



MINSALUD



**TODOS POR UN  
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

# **Evaluación de procesos Resolución 1479 de 2015 – No POS Subsidiado**

## **Resumen Ejecutivo**

Bogotá, D.C., junio de 2017

**Dirección del documento, elaboración y edición:**

**Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales  
Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública**

Mario Fernando Cruz Vargas – Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales  
Gina Marcela Alba Díaz – Coordinadora Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política  
Pública

**Elaboración y edición del documento<sup>1</sup>:**

Jairo Núñez Méndez – Director  
Bibiana María Quiroga Forero – Investigadora  
María Angélica Ardila Lara – Asistente de investigación  
Lina Yahaira Suárez Ariza – Asistente de investigación  
Jair Alberto Arciniegas Barrera – Asistente de investigación  
Adix Arvey Moreno Moreno – Pasante

**Con la colaboración de:  
Dirección de Financiamiento Sectorial**

---

<sup>1</sup> Las opiniones expresadas en este estudio pertenecen a sus autores y no necesariamente reflejan los puntos de vista del Ministerio de Salud y Protección Social.

## Contenido

<b>1. Sobre la Evaluación</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Hallazgos y Conclusiones</b> .....	<b>9</b>
2.1 Definición de modelo .....	9
2.2 Implementación del modelo .....	14
2.3 Capacidad institucional .....	15
2.4 Articulación e incentivos .....	17
2.5 Prestación del servicio .....	18
2.6 Flujo de recursos y gasto no POS.....	19
<b>3. Recomendaciones</b> .....	<b>22</b>
3.1 Generales.....	23
3.2 Transversales.....	27
3.3 Específicas.....	30
<b>Referencias</b> .....	<b>34</b>

## Siglas

ATC	Sistema de Clasificación Anatómica, Terapéutica, Química
BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CTC	Comité Técnico Científico
CUM	Código Único de Medicamentos
CUPS	Código Único de Procedimientos
DFS	Dirección de Financiamiento Sectorial
DMAIC	Define, Measure, Analyze, Improve, Control
DNP	Departamento Nacional de Planeación
DOFA	Debilidades, Oportunidades, Fortalezas, Amenazas
DRBCyT	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas
DTS	Dirección Territorial de Salud
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Servicios de Salud
ET	Entidad Territorial
FCE	Factores Críticos de Éxito
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
FUT	Formulario Único Territorial
HCR	Hallazgos, Conclusiones, Recomendaciones
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IVC	Inspección, Vigilancia y Control
LES	Ley Estatutaria de Salud
MHCP	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MIPRES	Herramienta tecnológica “Mi prescripción”
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OAPES	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
OPS	Orden de Prestación de Servicios
PGN	Presupuesto General de la Nación
PISIS	Plataforma de integración del SISPRO
POS	Plan Obligatorio de Salud
PPNA	Población Pobre No Afiliada
REPS	Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
RIPS	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
SGP	Sistema General de Participaciones
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
Sisbén	Sistema de Selección de Beneficiarios
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SNS	Superintendencia Nacional de Salud
QCA	Qualitative Comparative Analysis
UPC	Unidad de Pago por Capitación

## 1. Sobre la Evaluación

La Resolución 1479 de 2015 surge con el fin de mejorar el proceso de cobro y pago de lo no incluido en el plan obligatorio de salud (POS) para el régimen subsidiado, tratando de dar solución a los inconvenientes presentados con la normatividad anterior, y considerando las competencias otorgadas a las entidades territoriales (ET) en la Ley 715 de 2011. Después de su entrada en vigencia, en el año 2016, desde el Viceministerio de Protección Social se planteó la necesidad de desarrollar una evaluación a la Resolución 1479 que permitiera identificar: i) la garantía de la oportunidad del flujo de recursos de las ET a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); ii) la mejora en el suministro de servicios y tecnologías no POS a los afiliados al régimen subsidiado; y iii) la articulación de las DTS con los prestadores y aseguradores de servicios de salud.

Es así como el Grupo de Estudios Sectoriales y Evaluación de Políticas Públicas planteó como objetivo realizar una evaluación de procesos, que permitiera determinar la adecuada implementación de la Resolución 1479 de 2015, así como el grado de articulación entre actores y los resultados (de forma secundaria) a nivel de fin y propósito de la misma. Con este objetivo se hizo necesaria la definición de tres componentes en la evaluación: i) procesos, que se refiere a la revisión y evaluación detallada de la implementación de la Resolución, revelando hallazgos sobre el diseño y/o aplicación de la misma; ii) institucional, considera el estudio de los actores, sus roles e incentivos; y iii) de resultados, plantea el análisis de los cambios en acceso y flujo de recursos después de la entrada en vigencia de la Resolución. Posteriormente, a partir de los tres componentes mencionados se diseñaron seis preguntas de investigación que reúnen los siguientes grandes temas: definición del modelo, implementación de la Resolución, capacidad institucional, articulación e incentivos entre los actores, prestación de los servicios y flujo de recursos.

**Figura 1. Preguntas de investigación de la evaluación**



Fuente: Elaboración del equipo evaluador.

Una vez se completó esta fase, se elaboró el diseño metodológico de la evaluación, en el que los instrumentos se trabajaron teniendo en cuenta la estructura de las preguntas de investigación. En la fase de análisis de la información, los hallazgos, las conclusiones y las recomendaciones se definieron de tal forma que dieran respuesta a cada una de las preguntas de investigación planteadas. Esta evaluación cuenta con un componente cualitativo amplio que hace uso de la cadena de valor (Sakhuja & Vipul, 2012) para indagar en cada uno de los procesos y fenómenos de la intervención y, de esta manera, encontrar los cuellos de botella que actualmente se presentan en la ejecución de los mismos y las oportunidades de mejora. En suma, la metodología de esta evaluación, a partir de la teoría fundamentada, recolecta y organiza los datos para producir una teoría sobre el fenómeno social estudiado, tanto de tipo cualitativo como cuantitativo, a través de: i) revisión documental; ii) talleres internos en el MSPS; iii) talleres de brechas de diseño (expertos externos); iv) análisis de información secundaria (encuestas a DTS y EPS realizadas previamente por la DFS); v) entrevistas semi-estructuradas a profundidad (incluyendo prueba piloto); vi) grupos focales con beneficiarios del régimen subsidiado, vii) análisis de bases de datos relacionadas y viii) talleres con expertos para validación de las recomendaciones. En este sentido, el análisis que se presenta a partir de esta información utiliza el método inductivo de razonamiento en el cual se va de lo particular (cada ET) a lo general (No-POS subsidiado en Colombia).

Debido a la complejidad del fenómeno y a los múltiples actores involucrados, todas las etapas del proceso de investigación se sometieron a sesiones de validación y socialización con algunos de los actores implicados. Inicialmente, se construyeron los insumos de la evaluación a partir de revisión documental, estos son: mapa de actores, diagrama de operaciones y matriz de responsabilidades (Cabanillas, Resinas, & Ruiz, 2011), los cuales permitieron identificar en una perspectiva global los roles y las facultades de cada actor y los mecanismos de

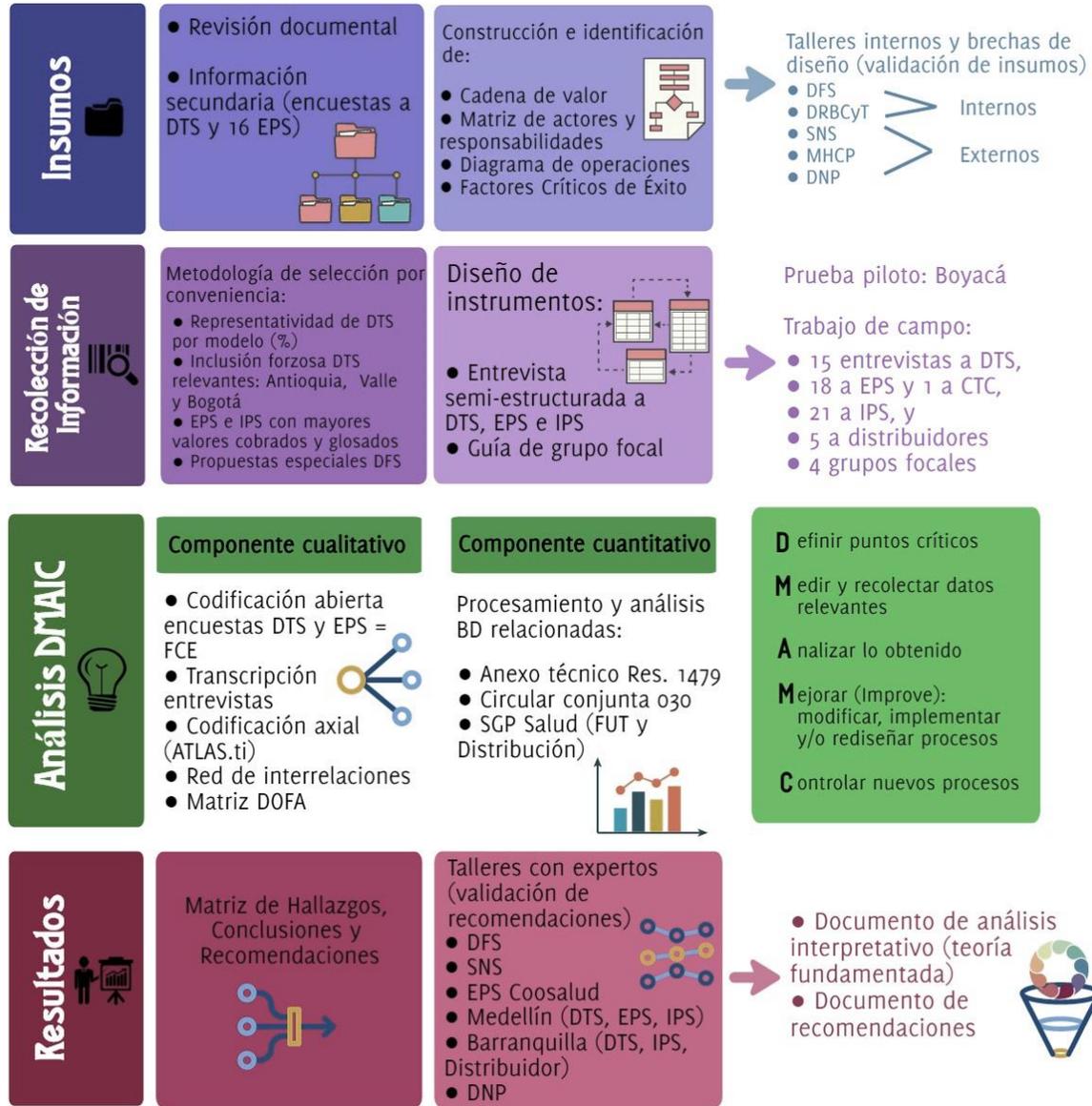
coordinación institucional requeridos para que las actividades de la Resolución lleguen a buen término. Estos insumos fueron consensuados en los talleres al interior del MSPS para así dar inicio al diseño de instrumentos de recolección de información (entrevistas a profundidad y guía de grupo focal).

