



SEGUIMIENTO A RECOBROS NO POS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Resultados 2014 y 2015

**Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de
Política Pública**

**Oficina Asesora de Planeación y Estudios
Sectoriales**

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de la Protección Social

BIBIANA MARÍA QUIROGA FORERO
Jefe Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales

Equipo Técnico

Andrés Leonardo Acosta-Hernández

Jair Alberto Arciniegas Barrera

María Angélica Ardila Lara

David Eduardo Gómez Lizarazú

Adix Arbey Moreno Moreno

Contenido

Introducción.....	6
Metodología y limitaciones	8
1. Panorama general saldos consolidados del Fosyga	13
2. Caracterización los recobros presentados a nivel nacional.....	14
2.1. Evolución valores totales de recobro.....	15
2.2. Cantidad de solicitudes de recobro	18
2.3. Valor promedio por recobro.....	19
2.4. Cantidad de usuarios del recobro.....	20
2.5. Valor promedio por usuario	20
2.6. Cantidad de solicitudes de acuerdo al tipo de recobro	21
2.7. Composición del recobro.....	22
2.8. Solicitudes de recobro por tipo de recobro y composición	23
2.9. Diagnósticos con mayor valor aprobado	25
2.10. EPS con mayor valor aprobado	28
2.11. Proveedores con mayor valor aprobado a nivel nacional	31
3. Caracterización los recobros presentados a nivel departamental	33
3.1. Valor aprobado total y promedio por usuario por departamento	33
3.2. Diagnósticos más recobrados por departamento	34
4. Concentración según ingreso de los usuarios del recobro	37
4.1. Distribución de ingresos y valor aprobado respecto a la población.....	37
4.2. Concentración del valor aprobado de los recobros respecto al ingreso	38
5. Conclusiones y recomendaciones.....	39
Referencias	41

Índice de Tablas

Tabla 1. Valores recobrados 2013-2015 (precios constantes 2015)	15
Tabla 2. Número de solicitudes de recobro 2009-2015.....	18
Tabla 3. Usuarios del recobro	20
Tabla 6. Principales diagnósticos con mayor valor aprobado ante el Fosyga – 2014	26
Tabla 7. Principales diagnósticos con mayor valor aprobado ante el Fosyga – 2015	27
Tabla 8. Top 10 EPS con mayor valor aprobado 2014 (precios constantes 2015).....	29

Tabla 9. Top 10 EPS con mayor valor aprobado 2015.....	29
Tabla 10. Top 10 proveedores con mayor valor aprobado 2014 (precios constantes 2015)	31
Tabla 11. Top 10 proveedores con mayor valor aprobado 2015	32

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Comportamiento histórico Índices de Precios al Consumidor	12
Gráfico 2. Evolución saldos consolidados Fosyga 2009-2015	14
Gráfico 3. Valores aprobados en comparación a la subcuenta de compensación y saldos consolidados del Fosyga 2009-2013.....	16
Gráfico 4. Valores aprobados con constancia de cancelación de factura 2009-2015 (precios constantes 2015) ...	17
Gráfico 5. Porcentaje de Glosa 2009-2015	18
Gráfico 6. Valor promedio por solicitud radicado y aprobado (precios constantes 2015).....	19
Gráfico 7. Valor promedio por usuario (precios constantes 2015).....	21
Gráfico 8. Tipo de las solicitudes de recobro (CTC o tutela)	22
Gráfico 9. Composición del recobro en valores (precios constantes 2015).....	23
Gráfico 10. Composición y tipo de las solicitudes recobro	24
Gráfico 11. Composición y tipo de los valores de recobro (precios constantes 2015)	25
Gráfico 12. Porcentaje de glosa para el top 10 de EPS con mayor valor aprobado en 2014	30
Gráfico 13. Porcentaje de glosa para el top 10 de EPS con mayor valor aprobado en 2015.....	31
Gráfico 14. Curva de Lorenz de ingresos 2014-2015.....	37
Gráfico 15. Curva de Lorenz de valor aprobado 2014-2015	38
Gráfico 16. Curva de Concentración valor aprobado recobros - ingresos 2014-2015.....	39

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1. Flujo de datos cruce bases recobros DAFPS y BDUA.....	9
Ilustración 2. Flujo de datos cruce bases recobros DAFPS y PILA.....	11
Ilustración 3. Valor aprobado total y promedio por usuario por departamento de afiliación 2014 (precios constantes 2015).....	34
Ilustración 4. Valor aprobado total y promedio por usuario por departamento de afiliación 2015	35

Siglas

BDUA	Base de Datos Única de Afiliados
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades
CTC	Comité Técnico-Científico
CRES	Comisión de Regulación en Salud
DAFPS	Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EAPB	Entidad Administradora de Planes de Beneficios
EPS	Entidad Promotora de Salud
Fosyga	Fondo de Solidaridad y Garantía
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
IBC	Ingreso Base de Cotización
IPC	Índice de Precios al Consumidor
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
MYT	Medicamentos Y Tutelas
OAPES	Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales
PILA	Planilla Integrada de Liquidación de Aportes
POS	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SISMED	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
SISPRO	Sistema Integral de Información de la Protección Social
UPC	Unidad de Pago por Capitación

Introducción

El SGSSS afronta diferentes desafíos en cuanto a la sostenibilidad financiera de mediano y largo plazo. La escasez de recursos a ser destinados para el pago de recobros por concepto de los servicios y tecnologías que no se encuentran dentro del POS representa uno de los retos para el sistema, pues a medida que se agotan los recursos para este pago, se amenaza la sostenibilidad fiscal y por ende la garantía del derecho a la salud.

