo 10 de la resolución 586 del 2021, el cual hace referencia a la financiación de los medicamentos indicados para tratamiento de enfermedades huérfanas, el cual delega la financiación del valor del tratamiento farmacológico que requieran los pacientes diagnosticados durante la vigencia del presupuesto por parte de la EAPB, quien a su vez, podrá solicitar el reembolso ante la ADRES bajo el mecanismo de recobro o cobro. De esta manera, se retira el condicionamiento de que la IPS asuma la financiación de estos medicamentos hasta un mes después de su registro en SIVIGILA, como estaba descrito en el art 10 de la resolución 205 del 2020 (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021). Este cambio, se considera de impacto positivo para los pacientes con estas patologías, ya que mitiga el riesgo de barreras de acceso para el inicio del tratamiento, por temor a la no capacidad de financiación por parte de las IPS.

Otro cambio identificado, dentro del mismo artículo, hace referencia al registro de pacientes en el nuevo registro de enfermedades huérfanas en aras de hacer mas oportuno

dicho reporte, debido a la tramitología que requiere el registro en SIVIGILA. Dicho reporte, ya no será condicionante para iniciar tratamientos a pacientes con sintomatología sospechosa de enfermedad huérfana, mientras la IPS realice la confirmación del diagnóstico en un término no superior a 60 días (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021), situación que si se consideraba como barrera de acceso en la resolución 205 del 2020.

En cuanto a la metodología del cálculo del presupuesto, la resolución 586 del 2021, señala que anualmente el ministerio definiría dicha metodología, lo que coincide con el cálculo del presupuesto para el año de 2021, el cual se basa con los registros en el módulo de suministro y facturación de MIPRES, siendo este último diferente al utilizado en los presupuestos máximos calculados para el año 2020 (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021).

Otro aspecto positivo de cara a las instituciones prestadoras de salud, se da en el artículo 13, párrafo 4 de la resolución 586 del 2021, en donde las EAPB podrán aprobar el giro directo a sus prestadores o proveedores, con cargo a los presupuestos máximos y exigirá un informe a las EAPB, de los giros realizados a sus proveedores en aras de hacer seguimiento de la oportuna dispersión de los recursos (Resolución 586 del 7 de mayo del 2021). Lo anterior, siendo una conducta sana y justa, con el fin de que los recursos lleguen oportunamente a las entidades que asumen en primera instancia el gasto de estas tecnologías en salud, situación que no se refleja en el informe realizado en octubre del 2020 por la ANDI relacionado en el presente estudio.

Con base en lo descrito en la resolución 586 del 2021, se puede concluir que las mejoras deben ir enfocadas a eliminar barreras de acceso, siendo la mejor práctica y menos engorrosa para todos los actores del sistema de salud, unificando un plan único de salud, UPC unificada y diferenciadora para paciente con enfermedades huérfanas con el fin de dirigir

esfuerzos a la gestión integral en salud con los recursos ya establecidos por cálculos epidemiológicos, que contemplen carga de enfermedad y riesgo en salud de la población, en vez de tener presupuestos sujetos de múltiples ajustes y con presencia aun de la figura del recobros, siendo un proceso costoso para los actores del sistema en salud.

## **6. Conclusiones**

En el presente estudio de caso se pretendió mostrar y definir los antecedentes y análisis de los impactos de la normatividad que define los presupuestos máximos para las tecnologías NOPBS, en donde se realizó una búsqueda exhaustiva del histórico manejo del sistema de salud, tanto antes de la ley de 100 del 1993 como después de esta, y de cómo se empezaron a administrar los recursos de acuerdo con el plan de beneficios de salud y la financiación a las tecnologías NO PBS al día de hoy.

Al analizar la metodología del cálculo de la Resolución 205 y 206 del 2020, se considera impreciso para la financiación de las tecnologías NO PBS, ya que se fundamentó en hechos causados y reportados mediante los recobros antes la ADRES para el caso del régimen contributivo y en la débil información que tenía el ente territorial para el régimen subsidiado.