Para tener unos instrumentos de recolección de información adecuados, su diseño fue simultáneo a los talleres de brechas de diseño, y cuando estos finalmente estuvieron refinados se llevaron a prueba piloto, en la entidad territorial de Boyacá, donde surgieron algunos cambios a los mismos para darles mayor precisión. Con los instrumentos aprobados y considerando que la forma de abordar el grueso de la evaluación de la Resolución 1479 de 2015 es por medio de recolección de información cualitativa, en el trabajo de campo se abarcaron algunos de los casos más emblemáticos. La metodología usada para seleccionar las entidades territoriales a visitar fue la de selección por conveniencia: i) se dio representatividad porcentual a las DTS según el modelo elegido por cada una de ellas; ii) se incluyó forzosamente a las DTS de Antioquia, Valle y Bogotá por su nivel de importancia en el proceso; iii) se identificaron aquellas EPS e IPS con mayores valores de deuda y glosa según información reportada por la DFS; y iv) se acogieron solicitudes especiales de actores a entrevistar hechas por la DFS. A partir de este proceso de selección surgieron 15 entidades territoriales que fueron visitadas en los meses de octubre y noviembre de 2016, para un total de 60 entrevistas y 4 grupos focales.

De esta manera, se realizó un trabajo de campo extenso por buena parte del país, donde cada entrevista fue grabada para ser transcrita literalmente y posteriormente analizada, mediante la realización de una codificación axial en el software ATLAS.ti (Friese, 2014). Adicionalmente, se llevó a cabo un componente cuantitativo en donde se consultaron y analizaron bases de datos relacionadas (hasta donde fue posible), con el fin de robustecer los resultados encontrados en campo; este componente se basó en la consulta y procesamiento de las fuentes disponibles en el nivel central, es decir, los reportes del Anexo Técnico de la Resolución 1479, Circular Conjunta 030 de 2013, y la información del Sistema General de Participaciones (SGP), en su componente de Salud, tomando como fuente el formato único territorial (FUT) y los documentos de distribución.

La Figura 2 describe de forma general la metodología utilizada para esta evaluación:

**Figura 2. Resumen de la metodología de la evaluación**



Fuente: Elaboración del equipo evaluador.

Gracias a los componentes ejecutados en la etapa anterior, la etapa de análisis dio fruto a dos productos que alimentan este documento de resultados: i) Análisis DOFA, que permite discernir factores exógenos que igualmente afectan de forma positiva y negativa la definición, puesta en práctica y articulación de las actividades de la Resolución, y ii) La construcción de la red de interrelaciones y matrices de hallazgos, conclusiones y recomendaciones (HCR) para cada pregunta orientadora. Las conclusiones y recomendaciones fueron validadas y

refinadas en talleres con expertos dentro y fuera del MSPS, y dan cuenta de la recomposición de la realidad social en el marco de la producción de una teoría, a propósito del fenómeno estudiado considerando las implicaciones que conlleva para los actores involucrados.

A continuación se presentan los principales hallazgos y conclusiones para cada una de las seis preguntas de investigación.

## 2. Hallazgos y Conclusiones

### 2.1 Definición de modelo

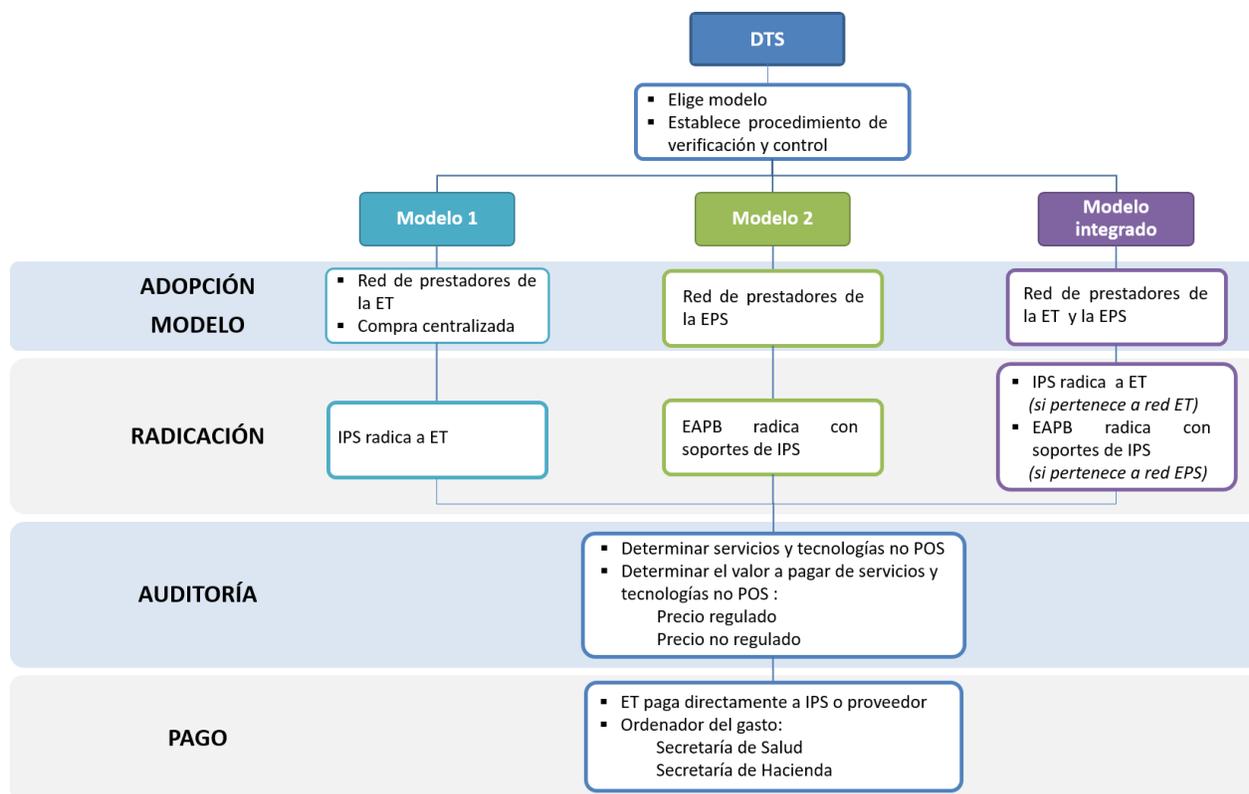
La Resolución 1479 de 2015, que surge con el objetivo de *“establecer el procedimiento para el cobro y pago por parte de las entidades territoriales departamentales y distritales a los prestadores de servicios de salud públicos, privados o mixtos, por los servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud – POS, provistas a los afiliados al Régimen Subsidiado...”* (Resolución 1479, 2015), determina para las DTS la adopción de uno de tres modelos planteados, para reconocimiento y pago de servicios y tecnologías no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Cada entidad, con base en un diagnóstico inicial de perfil epidemiológico de su territorio (diagnóstico con el que podían contar previo a la entrada en vigencia de la Resolución a causa de la Ley 1438 de 2011), cuenta con autonomía para adoptar uno de estos tres modelos.

El modelo 1 es centralizado en la DTS, es esta quien tiene la competencia de organizar la red de prestadores de servicios y determinar o no un esquema de negociación y compra centralizada, mientras que la IPS es la encargada tanto de prestar el servicio previa autorización del CTC o fallo de autoridad judicial, como de radicar la solicitud de pago del servicio prestado a la DTS.

El modelo 2 es muy similar a la normativa anterior porque la organización de la red de prestadores se encuentra bajo responsabilidad de la EPS, la IPS presta el servicio previa autorización del CTC o fallo de autoridad judicial, y entrega soportes de pago a la EPS y finalmente esta última radica la solicitud de pago a la DTS. El cambio fundamental radica entonces en que la DTS es el único pagador.

El modelo 3, o modelo integrado, combina los modelos anteriores, la DTS hace uso de su red hasta donde ésta tenga alcance y lo demás es prestado por la red de la EPS, en este modelo los lineamientos son los mismos de los modelos 1 y 2 según sea el caso.

**Figura 3. Resolución 1479 de 2015**


Fuente: Elaboración del equipo evaluador.

Las DTS manifiestan a lo largo de las entrevistas que están en una situación de desventaja para implementar adecuadamente la Resolución aceptando de algún modo que tienen pocos recursos humanos, físicos y tecnológicos para llevar a cabo la operación. Así mismo aprovechan la oportunidad para solicitar recursos y enfatizar en que no estaban preparados para asumir las nuevas actividades que involucra la Resolución. Manifiestan que hay un desconocimiento del territorio, que no se tuvo en cuenta el desarrollo institucional que estos tienen y que a su vez no hubo asistencia técnica para la implementación. En palabras de ellos: "*se emite la Resolución y defiéndanse en el territorio como puedan*" (Entrevista con una DTS, 2016).

Complementariamente, afirman que el espíritu de la Resolución es muy bueno, pero a la hora de implementarla se dieron cuenta de sus enormes dificultades operativas. En ese sentido, algunas DTS afirman que la 1479 les entrega unas "competencias", pero que no les trasfiere los recursos para aplicarlas. Surge, por lo tanto, una incógnita respecto a la claridad de las competencias de la entidad territorial: ¿definitivamente tienen claro las DTS que ellos eran los responsables del No POS antes de la 1479 y no el Fosyga? Al parecer no es claro, pues muchas

entidades territoriales aseguran que hay nuevas competencias y no hay recursos para atenderlas y que ésta es la base principal de los problemas.

Igualmente, las DTS expresan que la Resolución no tuvo en cuenta las importantes restricciones inherentes al modelo de contratación pública que impiden sustituir a las EPS en la contratación ágil y expedita que requieren los tratamientos médicos y, en particular, las urgencias ligadas a los tratamientos No-POS. Sin embargo, en el caso de Nariño, se ha implementado el proceso de compra centralizada y la contratación de la red a través de los prestadores públicos. La mayor justificación de esto último es la necesidad de cuidar los recursos públicos, dado que las EPS contratan a unos precios mayores. En contraste, algunas EPS de Nariño se quejan de esta decisión por parte de la DTS, dado que perciben que la red es insuficiente y pone en riesgo a los pacientes al no dejar usar la red privada (propia) de las EPS; tampoco tiene la oportunidad de respuesta para autorizar los servicios, lo que sin duda pone en riesgo la atención de los pacientes.

Los actores solicitan con frecuencia que se adopte un solo modelo que también esté asociado a un solo sistema de información. Esto garantizaría que todo funcione sobre los mismos parámetros y no bajo la interpretación de cada departamento: tanto IPS como EPS tienen que hacer esfuerzos enormes cuando tienen presencia en más de una entidad territorial. Así mismo, se encuentra que una EPS tiene que implementar diferentes procesos y cumplir diferentes requisitos para poder enviar las facturas de las IPS y así poder evitar las glosas.