Desde el año 2009 los recobros han presentado un comportamiento creciente tanto en el número como en el valor, motivo por el cual el MSPS, ha adoptado medidas tendientes a controlar los precios de los medicamentos que históricamente han mostrado grandes volúmenes de recobros en el régimen contributivo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015a). De esta manera el MSPS busca mitigar el efecto negativo que puede generar el incremento en el gasto por prestaciones No POS, efecto que de mantenerse puede derivar en la insostenibilidad del sistema en su conjunto. Otras medidas de control efectuadas han sido la determinación de valores máximos de recobro¹ (medida que se adoptó entre los años 2010 y 2012), la actualización del POS (mediante el Acuerdo 029/02011 de la CRES y la Resolución 5521/2013) y medidas administrativas como el giro previo y directo y el saneamiento de cuentas².

Las medidas anteriormente mencionadas han mostrado efectos positivos que para el MSPS son importantes en el camino a mantener un SGSSS sostenible, que abogue por la garantía del derecho a la salud para todos los colombianos. Algunos de estos resultados son: i) la reducción del promedio nacional de glosa, que se encontraba en 32% entre los años 2009 y 2012 y pasó a un promedio de 27% para los años 2013 a 2015, ii) a 2014 el valor aprobado del total de recobros solicitados se redujo en 235 millones de pesos con respecto al año 2013, ésta reducción supone una disminución de cuatro puntos porcentuales de aprobación de solicitudes recobradas (pasando de 85% en 2013 a 81% en 2014), y finalmente iii) un patrón decreciente de las solicitudes de recobro vía tutela y una tendencia creciente de las solicitudes realizadas por medio del CTC.

Finalmente, como es posible apreciar en el Boletín de cifras financieras del sector salud No. 11 (MSPS, 2015a), la adopción de estas medidas permitió la generación de ahorros por un valor de \$1,67 billones entre 2001 y 2014, gracias al giro previo y directo el porcentaje de giros a favor de IPS pasó de 28% en 2012 a 80% en 2014, mientras que por saneamiento de cuentas en 2014 el 100% de los recursos aprobados fueron girados a favor de las IPS; asimismo, las personas únicas beneficiadas aumentaron 7,8% de 2013 a 2014 y 14,0% entre 2014 y 2015.

En este contexto, el presente estudio surge con la finalidad de dar continuidad al Boletín de cifras financieras del sector salud llevado a cabo por la DAFPS, para tener un conocimiento detallado del comportamiento de los recobros, de acuerdo con la importancia que tienen estos reconocimientos en la sostenibilidad financiera del SGSSS, como ya fue mencionado, y en la garantía del derecho a la salud de la población; enriqueciendo este ejercicio por medio de la articulación de diferentes fuentes de información como BDU y PILA.

¹ Mediante las resoluciones 5229 del 14 de diciembre de 2010, 1020 del 31 de marzo de 2011, 1697 del 18 de mayo de 2011, 3026 del 22 de julio de 2011, 3470 del 18 de agosto de 2011, 4316 del 27 de septiembre de 2011 y 2569 del 30 de agosto de 2012.

² Esta medida por ser de carácter administrativo carecer de soporte jurídico, además se implementó de manera gradual.

En ese orden de ideas, los objetivos que persigue este estudio son: i) caracterizar estos reconocimientos en los años 2014 y 2015 y ii) brindar herramientas para la toma de decisiones de política pública basada en la evidencia del sector salud en relación con los servicios y tecnologías no incluidos en el Plan de Beneficios.

El documento consta de siete secciones incluyendo esta introducción; en primera medida, se muestra la metodología del estudio y sus limitaciones, luego, un panorama general de la cuenta del Fosyga que es con la cual se da reconocimiento a estos servicios y tecnologías no incluidos en el POS, seguido de una caracterización nacional de los recobros presentados al Fosyga entre los años 2014 y 2015, indagando porcentaje de glosa, usuarios del recobro, valor promedio por solicitudes y por usuario, tipo de recobro por solicitud, composición del mismo en tipo de servicio, medicamentos y diagnósticos con mayor participación en los recobros, aseguradoras (EPS) y proveedores que concentran el mayor porcentaje de recobros a nivel nacional; en algunos casos se usaron datos entre 2009 y 2013 (obtenidas del Boletín de cifras financieras del sector salud No. 1, MSPS, 2015a) para contar con una perspectiva histórica de la variable estudiada. Seguido a ello se presenta la caracterización por departamento de afiliación, en donde se observa valor aprobado total y promedio por usuario para cada departamento, y de forma más detallada, los diagnósticos recobrados en los departamentos, comparando con el ASIS nacional en donde fue posible. Posteriormente se encuentra un estudio de distribución relativa de los recobros solicitados respecto al ingreso de los usuarios, en donde se calculan coeficiente de Gini, curva de Lorenz y curva e índice de concentración para los años 2014 y 2015. Finalmente, se exponen las conclusiones y recomendaciones a las cuales se ha llegado con este ejercicio.