Se considera que la resolución 205 y 206 del 2021, fue una medida económica por el ministerio de salud y la ADRES, con el fin de controlar y frenar el crecimiento de los recobros por servicios NO PBS por parte de las EAPB, considerándose como un bolsillo roto para el acceso a estas tecnologías en salud.

La resolución de presupuestos máximos, si bien logró mejorar el flujo de caja de las EAPB en el año 2020, al recibir este recurso financiero de forma anticipada, deja la

preocupación a futuro si en el mismo año 2020, se detectó el gasto real causado en esa misma vigencia fiscal, ya que los ajustes del presupuesto del año 2020 se realizaron con base en el suministro de las IPS, con el vacío de tener la certeza de que el 100% de tecnologías dispensadas hayan quedada reportadas en MIPRES. Por lo anterior, en caso de que año tras año, lleguen cobros de facturas a las EAPB de vigencias anteriores, ¿se tendrá la provisión para esos pagos?

Con base en una de las metas de la resolución 205 en su artículo 4, en donde se proponen mejorar la gestión del riesgo por parte de las EAPB, con el fin de que el acceso a tecnologías NO PBS fuera sostenible, el informe de la ANDI muestra un incremento de las prescripciones en el primer semestre del año 2020, a pesar de encontrarnos en un año atípico afectado por pandemia por el COVID-19 y en donde se disminuyó la consulta de algunos pacientes en el primer semestre del 2020.

Una de las claridades que hace la resolución, es brindar el acceso a tecnologías NO PBS y PBS de forma integral a los usuarios, sin que los presupuestos máximos afecten dicha atención en términos de acceso y oportunidad, en donde, sí se analiza desde la arista a la prescripción de Servicios NO PBS en MIPRES por parte de los profesionales de la salud, se podría concluir que no hay barreras de acceso, quedando la interrogante si asimismo se está dando el acceso a la hora del suministro efectivo de las tecnologías NO PBS al paciente ya que al bajar la asignación de techos presupuestales, el suministro no tiene relación con lo prescrito. Asimismo, se evidencian barreras de acceso en especial para pacientes con enfermedades huérfanas e incremento en PQR como se muestra en el informe de la ANDI referenciado en el presente análisis de caso.

Definitivamente, se traslada la gestión del riesgo y una carga financiera injustificada a las IPS, al tener que asumir el primer mes de tratamiento para los paciente con enfermedades huérfanas diagnosticados a partir del 1 de marzo del 2020 y que este reembolso se realice mediante el mecanismo del recobro ante la ADRES por parte de la EAPB, en donde el giro es directamente ADRES-IPS, dependiendo del trámite administrativo del asegurador sin garantizar unos tiempos límite de cartera para que la IPS recaude esas prestaciones. Bajo esta premisa, esto pone en riesgo la atención de los pacientes, ya que inicialmente es la IPS quien asume los costos financieros de la atención en el sistema de salud. Con el agravante, para las IPS que deben suministrar el medicamento Nusinersen, en donde el tratamiento de un paciente puede superar los \$1.000.000.000 (mil millones de pesos), siendo esta cifra una gran proporción sobre la facturación de una IPS en Colombia.

Se reconoce como bondad de las resoluciones 205 y 206 del 2020, la eliminación del recobro siendo un proceso administrativo costoso para el sistema de salud, y que desviaba fuerzas que podrían ser utilizadas en la debida gestión del riesgo en salud por parte del asegurador.

Otra bondad, es el flujo de caja que genera a las aseguradoras, pero queda el interrogante, la oportunidad en la que estos recursos, están llegando a la prestación, operador logístico o casa farmacéuticas.

Al analizar los actos administrativos que se derivan de la resolución 205 y 206 del 2020, para los presupuestos máximos del año 2021, no se considera efectiva esta medida, en virtud de que el cálculo se irá haciendo sobre el reporte de las IPS en el módulo de suministro de la herramienta MIPRES, lo que genera la siguiente pregunta: ¿Entre más reportes de suministro haya en el sistema, más se irán aumentando los presupuestos máximos a cada

EAPB? En donde surgen las demás incógnitas ¿Seguirán ajustando los presupuestos al ver que las EAPB puedan correr con riesgo de superación del mismo? o ¿por qué la aseguradora, posiblemente no esté apuntándole a un sistema de salud preventivo si no curativo que evite que los profesionales de salud tomen como primera alternativa terapéutica servicios NO PBS?.