Una conclusión general de la evaluación fue la verificación de que la Resolución no es mala *per se*; lo que falla es la capacidad institucional de las DTS. Sin embargo, la Resolución no se adecua a aquellos impedimentos que son conocidos sobre las entidades territoriales; más bien los pasó por alto: la Resolución supuso una capacidad institucional que no existía y de ahí nacen la mayor parte de las fallas en la implementación. Al no tener en cuenta las limitaciones de las DTS y con unos tiempos muy cortos para la implementación era imposible que la mayoría de las entidades territoriales pudieran hacer los cambios o ajustes necesarios, lo que llevó a una situación compleja para todos los actores (DTS, EPS, IPS): incumplimientos, acumulación de deudas, crisis de confianza, restricciones de acceso, aumento de las tutelas y, lo peor de todo, traslado de la carga financiera hacia las IPS. Específicamente se encontró que la falta de capacidad institucional, sumada a la falta de claridad jurídica, impidió una definición ágil, efectiva y eficaz del modelo, lo que llevó a que las DTS readaptaran y cambiaran de modelo una vez se daban cuenta de que no eran capaces de asumir las responsabilidades del modelo 1.

La falta de capacidad institucional obviamente está relacionada con la implementación de un nuevo modelo de radicación de facturas, la capacidad de montar una auditoría, fijar precios de referencia, conciliar cuentas, construir y ordenar un sistema de información. Ante la ausencia de estos elementos se paró prácticamente el flujo de recursos, pues hace 20 meses no se hacen pagos (desde la entrada en vigencia de la resolución), o se hacen pagos parciales, a los prestadores y proveedores, y como consecuencia se ha venido obstruyendo la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Las EPS y las IPS han tenido problemas con la adopción del modelo, ya que atienden regiones que abarcan más de un departamento y/o Distrito (e.g. Bolívar, Atlántico). Sacar la Resolución en mayo produjo muchos problemas;

empezando porque las gobernaciones ya tenían comprometido el presupuesto y no tenían ninguna flexibilidad para poder asumir el nuevo ejercicio (contratos, sistemas de información, personal, auditoría, etc.). Posteriormente, el modelo se adoptó sin una articulación definida entre los actores; por un lado, la DTS demoró mucho tiempo en escoger el modelo; por el otro, cada actor estaba preocupado por sus propios intereses.

Las EPS abogan por que las ET adopten el modelo 2 ya que han sufrido graves consecuencias cuando se adopta el modelo 1: su papel como simple intermediario los deja con el pecado y sin el género ya que deben asumir responsabilidades y costos. El pecado, puesto que los afiliados creen que el culpable de los problemas del No-POS son las EPS, pero además la falta de acceso o suministro de medicamentos agrava la salud de sus afiliados, e implica costos en el POS que los afecta; en resumen, la Resolución 1479 ha dañado [más] la imagen de las EPS y ha involucrado costos de atención que antes tenían controlados. Sin embargo, otro grupo de EPS que se encuentran bajo el segundo modelo consideran que la conformación de la red de prestadores les acarrea problemas dado que son ellas las que deben asumir la responsabilidad del pago y acatar las demandas que les son impuestas, en caso de incumplimiento por parte de la DTS. Lo anterior, se presenta con frecuencia y el principal argumento es que los prestadores suscribieron contratos para la prestación de servicios directamente con la EPS y no con la DTS.

Infortunadamente los hallazgos de la investigación muestran una serie de situaciones encadenadas que afectan los objetivos últimos del sistema de salud (en especial la prestación de servicios). El sistema de salud ha ido reduciendo los recursos de oferta haciendo un traslado hacia la demanda (régimen subsidiado), lo que ha llevado a una reducción del tamaño de la red de las entidades territoriales. Estas últimas expresan que la Resolución 1479 los presiona a mantener una red para atender adecuadamente el No-POS, es decir que no encuentran consistencia entre lo que se ha hecho y las necesidades que impone la Resolución: *"llegó un momento que como nos estamos acercando a la cobertura, el ente no tiene red [para atender el No-POS]"*. (Entrevista con una EPS, 2016).

El caso de Barranquilla ilustra bien el hecho de que la capacidad institucional es un prerequisite para el funcionamiento de los modelos incluidos en la Resolución 1479. La adopción del modelo se hizo a partir de un diagnóstico de la situación de la red, la creación de una plataforma para el flujo de información, la socialización con las EPS y las IPS y el posterior ajuste.

También se requiere de un proceso de negociación de precios; en Barranquilla se hizo basado en precios SOAT. Sin embargo, el tema de precios en el resto del país ha sido, probablemente, la mayor fuente de glosas, demoras, necesidades de conciliación, etc. Adoptado el modelo, los procesos y el sistema de información para la radicación de facturas y el reporte de información al Ministerio se requiere de un proceso de capacitación a los actores en la plataforma y los procesos de conciliación; sin embargo, esto estuvo ausente en la mayor parte de los departamentos (nuevamente por la incapacidad institucional y la falta de claridad jurídica que dio para muchas interpretaciones interesadas). Por tal razón, esta clase de medidas requiere de lineamientos claros por parte del Ministerio y se hubiera facilitado el proceso si los parámetros y estándares de tiempos, plataformas, precios y auditoría fueran parte de la Resolución.

La plataforma (i.e. el sistema de información) es un requisito *sine qua non* para la articulación de actores y el funcionamiento adecuado de la Resolución; por tal razón estos prerrequisitos de funcionamiento deben salir del Ministerio y no esperar a que las entidades territoriales con baja capacidad institucional las determinen: esto pone en riesgo cualquier norma y la heterogeneidad de decisiones y procesos afecta a EPS e IPS que atienden afiliados de varios departamentos<sup>2</sup>: cada actor debe elaborar factura de acuerdo a 32 modelos (uno por cada ET). Por eso la insistencia de los actores en que el MSPS debió estandarizar procesos y, por supuesto, proveer los precios homólogos, problema que en la actualidad afecta negativamente el flujo de recursos.

Adoptar el modelo, en resumen, requiere de una socialización y una articulación que pocas ET pueden lograr; la base es una plataforma que facilite la radicación de cuentas y a partir de ella se requiere de socializaciones periódicas e información que circule a través de la red de prestadores. La socialización también incluye a los afiliados, elemento que sólo se contempló en Barranquilla de manera sistemática. A partir de estos prerrequisitos, se puede comenzar a operar o, por el contrario, a formarse un caos y una acumulación de deudas que pone en riesgo la viabilidad financiera de los prestadores. Es lógico que el liderazgo lo deban ejercer las DTS, pero éstas necesitan de una capacidad institucional fuerte que genere confianza entre los actores: sin capacidad institucional el modelo fracasa, en especial el modelo 1 (de nuevo Barranquilla es una excepción precisamente por su institucionalidad ágil y eficiente). Los hallazgos de la evaluación cualitativa indican que la Resolución 1479 generó barreras de acceso y pérdida de confianza entre los actores.

Todo lo anterior requiere la existencia de un “grupo” encargado del No-POS que debe estar financiado. En el caso de Barranquilla está creado para poder operar ya que el modelo de la Resolución 1479 requiere articulación permanente, capacitación, conciliación. Sin embargo, se encuentra que en muchos departamentos no hay comunicación: la DTS no entiende sus competencias y responsabilidades y, por lo tanto, no tiene nada que socializar. De ahí el caos mencionado: no hay quién responda sobre cómo llevar a cabo los procedimientos y no hay autoridad para definirlos; como consecuencia cada actor trabaja aisladamente sin orientación alguna.

No obstante, los problemas mencionados, la percepción que tienen los actores indican que el espíritu de la Resolución 1479 es adecuado, pero que la improvisación en la implementación ha conducido a las IPS a una situación crítica financiera que ha traído consecuencias negativas sobre la oportuna prestación de servicios y la salud de los pacientes. Consideran que es una bomba de tiempo que va a explotar tarde o temprano y que daña en absoluto la imagen del sistema porque si el No-POS es disfuncional también tiene efectos negativos sobre el POS, como lo manifiesta una EPS: *“lo No POS no está a cargo de las EPS, no es responsabilidad financiera de las EPS, pero se debió trabajar de una mejor manera para que se implementara y que no fuera tan traumático para los prestadores, que están induciendo a los usuarios y están generando insatisfacción”* (Entrevista con una EPS, 2016).

---

<sup>2</sup> La Resolución no describe las diferentes situaciones que se presentan en la práctica. De ahí que el proceso de adopción del modelo no haya sido muy dinámico. La adopción del modelo por parte de las ET requiere de recursos (físicos, humanos y tecnológicos) que en muchos casos no se tienen. Mucho menos si las normas determinan plazos tan cortos para cambios tan grandes y complejos.

## 2.2 *Implementación del modelo*

Respecto a la autorización de los servicios, y especialmente en relación con la racionalización del uso del no POS en el régimen subsidiado, se evidencia que, en razón de la baja capacidad técnica u operativa, los CTC no están cumpliendo con su función, especialmente en cuanto a verificación de la pertinencia médica y asignación del homólogo para las tecnologías no POS. Así mismo, hay evidencia de que las tutelas van ganando participación como mecanismo de autorización de los servicios no POS, con las implicaciones administrativas que esto conlleva, y los costos para el sistema al ser en su mayoría integrales. Y una vez se ha dado la autorización del CTC o el fallo judicial, las DTS no tienen la capacidad institucional para definir el prestador de los servicios en modelo 1 o modelo integrado, lo cual se traduce en un desgaste administrativo enorme para ellas y en más trámites y barreras de acceso para el usuario.

Por otra parte, no hay claridad técnica ni jurídica en la Resolución sobre el manejo que debe dársele a los homólogos, y los actores involucrados en el proceso permanecen a la espera de que el MSPS actualice el listado de comparadores administrativos, o brinde algún lineamiento o asistencia técnica al respecto. Dado que ante esta realidad muchos de los involucrados se toman el derecho de definir los homólogos o el procedimiento a utilizar para poder referenciarlos en las actas del CTC o las facturas, porque tampoco se ha dicho con claridad quiénes sí o no están facultados para hacerlo, se están generando infinitos modelos de operación, en los que las DTS se encuentran con diferentes listados, y las EPS e IPS se enfrentan a las glosas por este concepto.

Se concluye además que la partición de la factura es un proceso que requiere mayor claridad técnica y jurídica, además de un acompañamiento de las DTS para poder realizarlo puesto que no es viable en muchas entidades, y que ha generado importantes retrasos en la facturación y por tanto en la radicación. Operativamente hablando, en términos de inventarios, registros contables y de sistemas de información y facturación, la partición de la factura ha sido un tema muy complejo. Primero, porque ese ajuste no fue inmediato, las IPS que lo han logrado afirman que les tomó tiempo y recursos llevarlo a cabo, los cuales no fueron contemplados en la Resolución (que no estableció ningún periodo de transición). Segundo, porque tampoco es claro para ellos que contable y jurídicamente dicho ajuste sea "correcto"; por ejemplo, varios de los prestadores entrevistados manifestaron estar esperando conceptos de la DIAN al respecto. La decisión que han tomado algunos actores al respecto, a veces coordinadamente, es facturar el no POS completo a la DTS y esperar a que llegue la glosa por homólogo para ir a cobrársela a las EPS; es decir, ejecutar el procedimiento según su parecer y entendimiento de la resolución, con todas las implicaciones operativas e ineficiencias que esto conlleva.