Metodología y limitaciones

Este estudio es, en su mayoría, un análisis descriptivo, realizado a través del procesamiento de la Base de Datos de recobros administrada por la DAFPS; haciendo uso de estadísticos descriptivos como sumas, valores máximos y mínimos y promedios simples se obtuvieron las tablas y gráficos aquí presentados. Considerando la cantidad de registros de las bases de datos tanto para 2014 como para 2015, el proceso se llevó a cabo en el software *IBM SPSS Statistics Professional* versión 24.

Es importante establecer la diferencia entre valores radicado, aprobado y glosado, el primero corresponde al total diligenciado por la Entidad solicitante del recobro, mientras que el valor aprobado es aquel que ha atravesado el proceso de auditoría del Fosyga; y la glosa, se define como una

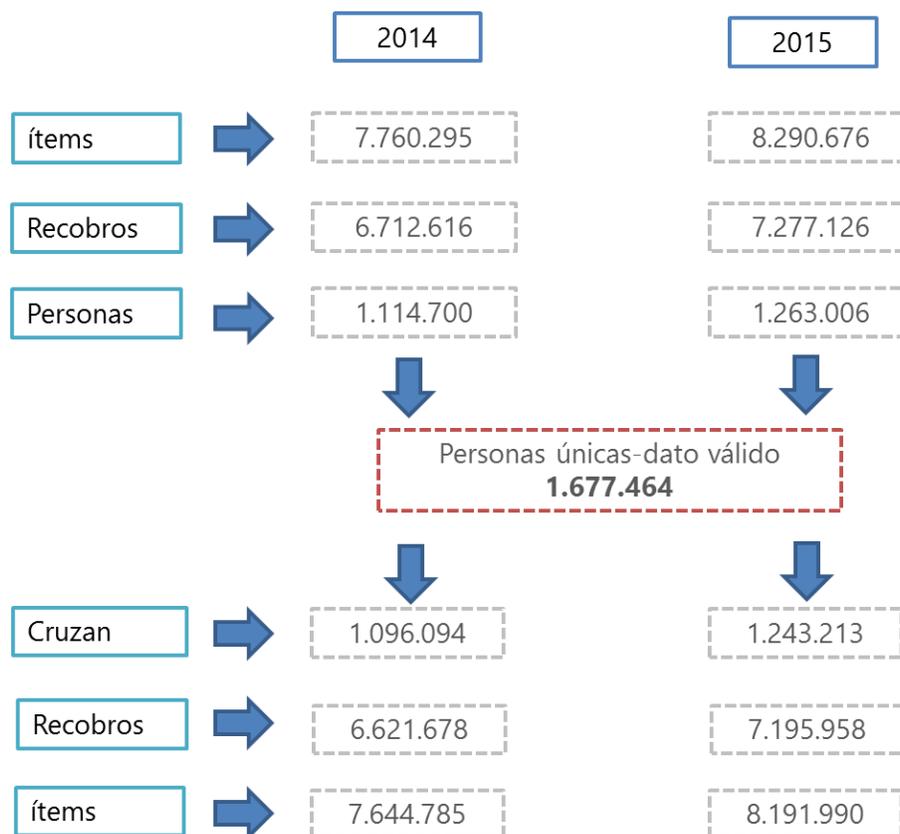
“no conformidad que afecta en forma parcial o total el valor de la factura por prestación de servicios de salud, encontrada por la entidad responsable del pago durante la revisión integral, que requiere ser resuelta por parte del prestador de servicios de salud” (Resolución 3047, 2008)

Es decir, el valor que no es reconocido por el Fosyga a la Entidad recobrante. En la mayoría de los casos, este estudio enfatiza en los valores aprobados de las solicitudes de recobro, en aras de revisar el impacto de estos reconocimientos en la sostenibilidad financiera del Sistema, sin embargo, en algunos casos en donde se busca un enfoque de carácter epidemiológico –como en la sección 3.2– se analiza a profundidad el valor radicado.

Para el caso de la caracterización a nivel nacional, que se encuentra en la sección 2 de este Boletín, todos los resultados se obtienen a partir de las variables que entrega la base de datos, que son recogidas a través de los formatos MYT establecidos en la resolución 3099 de 2008, puntualmente para la sección 2.9 (medicamentos no POS con mayor valor aprobado) el análisis se realizó por ATC según lo registrado en el Invima para hacer una caracterización agregada por principio activo y no por forma comercial, y en cuanto a las secciones 2.10 y 3.2 referentes a diagnósticos, se tomó la clasificación internacional CIE-10 homologada para Colombia. Para la sección 2.11 en la cual se refiere al número de afiliados por EPS, se consultó el cubo de BDUA administrado por SISPRO, calculando para cada entidad y para el total nacional, un promedio aritmético simple anual del total de afiliados al régimen contributivo.

Con el fin de llevar a cabo la aproximación geográfica de la distribución de los recobros, se ejecutó un cruce de bases de datos de la información de la BDUA con fecha de corte 31 de diciembre de la respectiva vigencia con la base de recobros para los años 2014 y 2015. La Ilustración 1 muestra el flujo de cruce de datos de la operación realizada: El resultado de este procedimiento llevó a la consolidación de una base con información de municipio y departamento de afiliación equivalente al 98% del total de datos iniciales. La mayor limitación con que cuenta este cruce, considerando que la pérdida de información fue mínima, es la fecha de corte de la BDUA, ya que la fecha de corte de 31 de diciembre no implica un consolidado de afiliación del año sino únicamente el estado de afiliación para dicho mes, además, no indica la ubicación en la cual se realizó la solicitud de recobro. Si bien es posible realizar el cruce de información de la BDUA con la fecha de prestación del servicio registrada en la base de recobros, para obtener así la ubicación de afiliación del usuario en el mes en que le fue prestado el servicio, no se realizó de esta manera porque arrojaría resultados dinámicos (mes a mes) que dificultarían su análisis.