Lo anterior, son preguntas que serán resueltas con el tiempo, siempre y cuando los entes de control realicen seguimiento del ciclo de la atención de los usuarios y no sea un monitoreo netamente económico.

Puede que las recomendaciones plasmadas en el presente estudio de caso, tengan avances normativos por parte del ministerio de salud o la ADRES, pero es imperativo la operativización de los mismos, como lo es un enfoque a redes integrales de salud, pero se considera que Colombia se quedó en redes integradas, en donde no se ha llegado a la meta de lograr la atención primaria en salud como puerta de entrada al sistema, lo que en realidad le generaría esa tan anhelada economía en escala que daría una real estabilidad financiera al sistema, con atributos de calidad en la atención en salud.

Los actores del sistema en salud se han dedicado al atender el día a día de la situación en salud, pero por esa operatividad del día vivir de las organizaciones, no permite desplegar actividades enrutadas a una demanda inducida a su población, con el fin de que sea el aseguramiento que llegue a los usuarios sanos y no esperar que los pacientes enfermos lleguen al sistema, generando siniestralidades altas al sistema por enfermedades prevenibles.

Por tratarse de un acto administrativo tan reciente en el sector salud, la información publicada en páginas fuentes oficiales fue limitada, en donde con base a la información obtenida y referenciada en el presente estudio, se considera que, si se pudo identificar algunos

impactos tanto negativos como positivos de la resolución, partiendo de la arista de cada uno de los actores abordados. De la misma forma, se declara que se puede tener un sesgo de información, ya que la implementación de las resoluciones 205 y 206 se cruzaron con uno de los años más difíciles del país, en las últimas décadas de índole económico, político, social y de salud como consecuencia por la pandemia por COVID-19.

### Referencias bibliográficas

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2020).

*Resolución 3512 del 4 de diciembre del 2020.* (4 de diciembre de 2020).

[https://www.adres.gov.co/Portals/0/ADRES/Normas/2020/Resoluciones/Resoluci%C3%B3n%203511%20de%202020%20\(Modifica%20la%20R.%2041656\).pdf?ver=2020-12-10-161756-670](https://www.adres.gov.co/Portals/0/ADRES/Normas/2020/Resoluciones/Resoluci%C3%B3n%203511%20de%202020%20(Modifica%20la%20R.%2041656).pdf?ver=2020-12-10-161756-670)

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2020a).

*Presente y futuro de los presupuestos máximos* [Conversatorio virtual]. Conversatorio virtual por la salud. Asociación Colombia Saludable. Bogotá.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud. (2020b).

*Congreso Nacional de Salud «Los retos del sector salud 2020 Efectos de la pandemia, presupuestos máximos y saneamiento»* [Congreso Virtual]. Congreso Nacional de Salud, Bogotá.

Asamblea Nacional Constituyente. (1991). *Constitución Política de Colombia.* (4 de julio de 1991).

<https://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%20202015.pdf>

- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, A. (2020). Entrevista a la Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral—ACEMI [Comunicación personal].
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI. (2020). *Flujo de Recursos NO PBS a septiembre 2020 Prescripción medicamentos a junio 2020* (Informativo N.º 1; Cámara de Industria Farmacéutica, p. 21). Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI. [www.sectorial.co](http://www.sectorial.co)
- Calderón, L. A. T., & Prada, S. I. (2019). *El Sistema General De Seguridad Social En Salud De Colombia*. 37.
- Cepeda Espinosa. (2008). *Sentencia T-760-08 de la Corte Constitucional de Colombia*, (julio de 2008). <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-760-08.htm>
- Céspedes Londoño, J. E., Jaramillo Pérez, I., & Castaño Yepes, R. A. (2002). *Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia*. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1003-1024. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400008>
- Congreso de la república de Colombia. (1990). *Ley 0010 de 1990*. Diario Oficial 39137 de enero 10 de 1990 1 (1990). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>
- Congreso de la república de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Diario Oficial No. 41.148 (1993). <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421>
- Congreso de la república de Colombia. (2007). *Ley 1122 de 2007*. Diario Oficial No. 46.506 de 9 de enero de 2007 (2007). [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html)

Congreso de la república de Colombia. (2011). *Ley 1438 de 2011*. Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011 (2011).