A pesar de que la mayoría de actos administrativos incluyen los procedimientos y tiempos para el proceso de radicación, las EPS e IPS no los conocen (tampoco les han sido socializados), no los aplican (no reúnen los soportes o no cumplen las fechas establecidas), o se confunden ante los 36 modelos de DTS, o los múltiples modelos de EPS. Al mismo tiempo, las IPS, actores interesados en radicar facturas, tienen un procedimiento o trámite

administrativo que depende de otro actor, las EPS, que no tiene ningún interés o incentivo en generar los soportes requeridos, que es la expedición del acta del CTC. La intermediación de las EPS en el proceso de radicación definida para el modelo 2 está constituyendo un cuello de botella importante para la continuidad de los procesos en los términos establecidos, lo cual obedece principalmente a tres razones: i) desinterés o negativa de las EPS de avanzar en el proceso, especialmente en el diligenciamiento de los MYT; ii) baja capacidad de respuesta de las EPS pues no tienen el personal suficiente para estas tareas y tampoco pretenden asignarlo; iii) realización de pre-auditorías y auditorías completas por parte de la EPS, lo cual alarga los tiempos de respuesta. Finalmente, las IPS no logran conocer el estado de su trámite, lo cual les dificulta la posibilidad de planear el flujo de recursos, les genera desconfianza en el proceso y le impide contribuir a la solución de inconvenientes que puedan presentarse.

Por su parte, el proceso de auditoría no es claro, pues las DTS no tienen manuales de auditoría y glosa, no los cumplen y las EPS e IPS se enfrentan a múltiples criterios de verificación y control según el auditor que les haya sido asignado. Además, en la Resolución no se plantea con claridad quién está facultado para hacer la auditoría, con qué alcance y en qué tiempos. Estos hechos se ven reforzados por la conclusión de que la mayoría de entidades territoriales no tiene la capacidad técnica ni operativa para llevar a cabo el proceso de auditoría; les faltan personas, capacidad técnica y sistemas de información. En general, se encuentra que el proceso de auditoría está estancado por diversas razones: hubo demora en la adopción del modelo o cambios en éste; hay falta de claridad jurídica sobre cómo se debe operar; las ET al no tener recurso dilatan cualquier tipo de negociación o se devuelven en las conciliaciones pues han acordado cosas que no pueden cumplir; la contratación de las auditorías es difícil o la contratación de auditores es temporal y al haber cambios de administración se cambian los funcionarios; y, la falta de listados de homólogos y tarifas de referencia genera altos porcentajes de glosa y dificulta los procesos de conciliación de cuentas.

En definitiva, se comprueba que la falta de definiciones técnicas y jurídicas, sumada a los tiempos de ajuste aprendizaje, dificultan los procesos de facturación, radicación y auditoría, lo cual únicamente se traduce en el bloqueo al flujo de recursos y por consiguiente una pérdida de bienestar para los usuarios, como será explicado más adelante.

### ***2.3 Capacidad institucional***

La capacidad institucional es el eje central de todos los procesos que se llevan a cabo en el marco de la Resolución 1479. Para dar inicio a la implementación de la norma, se requería de un conjunto de elementos con el que no todas las entidades contaban: recursos humanos, sistemas de información, asistencia técnica, claridad jurídica, entre otros; y con el tiempo se convirtieron en limitaciones para ponerse al día en los requerimientos de la norma. Por tanto, debido a la falta de capacidad institucional comenzaron a presentarse fallas en los diferentes procesos, desde la definición del modelo, hasta los procedimientos de facturación, radicación, auditoría y pago. Con base en lo anterior se puede concluir que:

- a. Las Secretarías no tienen la capacidad institucional (en términos de recursos humanos, físicos, financieros y tecnológicos), para asumir las tareas y actividades que asumían las EPS antes de la entrada en vigencia de la Resolución, en particular la interlocución con las IPS.
- b. Los roles de los actores se interpretaron de diversas formas porque no se definieron claramente en la Resolución. Lo anterior conllevó, por ejemplo, a que muchas EPS se desentendieran del proceso, dando lugar al represamiento de facturas y a demoras en la auditoría por la falta de entrega de algunos soportes como actas de CTC y autorizaciones (especialmente para aquellos que operan bajo el modelo dos).
- c. La asistencia técnica y/o el acompañamiento durante el proceso de implementación de la Resolución no cumplió las expectativas de las entidades. Por un lado, la asistencia técnica brindada por el Ministerio no fue suficiente, hecho que ha estado reforzado por la frecuente rotación de personal del equipo auditor de las DTS; y por otro, solamente algunas DTS realizaron capacitaciones y apoyaron a las demás entidades en la aclaración de ciertos aspectos relacionados con la norma: radicación, auditoría y homólogos/comparadores administrativos.
- d. Con respecto a la capacidad de negociación de los actores se encontró que:
  - La concentración de servicios de alta complejidad en pocas instituciones, ha generado que estas tengan especial capacidad de negociación en la definición de tarifas. Sin embargo, la mayoría de IPS están en problemas debido a que no les han pagado y algunas de ellas como último recurso han decidido cerrar los servicios para presionar por acuerdos de pago.
  - Adicionalmente, la poca disponibilidad de comparadores administrativos ha generado la creación de diversas listas de homólogos, y esto ha limitado su capacidad de negociación debido a que no hay claridad sobre qué actor es responsable de asignarlo.
  - Así mismo, el desconocimiento de algunas EPS sobre los criterios emitidos por el Ministerio para la identificación de las tecnologías cubiertas por el plan de beneficios y la no aplicación de los mismos, ha generado que en la práctica haya dificultades en la diferenciación POS - No POS, o que aún no se dé una completa unificación del plan de beneficios para ambos regímenes.
- e. La Resolución aumentó la carga administrativa para todos los actores involucrados, limitando su capacidad de respuesta en los diferentes procesos. Esto debido en gran parte a que no todas las entidades cuentan con el capital humano suficiente y/o calificado para cumplir las tareas que dispone la norma; si bien algunas han contratado y/o capacitado personal adicional, otras por falta de presupuesto han decidido operar con el mismo.
- f. Las entidades han logrado desarrollar o mejorar sus sistemas de información. Sin embargo, no todas cuentan con un sistema de información propio debido a que los recursos son insuficientes para la compra de un nuevo software, o se ven contablemente afectadas por la separación de la factura; razón por la que han optado por realizar el registro de toda la información en Excel.
- g. La falta de sistemas de información adecuados afectan los procesos de facturación, radicación, auditoría y pago porque no existe un método estándar para monitorear las facturas radicadas, éste no venía especificado en la norma; además, el sistema de consulta de afiliación de los usuarios representa en muchos casos un reproceso en términos de verificación de los usuarios para la auditoría porque no

permite consultar un histórico, se encuentra desactualizado por parte de los afiliados y termina convirtiéndose en una dificultad para la gestión del aseguramiento que por Ley 715 es responsabilidad de las entidades territoriales.

- h. Finalmente, las DTS en común acuerdo con las EPS han decidido que esta última diligencie parte de la información que debe ser reportada ante el Ministerio. Sin embargo, el reporte en ocasiones no se hace correctamente, puesto que, ante la falta de capacitación e información sobre las fuentes de los códigos o el diligenciamiento de los formatos, las entidades han decidido establecer sus propios códigos o usar comodines.

## 2.4 *Articulación e incentivos*

Como se puede extrapolar a partir de los hallazgos planteados, el nivel de articulación y el esquema de incentivos con que cuenten los actores implicados en la cadena de valor de la Resolución 1479, cuentan con un alto nivel de penetración, y por ende afectación, en los diferentes procesos. A partir de los grandes procesos de la Resolución que se hallan vinculados al grado de articulación de los actores y a los incentivos que los impulsan se puede concluir que:

- a. Los canales de comunicación con que cuentan los actores son un factor crítico de éxito porque influyen en la calidad de la asistencia técnica, que cuando se realiza bien implica que todos los actores hablan el mismo lenguaje y reducen demoras por concepto de dudas, inquietudes y acuerdos entre conceptos diferentes. Además, en los casos en que hay rotación de personal, la capacitación e información sobre las decisiones tomadas es fundamental para que no se pierda la curva de aprendizaje y no se presente un traumatismo. Así mismo, porque la ausencia de asistencia técnica adecuada genera desconocimiento en la norma por parte de los actores; cuando los canales de comunicación entre los actores son nulos o precarios, las dudas sobre la norma llevan a múltiples interpretaciones, a demoras en los procedimientos y/o afectación en la prestación del servicio.
- b. La norma no especificó cómo debía ser el procedimiento de conciliación de cuentas, en algunos casos asisten solo IPS o EPS, en otros se encuentran los tres actores, esto causa:
  - Nula estandarización, un proveedor o prestador que tiene relación con varias DTS se enfrenta a múltiples modalidades de conciliación de cuentas
  - Se afectan los lazos que ya tienen los prestadores con las aseguradoras, lo cual complica y demora la conciliación, pero además genera ruido en los demás eslabones de la cadena
- c. Las fallas en los procesos de la Resolución, el desconocimiento de los actores de sus responsabilidades y tiempos y la correcta (o incorrecta) articulación entre actores determinan que un prestador prefiera a la DTS o a la EPS como pagador, el flujo de recursos ha presentado afectaciones tanto antes como después de la Resolución y la decisión se ha visto influenciada por factores exógenos a este.

- d. Hay un descontento generalizado sobre la función y el alcance de los organismos de control, los actores tienden a sentirse desamparados por estos.
- e. Aun considerando que la población objetivo de la Resolución 1479 es del régimen subsidiado, y muchos de ellos carecen de los recursos necesarios para asumir gastos de desplazamiento y alojamiento requeridos para acceder a ciertos servicios, o procedimientos en salud, se encuentra que hay un efecto free-rider en las tutelas integrales, en el cual, los usuarios son conscientes que por este medio no pueden recibir una negativa a la prestación de un servicio y que además de ello, recibirán de forma “subsidiada” los gastos relacionados que se requieren, aun cuando la persona pueda asumir el costo. Este hecho se agrava por la posibilidad de que las IPS estén induciendo a las tutelas, como mecanismo para garantizar el pago y el flujo de los recursos.