Ilustración 1. Flujo de datos cruce bases recobros DAFPS y BDUA



Fuente: Elaboración OAPES.

En cuanto al estudio de distribución relativa de los recobros solicitados respecto al ingreso de los usuarios, se solicitó la información del promedio anual de IBC salud por tipo de cotizante, disponible en PILA para el total de usuarios encontrados en la base de recobros; este IBC promedio posteriormente se transformó para obtener una proxy de los ingresos.

Considerando que no todos los usuarios del recobro son cotizantes activos, la información que se recibió del cruce correspondió al 45,5% del total para ambos años (ver Ilustración 2); estos datos contenían fallas propias del sistema como valores de IBC promedio en cero para tipos de cotizante que no pueden tener esta condición, a saber, cotizantes tipo 1 (dependiente), 2 (servicio doméstico) y 3 (independiente) según lo determina el Formulario único de PILA (Resolución 0634, 2006); los datos válidos constituyeron aproximadamente el 45,3% de la información total de personas registradas en la base de recobros (en total 4.598 datos inválidos para los dos años).

Los datos válidos incluían duplicados, debido a que se presentan casos de aportes a salud de una misma persona por diferentes tipos de cotizante en el mismo periodo. En estos casos, para obtener el IBC de las personas únicas fue necesario hallar promedios ponderados, usando como ponderador el total de periodos cotizados para cada

vigencia; este proceso condujo a un total de 266.890 personas únicas para 2014 y 301.556 para 2015. En los otros casos, se tomó el IBC registrado

Teniendo en cuenta que el IBC corresponde al 40% de los ingresos y que el valor mínimo por el cual se puede cotizar a salud es el salario mínimo (Decreto 1703, 2002) la transformación del promedio anual de IBC salud en ingresos se realizó de dos formas dependiendo de:

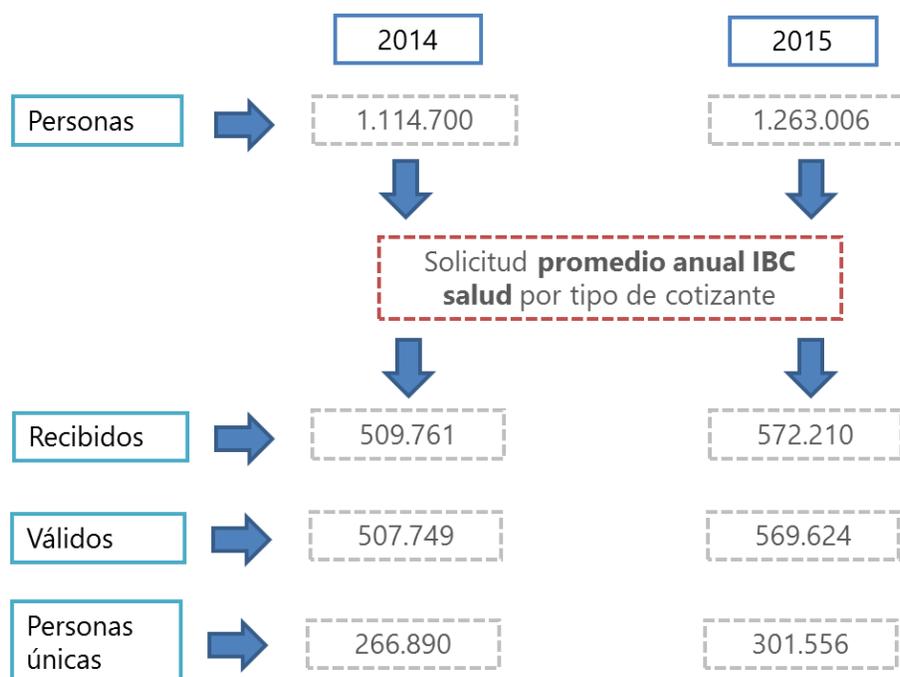
- Para aquellos IBC superiores al salario mínimo de cada vigencia se halló el 60% restante, valor que se sumó al IBC, suma que constituyó el valor de ingreso.
- Para los IBC iguales al salario mínimo se realizó el proceso descrito anteriormente. No obstante, con el ánimo de distribuir mejor estos ingresos –pues existen personas con ingresos que pueden ser inferiores a \$1.540.000 en 2014 y \$1.610.875 en 2015, se les imputó la distribución de ingresos reportados en los microdatos expandidos en las mediciones de Pobreza Monetaria y Desigualdad del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2015; DANE, 2016b) pertenecientes al régimen contributivo para los años en estudio. Esta distribución se realizó por percentiles de 5%, en donde se asignó a cada individuo de cada percentil un ingreso monetario aleatorio correspondiente a la misma distribución por percentiles de la medición de pobreza.