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)

Congreso de la república de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria No 1751 del 2015*. Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015 1 (2015).

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1751\\_2015.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html)

Congreso de la república de Colombia. (2015). *Ley 1753 del 2015*. Diario Oficial No 49538 del 09 de junio 2015 (2015). [http://www.suin-](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30019885#:~:text=LEY%201753%20DE%202015&text=(junio%2009)-)

[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30019885#:~:text=LEY%201753%20DE%202015&text=\(junio%2009\)-](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30019885#:~:text=LEY%201753%20DE%202015&text=(junio%2009)-)

[,por%20la%20cual%20se%20expide%20el%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo,Todos%20por%20un%20nuevo%20pa%C3%ADs%E2%80%9D.&text=Art%C3%ADculo%201%C2%B0.,del%20Plan%20Nacional%20de%20Desarrollo.](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=30019885#:~:text=LEY%201753%20DE%202015&text=(junio%2009)-)

Congreso de la república de Colombia. (2010). *Ley 1955 de 2019*. Diario Oficial No. 50.964 de 25 de mayo 2019 1 (2019).

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1955\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html)

Congreso de la república de Colombia. (2019). *Ley 1966 de 2019*. Diario Oficial No. 51.011 de 11 de julio 2019 1 (2019).

[http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1966\\_2019.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1966_2019.html)

Cooperativa Multiactiva de Desarrollo Integral COOSALUD EPS. (2020). *Presente y futuro de los presupuestos máximos* [Conversatorio virtual]. Conversatorio virtual por la salud, Asociación Colombia Saludable, Bogotá.

- Defensoría del pueblo. (2012). *La tutela y el derecho a la salud 2011: 20 años del uso efectivo de la tutela 1992-2011*. Defensoría del pueblo. Programa de salud.  
<https://www.queremosdatos.co/request/396/response/772/attach/8/La%20Tutela%20y%20el%20Derecho%20a%20la%20Salud%202011.pdf>
- Defensoría del pueblo. (2014). *Informe defensorial sobre la Tutela y el Derecho a la Salud*. Defensoría del Pueblo.  
<https://www.defensoria.gov.co/es/nube/noticias/291/Informe-defensorial-sobre-la-Tutela-y-el-Derecho-a-la-Salud-Informe-defensorial-Salud-Derechos-Humanos.htm>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). *Empleo y desempleo, Información septiembre 2020—DANE*. DANE información para todos.  
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/mercado-laboral/empleo-y-desempleo>
- Dirección de Regulación de Beneficios, Costos & y Tarifas del Aseguramiento en Salud. (2020). *Aplicación de la metodología para la definición del presupuesto máximo a transferir Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades obligadas a Compensar—EOC, en la vigencia 2020*. Biblioteca Digital Minsalud.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/documento-tecnico-presupuesto-maximo.pdf>
- Espinosa Torres, J. (2013). *El Derecho Fundamental A La Salud En Colombia: Base Teórica Y Jurisprudencial*. 8(1), 15.

Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara & Sofía - FAMECOL, A. (2020).

*Entrevista a la Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara & Sofía—FAMECOL* [Comunicación personal].

Fundación Atrofia Muscular Espinal Colombia Sara y Sofía. (2020). *Fundación Atrofia*

*Muscular Espinal Colombia Sara y Sofía—FAMECOL*. [www.famecolombia.org](http://www.famecolombia.org).  
<https://famecolombia.org/>

Gañán Echavarría, J. L. (2013). *De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en*

*Colombia*. 3, 13.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/SSA/natural-eza-juridica-derecho-salud-colombia.pdf>

Instituto de evaluación tecnológica en salud\_ IETS. (2019). *Lineamientos para el*

*desarrollo de una estrategia de uso adecuado de Nusinersen en Atrofia Muscular Espinal (incluyendo el perfil de seguridad)*.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/lineamiento-nusinersen-msps-iets.pdf>

Ministerio de Salud. (2011). *Resolución 3470 del 18 de agosto del 2011*. Diario Oficial No.