## 2.5 *Prestación del servicio*

En la información cualitativa recolectada en campo los entrevistados reportaron afectación a la prestación de servicios para el régimen subsidiado, tanto en acceso como en oportunidad, aparentemente relacionada con la implementación de la Resolución 1479, y con la particular situación financiera de algunas EPS e IPS. Se identifican tres principales promotores de esa falta de acceso y oportunidad: i) la falta de información o conocimiento sobre los derechos y trámites por parte de los pacientes; ii) la falta de prestadores porque han decidido retirarse del subsidiado, no renovando contratos o cerrando los servicios; y iii) la falta de articulación y coordinación entre entidades, que no genera procesos e información única, que pone a los pacientes a asumir responsabilidades (como los CTC), y que lleva a la expiración de documentos, por ejemplo. Es decir, el usuario se enfrenta a múltiples actores, con mecanismos y respuestas distintas, y no es tratado por un sistema.

En general, además de la falta de información o conocimiento, es una realidad que los trámites para autorizar y recibir los servicios de salud son engorrosos y todos los actores involucrados están teniendo inadecuados tiempos de respuesta, como se ha visto a lo largo de este documento. Así mismo, además de la falta de articulación o disponibilidad de prestadores, hay fallas en el suministro y re-procesos para los pacientes, una muestra de falta de acceso, oportunidad e integralidad. Hay evidencia de que el mayor problema está en la entrega de los medicamentos, lo cual es una debilidad del proceso; no obstante, al mismo tiempo, las entidades encargadas (DTS-EPS) pueden tener dificultades en casos como la importación, o las solicitudes que hacen los médicos de marcas específicas, especialmente concedidas a través del fallo judicial, que imposibilita tener el *stock* para que la capacidad de respuesta sea ilimitada.

La consecuencia más grave de lo mencionado en los dos párrafos anteriores es la falta de continuidad en los tratamientos, que se puede traducir en baja adherencia o limitada efectividad de los mismos. No obstante, también es cierto que la autonomía médica mal manejada genera prescripción indiscriminada de tecnologías no POS. Puede estar ocurriendo un incremento en uso del POS ante las dificultades que enfrentan los prestadores para recuperar los recursos no POS (aunque no hay una única conclusión al respecto).

Infortunadamente son evidentes las fallas en la defensa del usuario. Las barreras en el acceso y la falta de oportunidad e integralidad conllevan cada vez más a que los usuarios recurran a la tutela. Las entidades de control no son las aliadas de los pacientes, lo son más las asociaciones o fundaciones de usuarios de ciertas patologías, que los conducen mayoritariamente a acudir a las tutelas (integrales en varios casos). Así mismo, la desconfianza de los usuarios en todos los involucrados y la carga emocional de éstos y los funcionarios que deben poner la cara son consecuencias aparentes de los problemas de implementación que han sido identificados.

Finalmente, es preciso reconocer que los problemas en el acceso, la oportunidad y la integralidad de los servicios de salud son problemas del sector salud en general, que pueden estar más acentuados en unas regiones que en otras, y en EPS de baja calidad. Es decir, no necesariamente la baja capacidad de gestión de las EPS para prestar los servicios a los usuarios está asociada a lo dispuesto por la Resolución 1479, pues no siempre es porque la IPS se niegue a prestar los servicios o desconfíe del pagador, sino porque los procesos de autorización en las EPS son complejos y demorados.

## 2.6 *Flujo de recursos y gasto no POS*

El flujo de recursos, como tal, realmente no mejoró según las entrevistas atendidas por las EPS y las IPS. Lo anterior esta explicado básicamente porque la ET dejó de pagar (o tenían deudas acumuladas que la Resolución no solucionó -ni tenía que hacerlo). La interrupción repentina de pagos, también bloqueó la prestación de servicios y como consecuencia: i) se empeoraron los indicadores de salud al interior de las EPS y ii) se incrementó el número de tutelas (Figura 8). Los jueces que procesan las tutelas interpuestas no fallan frecuentemente en contra de la ET (el pagador), sino en contra del asegurador o el prestador omitiendo la normatividad vigente sobre el responsable del pago. Esto implica que las EPS deben pagar por servicios que no están incluidos en el POS afectando la prestación de este último servicio. Por su parte, cuando los jueces fallan contra -u ordenan el pago a- la IPS, éstas deben suministrar el servicio, pero la ET no asume el pago. Esto último, pone en riesgo las finanzas de aquellas IPS que concentran sus servicios en el No-POS, ya que algunas afirman que han tenido que asumir estos gastos mediante créditos. El financiamiento mediante crédito también ha sido una solución parcial utilizada por prestadores que no han recibido pagos durante los 20 meses que transcurrieron entre la expedición de la Resolución y el trabajo de campo de este estudio.

La situación financiera de algunas IPS es crítica: ante la falta de pago de la DTS su nivel de endeudamiento se ha incrementado y su capacidad de pago para los proveedores se ha reducido (a pesar de los plazos que algunos les han otorgado). Esta situación también se ve reflejada en las dificultades para pagar la nómina y asumir otros gastos: *“En este momento ya nos estamos viendo preocupados por el nivel de endeudamiento de la empresa. Si los pagos no empiezan a fluir, nos va a tocar, necesariamente, acudir a la vía judicial con las entidades territoriales.”* (Entrevista con una IPS, 2016).

El problema se agrava cuando las regiones son afectadas por la liquidación de EPS. Cauca, Nariño y Huila han señalado la gran amenaza que les representó la liquidación de Caprecom por dos aspectos: i) las DTS no reconocen lo que se facturó con esta EPS porque los soportes están incompletos y ya no hay quién los entregue o actualice; ii) la cantidad de usuarios que migraron venían con autorizaciones no POS "muy locas" que incrementaron "el valor de los recobros" (Entrevista con un CTC, 2016). Así mismo, la entrada en liquidación de Saludcoop afectó a la IPS de Norte de Santander, porque era su cliente más grande, quien dejó una deuda que afectó financieramente a la IPS; esta afectación se juntó posteriormente con los problemas financieros que tienen las IPS a causa de la 1479.

Esto ha forzado a que algunas EPS (e.g. Risaralda, Barranquilla y Norte de Santander) tengan que realizar el pago bajo modalidad de anticipo con los centros de atención de alto nivel, puesto que es una de las exigencias para la prestación del servicio, principalmente por el alto costo de los procedimientos y/o medicamentos. Otra razón por la que se exigen estos anticipos es la pérdida de credibilidad en el pago de la DTS, por lo que la IPS se niega a la prestación del servicio a menos que ya haya recibido el anticipo: *"Por ejemplo, Bogotá: tenemos que mandar pacientes a Bogotá por un servicio no POS; son IPS que claramente dicen que ellos a la entidad territorial no les van a prestar un servicio y no van a esperar a que ellos les paguen"* (Entrevista con una EPS, 2016).

Lo que sucede en la práctica es que en algunas ET están pagando anticipos, a través de las EPS, quienes giran el dinero y luego recobran a la DTS, tal como se hacía antes de la entrada en vigencia de la Resolución. El problema se genera porque en el régimen de contratación, que les aplica a las DTS, es muy difícil hacer este tipo de pagos de manera oportuna y sin tener que pedirle ayuda a la EPS. La DTS de Santander manifiesta que tiene un CDP abierto del cual va sacando cada vez que le piden un anticipo, pero ante la dinámica (desconocida) del gasto No POS y de los anticipos, planear presupuestalmente estos eventos es muy complejo de hacer para una DTS con baja capacidad institucional. Por su parte, en la DTS de Cundinamarca no es claro cómo hacen el anticipo directamente, pues con los problemas de contratación y ejecución que tienen las entidades públicas y teniendo en cuenta que son actores con los que no tienen contrato, tanto el flujo de recursos como la atención oportuna al paciente resultan muy inciertos.

El anticipo no es la única vía que han optado las IPS para garantizar el flujo de recursos puesto que los prestadores ejercen todo tipo de presión para que sea la EPS quien le pague, en vez de la DTS. Los actores entrevistados sostienen que el tema del recobro ha quedado en una especie de "limbo jurídico". Este hecho se presenta debido a que en la Resolución no hay claridad jurídica sobre las cosas que deberían seguirse pagando a través de la figura de recobros, e incluso la regulación del tema de anticipos.

En cuanto a los pagos, los principales cuellos de botella que se encontraron son: i) el represamiento de facturas en la EPS ante la falta de incentivos para radicar oportunamente; ii) los retrasos en la radicación por parte de la IPS, dado el mayor tiempo que le toma la partición de la factura; iii) los tiempos de las auditorías de la DTS y la EPS, los cuales son demasiado extensos y iv) las glosas o las devoluciones de facturas, que en ocasiones son difíciles de conciliar y requieren la creación de mesas de trabajo con intermediación del Ministerio. Todas estas situaciones

conducen a que el pago no sea oportuno (en caso tal que la DTS cuente con los recursos para ello) y la IPS se vea en la obligación de suspender la prestación de los servicios por la pérdida de capacidad de pago con sus proveedores.

Por otro lado, para algunos actores no es claro quién es finalmente el responsable del pago; por ejemplo, en el departamento del Cesar, de acuerdo con lo manifestado por una IPS, *“en la Resolución se aclara que el responsable es la DTS”*; sin embargo, en el acto administrativo emitido por la DTS, se establece que es la EPS, lo cual ha sido motivo de confusión entre los prestadores. Lo anterior, sumado a los tiempos que se toma uno y otro actor, retrasa los pagos más de un año en solo procedimientos de tipo administrativo, y después viene un viacrucis con la DTS: *“Es [...] como suplicando, como si yo no hubiera prestado el servicio. ¡Que me auditen las cuentas! ¿Y cuándo las van a pagar? ¡No sé!”*. (Entrevista con una IPS, 2016).

El problema del flujo de recursos se traslada obviamente hacia los pacientes y se perciben barreras de acceso por esta causa: *“Ustedes no se imaginan lo que están viviendo los usuarios con esta barrera de acceso que [generó] esa Resolución: es caótico, es doloroso uno ver pacientes con cáncer, con unas quimioterapias lateralizadas, esperando un fallo de tutela”* (Entrevista con una IPS, 2016).

Sin embargo, la mayoría de las IPS sostienen que han prestado los servicios, las EPS afirman que han tramitado las facturas, pero al final la gran mayoría de los pagos no se han efectuado. La deuda ya lleva 20 meses y esto está afectando gravemente la prestación del servicio, el acceso y la oportunidad de tratamientos y medicamentos. Nada parece estar funcionando en cuanto a los pagos y la deuda sigue creciendo con problemas financieros graves que se trasladan a las IPS y generan sobrecostos en las EPS (de operación y de los costos de pacientes que se han agravado por la parálisis en los pagos) y pérdida de su imagen: *“Se disparó [el costo] y [además] los pacientes se pueden empeorar, pueden empeorar su pronóstico y calidad de vida porque no hay oportunidad en la entrega; hay mucho trámite administrativo que actúa como una barrera de acceso. Eso genera inconformidad y le genera mal nombre a nuestra entidad”* (Entrevista con una EPS, 2016).