Estos cálculos supusieron una aproximación a nivel de ingresos monetarios para el 24% de los usuarios de los recobros en 2014 y 2015, lo cual representa una limitación en tanto los resultados no son generalizables a todo el universo; los resultados producto de este cruce, a saber, el cálculo de Curva de Lorenz, Coeficiente de Gini, Curva de Concentración e Índice de Concentración aplican únicamente para esta población, que cuenta con la característica específica de ser cotizantes activos, además, el 51,4% de estas personas se encontraron en ambos años (276.360 personas únicas en 2014 y 2015).

Inicialmente se realizó un ejercicio de distribución univariado por medio de la construcción de la Curva de Lorenz y el cálculo del Coeficiente de Gini, con el fin de encontrar patrones de concentración en el total de ingresos en la población estudiada y los valores aprobados de las solicitudes de recobro. La Curva de Lorenz es una representación gráfica de la desigualdad, que ilustra frecuencias acumuladas de una distribución observable con respecto a su distribución uniforme (como percentiles de la población respecto a una variable socio-económica), una mayor distancia de la distribución uniforme (la línea de 45°), que representa la línea de equidad, indica mayor concentración de esta variable socio-económica en determinado percentil de la población; y el Coeficiente de Gini, está definido como el área entre la línea de equidad y la Curva de Lorenz (Gradín & Del Río, 2001; Schneider, et al., 2002), estos resultados se encuentran en la sección 3.1.

Posteriormente se calcularon dos indicadores de dispersión estadística la Curva e Índice de Concentración. La Curva grafica la proporción de salud en relación a la proporción acumulada de la población ordenada de acuerdo a su nivel de ingreso (de los más pobres a los más ricos) y el Índice cuantifica el grado de desigualdad en que la variable de ingreso o una variable socio-económica está relacionada con la variable de salud, que en este caso es el valor aprobado de los recobros (O'Donnell, van Doorslaer, Wagstaff, & Lindelow, 2008).

Ilustración 2. Flujo de datos cruce bases recobros DAFPS y PILA



Fuente: Elaboración OAPES.

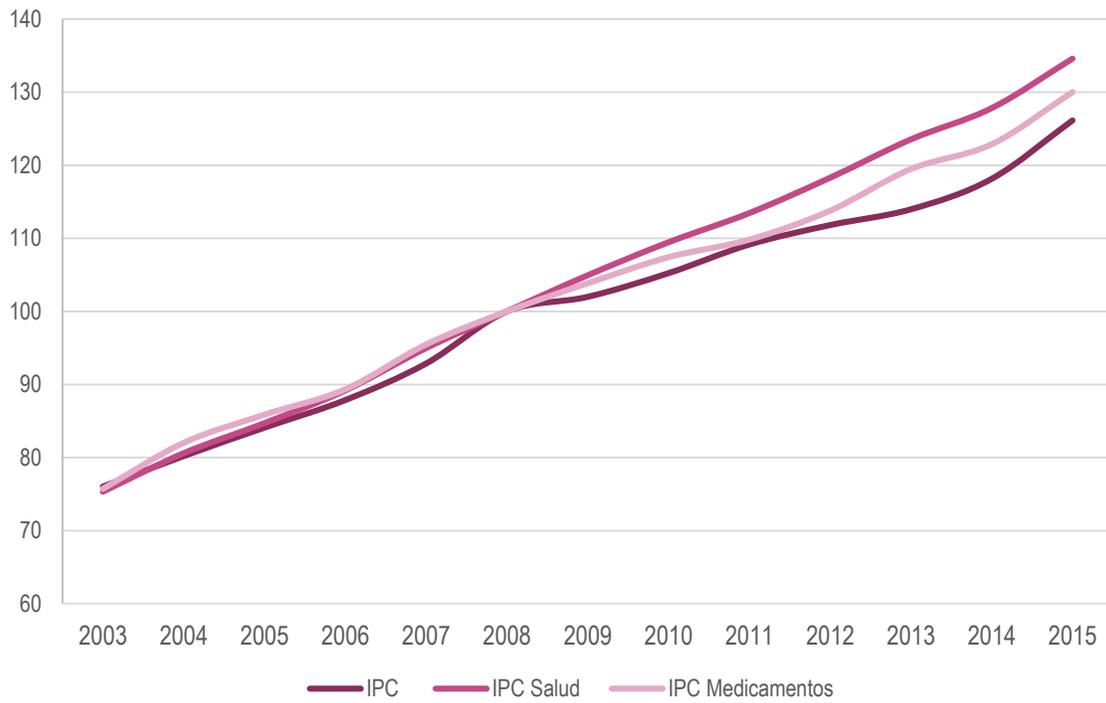
Este índice posee un rango entre -1 y 1 y se define como $IC = \frac{2}{\mu} cov(h, r)$, donde h es la variable de salud, μ es su media, y $r = \frac{i}{N}$ es el rango fraccional, siendo N el total de individuos ordenados de acuerdo a la variable de ingreso (O'Donnell, van Doorslaer, Wagstaff, & Lindelow, 2008).

Los cálculos de estos estadísticos a partir del micro-dato se llevaron a cabo en el Software *R* versión 3.4.1 y los resultados fueron verificados en meta-datos agrupados por quintiles de ingreso en *Microsoft Office Excel 2013*.