48.166 de 19 de agosto de 2011 \_\_\_\_ (2011).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCI%C3%93N%203470%20DE%202011.pdf>

Ministerio de Salud. (2019a). *Cifras Aseguramiento en Salud*. Cifras Aseguramiento en

Salud.

[https://public.tableau.com/views/CifrasAseguramientoenSalud\\_16166927767750/Aseguramiento?:embed=y&:showVizHome=no&:host\\_url=https%3A%2F%2Fpublic](https://public.tableau.com/views/CifrasAseguramientoenSalud_16166927767750/Aseguramiento?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic)

.tableau.com%2F&:embed\_code\_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate\_transition=yes&:display\_static\_image=no&:display\_spinner=no&:display\_overlay=yes&:display\_count=yes&:language=es&:loadOrderID=0

Ministerio de Salud. (2019b). *Comportamiento del aseguramiento*. Comportamiento del aseguramiento.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubdiado.aspx>

Ministerio de Salud. (2020a). *Resolución 205 del 17 de febrero del 2020*. Diario Oficial

No. 51230 del 17/02/2020 1 (2020). [http://www.suin-](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039961)

[juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039961](http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Resolucion/30039961)

Ministerio de Salud. (2020b). *Resolución 206 del 17 de febrero del 2020*. Diario Oficial

No. 51230 del 17/02/2020 \_\_\_\_ (2020).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=589](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Forms/DispForm.aspx?ID=5899)

9

Ministerio de Salud. (2020). *Resolución 2459 del 22 de diciembre del 2020*. Diario Oficial

No 51537 del 23/12/2020 \_\_\_\_ (2020).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202459%20de%20%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202459%20de%20%202020.pdf)

Ministerio de Salud. (2021). *Resolución 043 del 21 de enero del 2021*. Diario Oficial No

51565 del 22/01/2021 \_\_\_\_ (2021).

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20043%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20043%20de%202021.pdf)

Ministerio de Salud. (2021a). *Enfermedades huérfanas* [Salud]. [www.minsalud.gov.co. https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-huerfanas.aspx](http://www.minsalud.gov.co/https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PENT/Paginas/enfermedades-huerfanas.aspx)

Ministerio de Salud. (2021b). *MIPRES*. Portal SISPRO > Central Prestadores de Servicios > MIPRES. <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/MIPRES.aspx>

Ministerio de Salud. (2021c). *Resolución 586 del 7 de mayo del 2021*. Diario Oficial No. 51670 del 10/05/2021 \_\_\_\_ (2021). [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20586%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20586%20de%202021.pdf)

Ministerio de salud y protección social. (2015). *Resolución 1479 del 6 de mayo del 2015*. Diario Oficial No 49.504 de 7 de mayo de 2015 \_\_\_\_ (2015). [https://www.redjurista.com/Documents/resolucion\\_1479\\_de\\_2015\\_ministerio\\_de\\_salud\\_y\\_proteccion\\_social.aspx#/](https://www.redjurista.com/Documents/resolucion_1479_de_2015_ministerio_de_salud_y_proteccion_social.aspx#/)

MP Cepeda Espinosa. (2008). *Seguimiento a la sentencia T-760 de 2008*. Auto 035 del 30 de enero del 2009, auto 035 (Corte suprema de justicia 01 de 2009). <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/Autos/2009/A035-09.htm>

Observatorio Interinstitucional Presupuestos Máximos, D. (2020). *Presente y futuro de los presupuestos máximos* [Conversatorio virtual]. Conversatorio virtual por la salud, Asociación Colombia Saludable, Bogotá.

Silva Sedano, D. (2020). *Presente y futuro de los presupuestos máximos* [Conversatorio virtual]. Conversatorio virtual por la salud. Asociación Colombia Saludable. Bogotá.

Zamora, O. C. (2018). *Investigación proceso histórico de recobros al FOSYGA. tecnologías de salud no cubiertas por el plan obligatorio de salud* [Universidad Santo Tomás].

<https://doi.org/10.15332/tg.esp.2019.00020>