La razón por la cual explican este “disparo” en los costos es que las IPS están sobrefacturando ya que saben que la DTS va a demorar mucho tiempo en pagar. Se comenta que se está cobrando el doble que antes y esto ha presionado el gasto No-POS. De otro lado, las EPS no se preocupan por la facturación que radican las IPS para luego ser tramitadas en la DTS, porque para ellas no le representa nada en términos pecuniarios, pero si le representa un costo administrativo enorme.

En suma, las DTS muestran diversos y complejos trámites para hacer cada pago, lo cual se complejiza aún más si se piensa que son varios/muchos prestadores/proveedores quienes deben seguir el mismo procedimiento todos los meses. No es competencia del MSPS revisar este proceso, pero sí es conveniente sugerir que lo hagan, para examinar qué etapas se pueden simplificar/acortar, más aún si se tiene en cuenta que ya se han surtido las etapas de radicación y auditoría, pero los pagos siguen paralizados en la mayoría de los ET.

Es difícil determinar en este momento la situación real de los cobros por la falta de información y la acumulación de facturas en las IPS (que no están siendo procesadas rápidamente) y por la retención de facturas en las EPS. Por un lado, se observa que los hospitales y demás IPS, en algunos casos, aún no han hecho el trámite total de los cobros. En el medio, las EPS, tampoco han avanzado con la radicación de la totalidad de las facturas que las IPS les entregan para radicar en la DTS. En ese sentido, las DTS no pueden determinar con exactitud el monto total de los recursos que se deben destinar para el pago de cobros y recobros y tampoco conocen la deuda que puede estar represada en EPS e IPS.

En general, es posible apreciar que no hay credibilidad en el pago de la DTS porque esta no cuenta con los recursos suficientes para ello y se lo ha manifestado en varias oportunidades a los prestadores. El argumento general que adoptan las DTS es que no tienen recursos suficientes para asumir estos costos. En otros casos más complejos, como el del Norte de Santander, aseguran que la DTS no cuenta con los recursos suficientes dada la coyuntura en la frontera; es decir, ahora no solamente deben garantizar la prestación de los servicios de los vinculados sino también de las personas que día a día atraviesan la frontera: *“Es imposible de cubrir: los entes territoriales aparte de que tienen su montón de gente que son los vinculados, encima ahora están con todo lo de frontera, encima ellos no tienen con qué pagar...”* (Entrevista con una EPS, 2006).

Finalmente, frente a la contención del gasto no POS no ha sido posible hallar una respuesta cuantitativa precisa y la información cualitativa disponible no lleva a una conclusión única al respecto: i) algunas DTS piensan que el gasto se ha mantenido, o no ha crecido mucho, pero reconocen que puede estar asociado a la sub-radicación de facturas; ii) algunas DTS consideran que el gasto se contuvo en un inicio, pero luego ha empezado a crecer, quizás porque los actores ya han aprendido cómo funciona; iii) algunas DTS consideran que la prescripción del no POS ha venido creciendo, porque las EPS e IPS no tienen ningún incentivo para cooperar en la contención, al ser la entidad territorial el pagador; iv) por el contrario, otros actores, en especial algunas EPS, manifiestan que sí se ha visto un esfuerzo de las IPS por contener el gasto, quizás a causa de las implicaciones que ha tenido para ellos el bloqueo en el flujo de recursos, lo cual se evidencia en el crecimiento que han percibido las EPS en el uso del POS.

### 3. Recomendaciones<sup>3</sup>

A partir de los hallazgos y conclusiones presentados en los capítulos anteriores, aquí se presentan las recomendaciones producto de la evaluación de procesos de la Resolución 1479 de 2015. Estas recomendaciones permitirán llevar a cabo ajustes esenciales para mejorar la operación del cobro y pago de servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios para el régimen subsidiado. Al mismo tiempo, se presentan unas recomendaciones que pueden cambiar de manera estructural dicha operación. Para efectos de brindar una mayor claridad a los tomadores de decisiones, estas recomendaciones se categorizaron en generales, transversales y específicas. Las generales consideran los grandes cambios que se deben hacer para el cobro y pago de lo no

---

<sup>3</sup> Estas recomendaciones son de los autores del estudio y no necesariamente reflejan la posición del MSPS.

incluido en el plan de beneficios para el régimen subsidiado, no solamente con el fin de apaciguar un poco la situación de las entidades involucradas en la intervención, sino también de generar una solución de mediano plazo que permita dar sostenibilidad y continuidad a la norma. Las transversales, por su parte, incluyen todas aquellas que son determinantes para la ejecución de los procesos contemplados en la Resolución. Por último, las específicas, apuntan a recomendaciones muy precisas sobre la forma como se podrían hacer más eficientes los procesos de la cadena de valor.

### 3.1 Generales

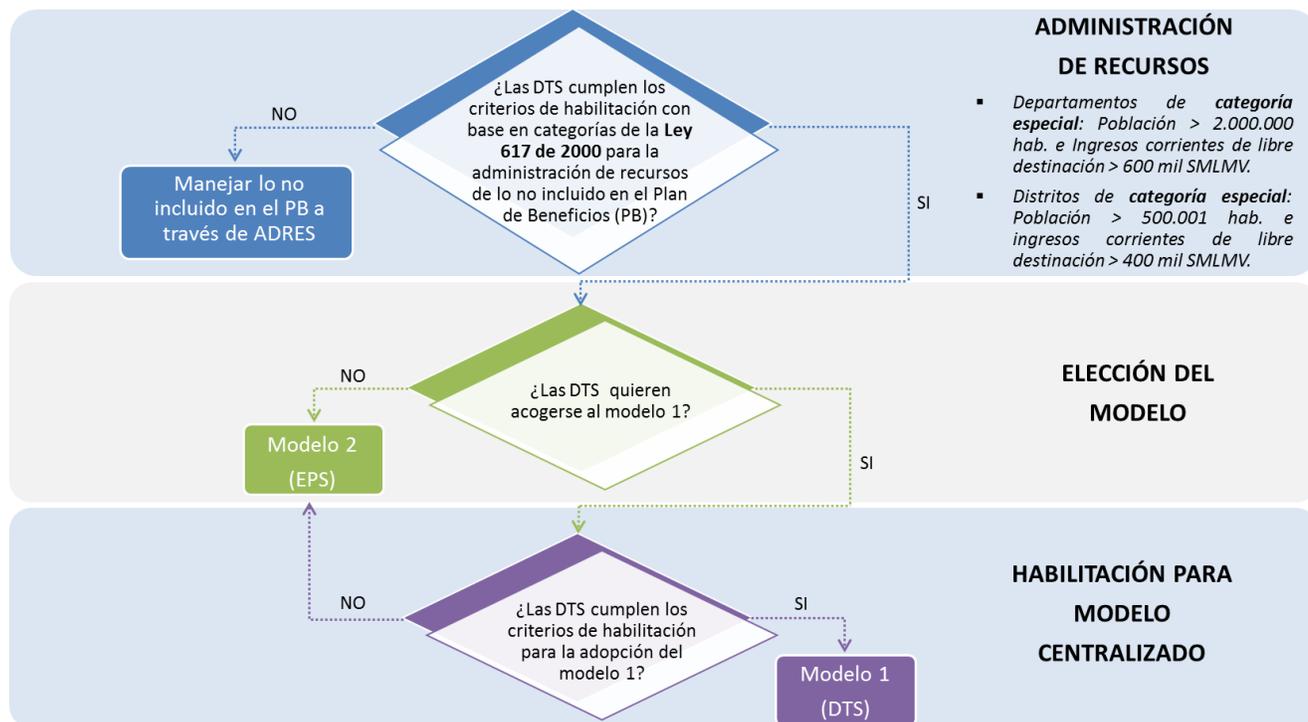
En términos generales y estratégicos, lo más importante es definir el modelo de operación que tendrá, o el manejo que se le dará, a la prestación, cobro y pago de los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios para el régimen subsidiado. Una primera alternativa es entregar estos procesos a las EPS, para que sean ellas quienes lo manejen junto con el resto del plan de beneficios, con un consecuente aumento del valor de la UPC. Esto permitiría al menos tres resultados importantes: i) que sean ellas las que se encarguen de la gestión del riesgo y la prestación de los servicios de salud a los pacientes en condiciones de oportunidad e integralidad; ii) que sean ellas las que se encarguen de los procesos operativos y administrativos, sin que se haga necesario involucrar a las DTS; iii) que sean ellas las que se encarguen de negociar las mejores tarifas con los prestadores de servicios de salud, evitando además las disputas de homólogos y tarifas de referencias. En general, que sean ellas las que actúen como el agente, tal como se ha concebido en el modelo de salud colombiano (teoría de la agencia). En esta propuesta habría que valorar al menos dos inconvenientes: i) que el modelo no necesariamente garantiza la reducción de las tutelas, pues el plan de beneficios contempla exclusiones y por tanto la figura del recobro no necesariamente desaparecería; ii) que la definición de la nueva UPC puede ser un proceso demorado principalmente por la disponibilidad de recursos.

Una segunda alternativa es centralizar completamente el proceso, recoger los recursos de las entidades territoriales y, con o sin situación de fondos, entregarle todo a ADRES para que lo administre. Esto permitiría que todos tengan las mismas reglas de juego y procedimientos, incluso entre regímenes, y contribuiría al control del proceso y del gasto. No obstante, también es cierto que implicaría para ADRES articularse con todas las DTS, y con las EPS e IPS regionales, operando desde Bogotá. Finalmente, existe una alternativa intermedia, en la que no se involucra a las EPS completamente, solo se le deja la responsabilidad de velar por sus pacientes y garantizar la integralidad en la prestación de los servicios; se les permite a las DTS con mayor capacidad institucional seguir siendo autónomas para este proceso; y se le entrega a ADRES el manejo de lo correspondiente a las entidades territoriales con menor capacidad institucional. Esta es precisamente la propuesta que se presenta a continuación:

### **3.1.1 Definición de un nuevo modelo**

Teniendo en cuenta que no todas las entidades territoriales están preparadas para manejar el proceso de cobro y pago, se propone realizar un proceso de habilitación de DTS simple y expedito, como requisito para asumir la gestión de lo no incluido en el plan de beneficios del régimen subsidiado y acogerse al modelo 1, que sea tramitado a través de la reforma estructural al SGP y por medio de la ley del nuevo plan de desarrollo. El proceso de habilitación se hará de acuerdo con el siguiente esquema:

Figura 4. Esquema de habilitación para administración de recursos y elección de modelo



Fuente: Elaboración del equipo evaluador.