Finalmente, con el fin de realizar cálculos de variaciones y observar comportamientos históricos, las unidades monetarias que se presentan en este Boletín se encuentran en precios constantes de 2015, deflactadas con el IPC de salud que calcula el DANE. Se ha decidido usar este índice con el fin de aislar los efectos inflacionarios en el sector salud y así como por los bienes y servicios que contiene la canasta con la cual se calcula este índice, en tanto el IPC total consta de los grandes grupos de Alimentos, Vivienda, Vestuario, Educación, Diversión, Transporte, Comunicaciones y Otros Gastos, además del grupo de Salud, así que los precios de estos grupos de gasto podrían subestimar o sobreestimar los resultados obtenidos. De igual manera, el IPC salud cuenta con los subgrupos de Servicios de Salud y Bienes y Artículos, lo cual incluye de forma más amplia los servicios y tecnologías que se solicitan a través de recobro, no solo medicamentos, como si lo hace el IPC de medicamentos.

El Gráfico 1 muestra el comportamiento histórico (2003-2015) de estos tres índices, en donde se puede observar que los efectos inflacionarios son mayores en la canasta de bienes y servicios del sector salud, seguidos por aquellos en las canastas de medicamentos y por encima de la canasta total con que se calcula el IPC total.

Gráfico 1. Comportamiento histórico Índices de Precios al Consumidor



Fuente: DANE, 2017; elaboración OAPES

1. Panorama general saldos consolidados del Fosyga

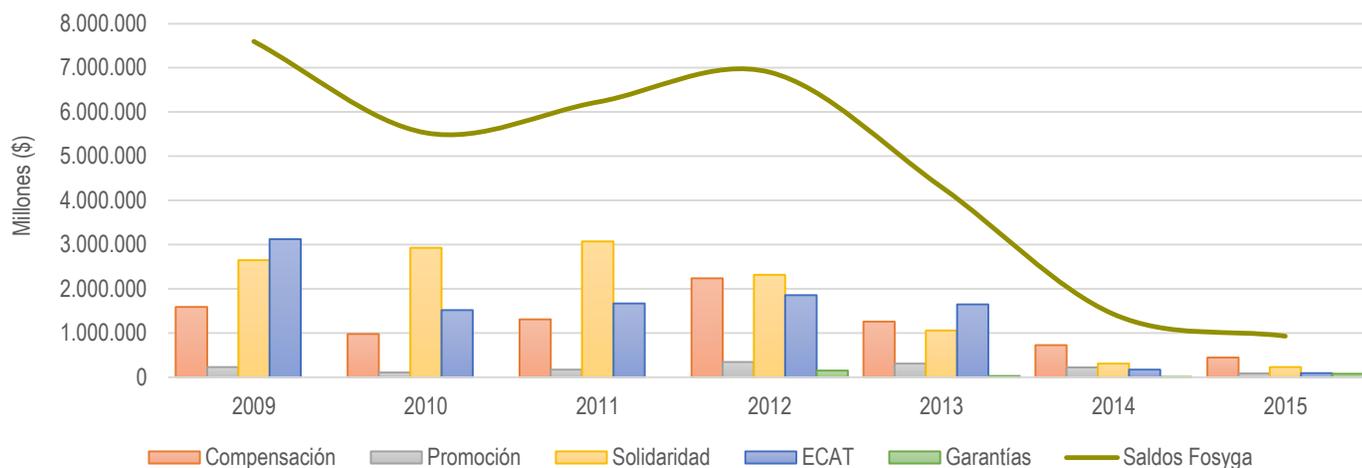
La Ley 100 de 1993 creó el Fondo de Solidaridad y Garantía – Fosyga con el objeto de “*garantizar la compensación entre personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del Sistema General de Seguridad Social en Salud, cubrir los riesgos catastróficos y los accidentes de tránsito y demás funciones complementarias [...]*”; para cumplir con este fin, este fondo cuenta con una estructura de cuatro subcuentas, a saber, i) Compensación interna del régimen contributivo, ii) Solidaridad del régimen subsidiado, iii) Promoción de la salud y iv) Seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito (Ley 100, 1993).

Esta estructura fue modificada mediante el Decreto-Ley 4107 de 2011, en el cual se adicionó la subcuenta de Garantías para la salud, con el fin de procurar la liquidez de las Entidades del sector para permitir la prestación de servicios en salud continuada y servir de instrumento para fortalecer el patrimonio de EPS e IPS por medio de acceso al crédito y otros medios de financiamiento y el apoyo financiero en los procesos de liquidación, intervención, entre otros (Decreto-Ley 4107, 2011).

Para el caso del régimen contributivo, el Decreto 2280 de 2004 (modificado por el Decreto 4023 de 2011) determina que el objeto de la subcuenta de compensación es “*permitir el proceso de compensación interna entre las Entidades Promotoras de Salud, EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar, EOC, con el fin de reconocer la Unidad de Pago por Capitación y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al régimen contributivo con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar*” (Decreto 2280, 2014), a partir de los excedentes de esta cuenta, es decir, luego de cumplir con los requerimientos para pagos, giros por concepto de UPC, y el reconocimiento de prestaciones, el Fosyga cumplía con el pago de recobros por prestaciones no incluidas en el POS; sin embargo, a partir de 2014, con la Ley del Plan Nacional de Desarrollo (Ley 1753, 2015) se implementó la unidad de cuenta para el Fosyga, permitiendo que para dar cumplimiento a los requerimientos para pagos y demás egresos como los anteriormente mencionados, se podía hacer uso de todos los recursos del Fosyga.

En el siguiente Gráfico 1 se presentan los saldos consolidados de todas las subcuentas del Fosyga, y el total de estas para el periodo 2009-2015, entendiendo como saldos consolidados el saldo disponible al cierre de la vigencia fiscal después de cumplir con las obligaciones financieras, es decir, el saldo del excedente de cada subcuenta a diciembre de cada vigencia. Lo que se encuentra allí, es que en los años 2009 y 2009 el Fosyga contó con los valores más altos de saldos consolidados luego de responder a los requerimientos para pagos, presentado un comportamiento decreciente en este consolidado a partir del 2012. También se puede extrapolar que la subcuenta que posee los saldos consolidados más altos es la subcuenta de Solidaridad entre los años 2009 y 2012. Para el año 2015, manteniendo las proporciones de la reducción de saldos ya mencionada, la subcuenta de compensación es la que posee el mayor saldo de cierre en dicha vigencia.

Gráfico 2. Evolución saldos consolidados Fosyga 2009-2015[♣]



Fuente: Consorcio SAYP 2011 – Dirección de Portafolio ,2017. Cálculos OAPES

♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

Es importante mencionar que el comportamiento de estos saldos tanto en las subcuentas como en el total de la cuenta del Fosyga, así como el comportamiento de los recobros que se detallará en la siguiente sección se han visto afectados por una serie de medidas que ha tomado el MSPS en aras de agilizar el flujo de los recursos, garantizar la prestación oportuna de los servicios en salud y reconocer el derecho a la salud como fundamental para toda la población; estas medidas son, entre otras:

- i) Universalización de la afiliación al SGSSS, a través de la cual se ganaron 15 puntos porcentuales adicionales de aseguramiento (resolución 2042 de 2010).
- ii) Igualación de los planes de beneficios entre régimen contributivo y subsidiado (Acuerdos CRES 04 de 2009: unifica el POS para los niños de 0 a 12 años, 011 de 2010: unifica el POS para los niños y adolescentes menores de 18 años, 027 de 2011: unifica el POS para los adultos de 60 y más años, 032 de 2012: unifica el POS para los adultos entre 18 y 59 años).
- iii) Actualización del POS (resolución 5521 de 2013).
- iv) La política farmacéutica (CONPES 155 de 2012) que ha ubicado al país como un referente en este aspecto a nivel regional por concepto de (a) determinación de Valores Máximos de Recobro por principio activo llevada a cabo desde el año 2010 (Resoluciones 5229 de 2010, 1020 de 2011, 3026 de 2011, 3470 de 2011, 4316 de 2011, 2569 de 2012, 0718 de 2015), (b) regulación de precios de medicamentos que realiza la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (circular 01 de 2014, 07 de 2013, 06 de 2013, 04 de 2013 y 03 de 2013), y (c) compra centralizada de medicamentos (Ley 1438 de 2011, modificada por la ley del plan 1753 de 2015).

2. Caracterización los recobros presentados a nivel nacional

Esta sección expone de forma detallada el comportamiento de las solicitudes de recobro y el gasto real del reconocimiento de servicios y tecnologías no POS para los años 2014 y 2015. Inicia dando un panorama general de los valores totales (radicado, aprobado y glosado) encontrados, mostrando variaciones anuales, para

posteriormente detallar el recobro de acuerdo a la cantidad de solicitudes, usuarios, tipo de recobro, composición, medicamentos y diagnósticos y finalmente, EPS y proveedores asociadas.

2.1. Evolución valores totales de recobro

La Tabla 1 muestra los valores totales de recobro durante el periodo 2013 – 2015, así como la tasa de crecimiento anual y el porcentaje de aprobación para cada año. Se observa que el valor radicado de las solicitudes de recobro se redujo entre los años 2013 y 2014, pasó de \$3.519 mil millones a \$3.040 mil millones, suponiendo una reducción de -13,6%; aunque entre 2014 y 2015 creció 7,5% (el valor radicado en 2015 fue de \$3.268 mil millones).

El valor aprobado de las solicitudes de recobro para el año 2015 se incrementó un 6,2% respecto al año anterior; representando un porcentaje de aprobación del 73,1% para el año mencionado, es decir, de \$3.268 mil millones que fueron solicitados para recobro, el 26,9%, o sea \$879 mil millones fueron glosados y el 73,1% equivalente \$2.389 mil millones, aprobados.

Estudiando los valores aprobados para este periodo, es importante destacar que el MSPS ha tomado medidas en aras de facilitar el flujo de recursos para el reconocimiento de servicios y tecnologías no POS que han flexibilizado los reportes exigidos para la presentación de estas solicitudes (Resolución 2851, 2012; Resolución 5395, 2013), y por ello, actualmente los recobros pueden ser presentados con o sin constancia de pago de factura o documento equivalente del proveedor de la EPS.

Comparando estos resultados con el saldo disponible al cierre fiscal de cara vigencia de la subcuenta de compensación del Fosyga hasta el año 2014, y del saldo total a partir de este año, que se mostraron en la sección anterior, se encuentra que en el caso de la cuenta de compensación hay una relación inversa entre el comportamiento de los valores aprobados y el saldo disponible al final de la vigencia; a partir del año 2014, cuando se inicia la unidad de cuenta en el Fosyga esta relación no es tan evidente, aunque sigue presentándose un comportamiento opuesto de éstas (ver Gráfico 3). Esta relación, como fue detallado finalizando la sección anterior no se debe únicamente al pago por concepto de prestaciones no incluidas en el POS que se financian con recursos del Fosyga, sino por los esfuerzos que ha realizado el MSPS por facilitar el flujo de los recursos en todo el SGSSS sin vulnerar la garantía del acceso a la salud para toda la población.