Para adoptar el modelo 1, deberá cumplir los siguientes criterios de habilitación:

- Aprobación del modelo de redes:** El documento de red que previamente han diseñado las entidades según los lineamientos del capítulo II de la Ley 1438 de 2011, debe estar aprobado por el MSPS.
- Disponibilidad de sistemas de información funcionales:** La DTS deberá contar con un sistema de información vigente; integral, es decir, que permita llevar un registro actualizado y en tiempo real de todos los procesos administrativos de la entidad; de fácil acceso y uso tanto para los funcionarios de la entidad como para EPS, prestadores y usuarios (que cuente con diferentes tipos de usuario para controlar la visualización y edición de la información); interoperabilidad entre los sistemas de información de las demás entidades con las que se articule; que esté disponible para su consulta en línea; y que disponga de un hardware con la capacidad de almacenamiento suficiente para la información que maneje.
- Eficiencia en los esquemas de contratación:** Considerando que los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios no se rigen bajo el derecho público, la DTS deberá establecer el método idóneo para asegurar

la prestación de estos servicios a los usuarios del régimen subsidiado, contar con el personal suficiente del área encargada para este fin y definir tiempos para finiquitar estos acuerdos.

**d. Conformación de un equipo exclusivo en la DTS para los temas relacionados con los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios:** Este equipo además de tener el conocimiento técnico para encargarse de ello, deberá ser, en número, suficiente para suplir las necesidades de la DTS conforme a las responsabilidades que establezca la nueva resolución, y en la medida de lo posible para evitar la constante rotación de personal se sugiere la suscripción de contratos por nómina.

**e. Continuidad en los procesos:** Todas las actividades que la norma dicta a la DTS se deberán ejecutar sin interrupciones, y se asegurará la capacitación continua de los funcionarios para evitar pérdidas en la curva de aprendizaje.

**f. Infraestructura física:** La red pública deberá contar con instalaciones en capacidad de responder a la demanda de la población del régimen subsidiado y con equipo médico vigente y en buen estado. En cuanto a la DTS, es necesario que tenga red telefónica y conectividad permanente para llevar a cabo sus procesos de manera oportuna.

**g. Gestión documental:** La DTS debe tener un sistema de gestión documental instaurado que permita hacer un seguimiento estandarizado de los procesos de la entidad, y los funcionarios deberán conocerlo al detalle.

**h.** No tener hallazgos o temas pendientes con la SNS.

Este proceso se deberá llevar a cabo al iniciar cada periodo de administración local. Para el funcionamiento de esta habilitación se requeriría una cuota de administración según el modelo elegido, que se financiaría con recursos del SGP destinados a Salud del componente de Oferta. Para ello, sería necesario que en la reforma que está llevando a cabo actualmente en el MHCP, se habilite la fuente como una bolsa no cambiante en la cual se puedan incluir gastos de administración. Hasta tanto la DTS cumpla los requisitos de habilitación deberá mantenerse en modelo dos, es decir, a través de la red de la EPS, con el fin de evitar retrasos o cuellos de botella en la prestación de los servicios.

Las DTS que no cumplan los requisitos de habilitación para el manejo de recursos deberán adherirse al modelo de gestión centralizado (ADRES), que se encargará de realizar los procesos de radicación, auditoría y pagos, a través del manejo de los recursos del SGP disponibles para esto, con o sin situación de fondos.

### 3.1.2 Plan de contingencia

Teniendo en cuenta que los efectos no deseados de la entrada en vigencia de la Resolución 1479 de 2015 son evidentes, que están generando problemas en el acceso a los servicios de salud y el adecuado flujo de los recursos,

y que las situaciones que se presentan en territorio no se solucionarán fácilmente, se recomienda la definición e implementación de un plan de contingencia, que consiste en una intervención adicional, para los procesos que llevan a cabo las DTS (recepción de facturas y auditoría), a través de brigadas de radicación y la contratación de una firma auditora nacional, que permita aliviar la carga operativa de la entidad y evite la interrupción del curso normal del proceso. Para las EPS será optativo unirse a este plan de contingencia, con el fin de evacuar las facturas pendientes por radicar, evitando o reduciendo los tiempos destinados a las auditorías que éstas realizan.

Complementariamente, este plan deberá verificar la situación financiera de las IPS que han sido impactadas por el problema de los no pagos, a partir de los balances financieros que recoge la SNS. Estas deudas deben ser aclaradas y se deben hacer compromisos de pago, a través de la conformación de mesas de negociación con presencia de la SNS, antes que las IPS acudan a la vía judicial, y antes de implementar los ajustes a la Resolución. La nueva norma también debe incluir un corte de cuentas con las DTS e identificar la magnitud de la deuda, la forma de pagarla y proyectar las necesidades de gasto corriente y administrativo. Además, la financiación de este plan y el eventual saneamiento de la deuda, se haría con recursos del SGP – Prestación de Servicios o con recursos del PGN según haya disponibilidad; también se podría considerar la creación de un fondo de estabilización con recursos decrecientes en un periodo previamente establecido, que se utilizaría para apoyar el saneamiento de la deuda y se financiaría con recursos provenientes de la subcuenta de Garantías, sin que las DTS dejen de aportar recursos para tal fin.

## 3.2 *Transversales*

### 3.2.1 Claridad jurídica

Dado que la mayor parte de los problemas asociados con la implementación de la resolución se deben, además de la baja capacidad institucional, a la falta de claridad jurídica de la norma actual, la nueva resolución deberá brindar total claridad jurídica sobre los siguientes aspectos:

**a. Competencias:** Detallar las implicaciones en términos de competencias que establecen la Ley 715 y la Sentencia T-760, pues las DTS no han interiorizado (o aceptado) que estas competencias les pertenecen. Esta es una de las principales razones por las cuales los actores en territorio consideran que el pagador de última instancia es el Ministerio. Si bien en la Resolución actual, en los considerandos se hace mención a estas normas, se sugiere listar las competencias literalmente, incluyendo aquellas relacionadas con la financiación. La norma debe indicar que el Ministerio no va a transferir recursos para cubrir las deudas adquiridas.

**b. Contratación:** Aclarar que en virtud del modelo de operación del sistema de salud, en el que se realizan pagos por evento y se defiende la vida del paciente como interés superior, no se requiere la suscripción de contratos entre las DTS y los diferentes prestadores para la prestación de los servicios no incluidos en el plan de beneficios.

La obligación del pago se fundamenta en las competencias de la DTS como pagador, una vez el prestador ha garantizado el acceso para el paciente.

**c. Roles:** Establecer el rol de cada uno de los actores y las actividades que les competen (incluyendo radicación, auditoría y conciliación de cuentas), para evitar interpretaciones variadas o a favor de los intereses de algún actor. Asimismo, aclarar que el asegurador es responsable de garantizar la integralidad del servicio de todos sus usuarios.

**d. Recobro:** Delimitar en cuáles casos la figura del recobro puede continuar, puesto que en muchas DTS se ha seguido utilizando esta figura y existen incentivos para mantenerla. Se sugiere que esta figura se mantenga únicamente en los siguientes casos: i) tutelas No-POS falladas en contra de la EPS, ii) medicamentos vitales no disponibles y iii) medicamentos o tecnologías en salud que requieren un proceso de importación.

**e. Anticipo:** Señalar de manera explícita que la figura del anticipo solo podrá emplearse en los siguientes casos: i) tutelas No-POS falladas en contra de la EPS, ii) medicamentos vitales no disponibles y iii) medicamentos o tecnologías en salud que requieren un proceso de importación; siempre y cuando no sea usado como condición para la prestación de los servicios no incluidos en el plan de beneficios y su pago se encuentre a cargo de la EPS. Frente a lo anterior, la SNS podría sancionar una norma al respecto.

### 3.2.2 Procesos y tiempos

Con el fin de evitar que los actores involucrados en el proceso se enfrenten a al menos 36 esquemas de operación distintos, los procesos de facturación, radicación, auditoría, definición de precios, glosas, conciliación y pagos deben estandarizarse a nivel nacional, incluyendo tiempos máximos explícitos para cada actividad, mediante mecanismos que defina la nueva norma. En aras de la contención del gasto, es optativo para la nación adoptar las buenas prácticas de auditoría de las DTS.

### 3.2.3 Articulación

La norma que expida el Ministerio debe definir exactamente los mecanismos para articular/integrar a los actores en la consecución de los objetivos propuestos allí, con el fin de que todos confluyan hacia el mismo fin. Adicionalmente, para facilitar la implementación de los procesos de la resolución, se debe avanzar en los siguientes aspectos:

**a. Socialización:** Definir en la norma los mecanismos y tiempos de socialización de las decisiones tomadas por las DTS, con los demás actores del SGSSS, incluyendo el acto administrativo que define el modelo elegido y todos los demás temas abarcados en la resolución, independientemente del modelo elegido, o si se administra a través de ADRES.

- b. Jueces:** Diseñar una estrategia de interacción con los jueces, con el fin de enfatizar las particularidades del sistema de salud y de los procesos del régimen subsidiado, especialmente a cargo de las DTS. El Ministerio, además de apoyar esta labor, deberá socializar con ellos la Sentencia T-760 y la nueva norma, debido a que los fallos de tutelas están saliendo en contra de las EPS o las IPS y no de las DTS quienes son las responsables de estos pagos. El éxito de esta práctica dependerá del respaldo de una ley de jerarquía a nivel nacional.
- c. BDUA:** Permitir que quien esté a cargo de la auditoría consulte el histórico del estado de afiliación de los usuarios y el régimen al que pertenecen para facilitar este proceso. Además, considerando que la prestación del servicio se realiza mediante la consulta a esta base de datos, podría homogenizarse oferta y demanda, de manera que el giro de recursos de lo no incluido en el plan de beneficios para el régimen subsidiado se haga también por medio de los afiliados registrados en BDUA; esta iniciativa podría materializarse en el marco de la reforma que se está llevando a cabo actualmente en el MHCP al SGP.
- d. Inmigrantes:** Propiciar la realización de mesas de trabajo interinstitucionales en las que se tomen decisiones sobre la población inmigrante y la falta de actualización de los datos de beneficiarios dispuestos en los sistemas de información nacionales.

### 3.2.4 Asistencia técnica

Desde el nivel central se debe brindar una asistencia técnica integral, sistematizada y permanente, a partir de la definición de un protocolo que permita establecer el alcance del acompañamiento y los mecanismos de consulta, o los canales de comunicación, a través de los cuales las entidades del orden local puedan resolver sus dudas.

Para que la asistencia sea integral es importante que al interior del Ministerio se generen espacios deliberativos sobre la situación actual de cada una de las DTS y se discutan todos los temas concernientes a la norma, incluso con los demás temas del Viceministerio de Protección Social, con el fin de no tener una visión fraccionada de la situación a nivel territorial; sistematizada se refiere a que todos los departamentos reciban capacitación sobre los mismos parámetros; y permanente implica la disponibilidad del nivel central para responder oportunamente a los requerimientos de las entidades (documentación de apoyo, tutoriales, reuniones virtuales y presenciales, protocolos y manuales).

Esto requiere un amplio fortalecimiento de la DFS en talento humano, es decir, capacidades y suficiencia de personal; la realización de constantes capacitaciones y la definición de roles para evaluar y apoyar a los territorios, preferiblemente asignando técnicos por departamentos o región. Adicionalmente, deberán realizar seguimiento y retroalimentación a los reportes, resultados y uso de recomendaciones que se hayan implementado en las DTS.

Paralelamente, se recomienda actualizar y difundir las herramientas de consulta (e.g. Pos Populi) dispuestas por el Ministerio para la identificación de las tecnologías incluidas en el plan de beneficios. Estas herramientas se podrían dar a conocer durante las capacitaciones o acompañamientos realizados por el MSPS a las diferentes DTS.

### 3.2.5 IVC

Dadas las evidentes fallas del proceso de vigilancia y control, tanto en el nivel nacional como en el territorial, se hace necesario fortalecer las estrategias de IVC en relación con los procesos de la resolución, de manera explícita en la norma, mediante:

- a. Realización periódica de mesas de trabajo con la SNS en las que se revisen los hallazgos de IVC realizado sobre los procesos de la Resolución 1479 y con base en ello se generen planes de acción y se tomen decisiones.
- b. Definición de un esquema de seguimiento en las DTS a los usuarios del régimen subsidiado que están accediendo a lo no incluido en el plan de beneficios por medio de la facturación con sus respectivos soportes, en contraste con el ASIS.
- c. Rendición de cuentas por parte de las DTS sobre los hallazgos de IVC del ejercicio anterior y sus medidas correctivas frente a los procesos de la resolución, ante la SNS.

## 3.3 Específicas

### 3.3.1 Autorización de servicios y tecnologías

Teniendo en cuenta que la autorización de los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios no está funcionando de la mejor manera, se recomienda avanzar en la eliminación de la figura del CTC, tal como se hizo para el régimen contributivo, y unirse a Mipres. Esto con el fin de ejercer un mayor control sobre las prescripciones de lo no incluido en el plan de beneficios, y a la vez facilitar los trámites y el seguimiento para las IPS y los usuarios. El Ministerio deberá hacer acompañamiento técnico, y eventualmente financiero, para su implementación, dadas las evidentes falencias institucionales y financieras de las entidades territoriales expuestas a lo largo de este documento.

### 3.3.2 Homólogos

Se recomienda ampliar el listado de comparadores administrativos, y dar claridad en la norma sobre su definición y uso. Durante el periodo de transición de la actualización y ampliación de este listado, y para evitar que se sigan presentando problemas a lo largo de la cadena de valor por la falta de este elemento, se puede evaluar la posibilidad de que la EPS asuma un porcentaje fijo del valor total de la facturación de lo no incluido en el plan de beneficios, que corresponderá al 5%, valor que se obtiene a partir de la participación histórica promedio del homólogo o sustituto en las solicitudes de recobro del régimen contributivo.

### **3.3.3 Prestación de servicios**

Es necesario realizar ajustes en el proceso de autorización de los servicios y definición del prestador, con el fin de racionalizar los trámites para los actores, en especial para el paciente.

Teniendo en cuenta el nuevo enfoque del plan de beneficios, asociado a lo dictaminado por la Ley Estatutaria de Salud, debería definirse con mayor precisión los servicios y tecnologías que no se encuentran cubiertos por este. En el mismo sentido, la definición de exclusiones permitirá acotar lo que deberán pagar las DTS por prestaciones no incluidas en el plan de beneficios (se pagarán exclusiones únicamente si vienen por fallo de tutela). Estas definiciones deben ser paralelas a lo establecido en el régimen contributivo. No obstante, si el usuario requiere de servicios complementarios, como transporte o alojamiento, por pertenecer al régimen subsidiado, se recomienda el diseño e implementación de otro subsidio que financie estos servicios.

### **3.3.4 Facturación**

Requerir la generación de dos facturas, una dirigida al pagador de lo no incluido en el plan de beneficios (descontando el valor del homólogo) y otra dirigida a la EPS responsable de asumir el valor del homólogo, únicamente con el valor de dicho descuento. Para esto, el MSPS aclarará a los actores la viabilidad técnica y jurídica de esta práctica y dará lineamientos a las DTS para el acompañamiento a las IPS en el proceso.

### **3.3.5 Radicación**

Teniendo en cuenta que la intermediación de las EPS ha generado represamientos de facturas y cuellos de botella en el flujo de recursos, se recomienda definir en la norma que toda la facturación, independientemente del modelo adoptado, debe ser radicada por la IPS y únicamente para el caso de los proveedores, por la EPS, ante el pagador. Se prevé que con la implementación de Mipres el diligenciamiento del MYT sea un proceso más sencillo y expedito, que no genere cargas administrativas en las IPS a la hora de generar las facturas.

### **3.3.6 Auditoría**

Se recomienda diseñar e implementar un manual estandarizado para auditoría, glosa y conciliación de cuentas, con las particularidades del régimen subsidiado, y requerir su uso en todas las DTS, para que sea homogéneo para todos los actores involucrados. También deberá ser explícito en la norma la necesidad de incluir a los prestadores y proveedores en el proceso de conciliación de glosas, lo cual conduciría a consensos rápidos y agilizaría el proceso de aprobación para hacer efectivo el pago. No obstante, para los proveedores de insumos y tecnologías en salud, se permitirá que decidan si surten el proceso de radicación y auditoría directamente, o lo realizan a través de la

EPS, lo cual deberá quedar definido en la sección de roles de la nueva norma. Adicionalmente, con el fin de reducir incentivos a la no radicación por parte de las EPS, se deberán establecer unos tiempos máximos de radicación.

Con el fin de reducir procesos y tiempos, la nueva norma deberá dejar explícito que únicamente las DTS realizarán la auditoría de las cuentas médicas. En la medida en que los procesos que anteceden a la auditoría funcionen correctamente (autorizaciones, homólogos, tarifas de referencia), se reducirían los incentivos de las EPS a realizar una propia.

### 3.3.7 Precios

En la norma se deberá establecer, que de acuerdo con el Decreto 2153 de 1992, los precios de los servicios y tecnologías no incluidos en el plan de beneficios concertados entre DTS/EPS e IPS serán de público conocimiento para los implicados. Además, se requiere elegir una de las siguientes alternativas según el modelo adoptado por la DTS:

- a. Generar mecanismos que permitan la definición de unos precios de mercado, como la compra por medio de subasta inversa, cuando la capacidad institucional lo permita.
- b. En el marco de los contratos por evento/diagnóstico entre las EPS/DTS y las IPS, se podrían realizar estudios de mercado que permitan determinar tarifas de referencia.
- c. Incentivar la competencia en los casos en que no exista, abriendo el mercado de determinado servicio o tecnología.

### 3.3.8 Sistemas de información

En aras de fortalecer el registro administrativo para su uso estadístico, que permita la obtención de datos más consistentes, y dé lugar a la realización de cruces y análisis de información más robusta, se proponen las siguientes estrategias:

- a. Ajustar variables existentes, a través de una definición más concreta en las descripciones de las variables y delimitar los valores admitidos en cada campo.
- b. Incluir nuevas variables que permitan generar análisis de interés para los actores que realizan el seguimiento a la información, y que faciliten la comparación con los hallazgos del régimen contributivo, así como cruzar información con otras fuentes (e.g. anexo técnico de la Circular 030, BDUA o PILA).
- c. Adoptar e implementar mallas de validación que aboguen por la consistencia de los datos reportados y que generen alertas de apoyo que faciliten el registro de información en el sistema.

- d. Articular los requerimientos de información realizados por el nivel central a las DTS, con el fin de disminuir la carga de reporte de datos; esto a su vez compatibilizaría los diferentes sistemas de información, y conduciría a seguimientos a las DTS más completos.
- e. Acompañar en el diligenciamiento del registro, a través de la generación de material de apoyo (e.g. manuales, tutoriales, referenciación de páginas de consulta) y contacto presencial o a distancia para la resolución de dudas. Complementariamente, se recomienda desarrollar clasificaciones para los servicios que aún no cuentan con una, como Insumos y Otros servicios.
- f. Sensibilizar a los actores de la utilidad del registro, para lo cual es importante retroalimentar constantemente a los actores que registran datos, y permitir su consulta y uso de esta información de acuerdo con el perfil de cada usuario.

Así mismo, con el fin de integrar y mejorar los sistemas de información de las entidades, así como permitir trazabilidad a los procesos llevados cabo se recomienda:

- a. Desarrollar en el nivel central un sistema de información vinculante para todos los procesos.
- b. Publicar en la página web de las DTS, o en un módulo desarrollado en el sistema, el valor registrado para cada IPS (radicación, estado de auditoría, glosa y pago). Esto teniendo en cuenta que contar con un mecanismo de información y seguimiento, contribuye a la transparencia de los procesos y confianza por parte de todos los actores involucrados.

### **3.3.9 Pagos**

Considerando lo establecido en la Ley 1122 de 2007, es deseable el pago de un abono que correspondería a un porcentaje del valor cobrado por cada factura radicada a la DTS. Este pago parcial se definiría optativamente entre prestador y pagador de lo no incluido en el plan de beneficios.

## Referencias

Cabanillas, C., Resinas, M., & Ruiz, A. (2011). Mixing RASCI matrices and BPMN together for responsibility management. *Jornadas de Ciencia e Ingeniería de Servicios*.

F. S. (2014). *Qualitative data analysis with ATLAS. ti*. Sage.

Heizer, J., & Render, B. (2007). Gestión de la calidad. En J. Heizer, & B. Render, *Dirección de la producción y de operaciones. Decisiones estratégicas* (8 ed. ed.). Pearson-Prentice-Hall.

Ministerio de Salud y Protección Social (2004). *Sistema de Seguridad Social en Salud: Régimen Contributivo*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20INFORMATIVA%20DEL%20REGIMEN%20CONTRIBUTIVO.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de noviembre de 2013). *Por medio de la cual se unifica el procedimiento de recobro por concepto de tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, suministradas a los afiliados del régimen subsidiado en Salud, a cargo del respectivo ente territorial y se dictan otras disposiciones*. [Resolución 5073 de 2013]

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Aseguramiento al Sistema de Seguridad Social en Salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (26 de mayo de 2015). *Por la cual se establece el procedimiento para el cobro y pago de servicios y tecnologías sin cobertura en el Plan Obligatorio de Salud suministradas a los afiliados del régimen subsidiado*. [Resolución 1479 de 2015]

Parsons, T. (1968). *La estructura de la acción social*. Madrid: Guadarrama.

Parsons, T. (1999). *El sistema social*. España: Alianza.

Pinto, J. (2000). Asignación y determinación de prioridades de procesos esenciales, con base en los factores críticos de éxito. *Estudios Gerenciales*, 16(74), 79-89.

Rodríguez, G., Gil, J., & García, E. (1999). *Métodos de la investigación cualitativa*. Archidona, Málaga: Aljibe.

Sakhuja, S., & Vipul, J. (2012). Service supply chain: An integrated conceptual framework. *Computers and Industrial Engineering*, 42, 16-18.

Talcott, P. (1999). *El sistema social*. España: Alianza.