Tabla 1. Valores recobrados 2013-2015 (precios constantes* 2015) ♦

Vigencia	Valor radicado (\$mm)	Variación anual (%)	Valor glosado (\$mm)	Variación anual (%)	Valor aprobado (\$mm)	Variación anual (%)	Aprobación (%)
2009	3.276		973		2.301		70,3%
2010	4.209	28,5%	1.317	35,3%	2.891	25,6%	68,7%
2011	3.57	-15,0%	1.171	-11,1%	2.408	-16,7%	67,3%

Vigencia	Valor radicado (\$mm)	Variación anual (%)	Valor glosado (\$mm)	Variación anual (%)	Valor aprobado (\$mm)	Variación anual (%)	Aprobación (%)
2012	2.988	-16,5%	1.006	-14,1%	1.982	-17,7%	66,3%
2013	3.519		936		2.583		73,4%
2014	3.040	-13,6%	791	-15,5%	2.249	-12,9%	74,0%
2015	3.268	7,5%	879	11,1%	2.389	6,2%	73,1%

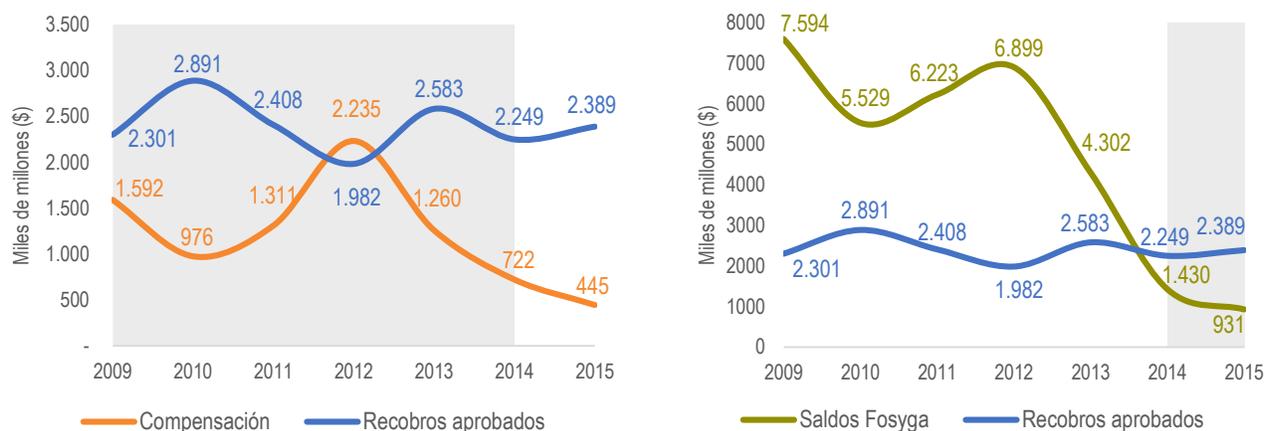
Fuente: Datos 2009-2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

♦ Incluye solicitudes cuya factura fue presentada por las EPS sin constancia de cancelación.

Valores corresponden a paquetes corrientes (MYT-01 y MYT-02).

Gráfico 3. Valores aprobados en comparación a la subcuenta de compensación y saldos consolidados del Fosyga 2009-2013[♣]



Fuente: Consorcio SAYP 2011 – Dirección de Portafolio ,2017 y base recobros DAFPS. Cálculos OAPES

♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

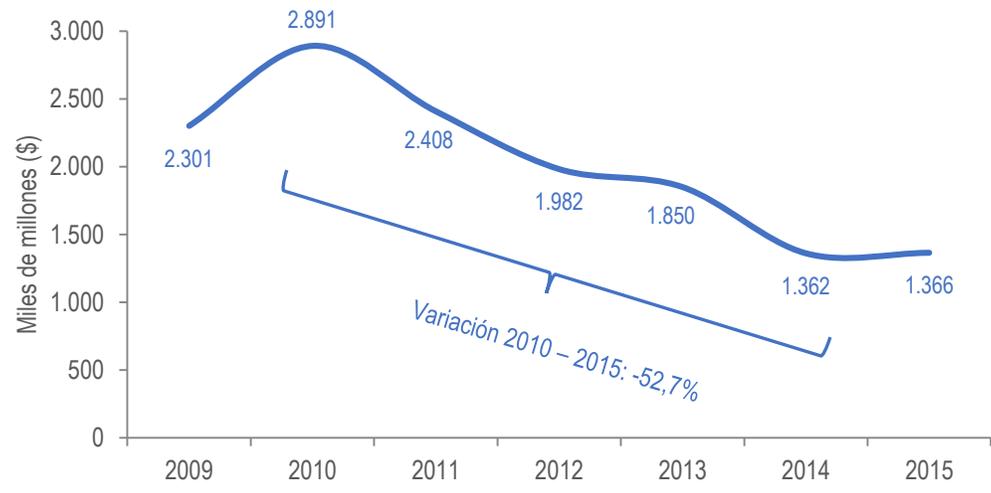
En el Gráfico 4 se encuentran los valores de recobro aprobados que fueron radicados mediante CTC y tutelas con constancia de cancelación de factura³, como se puede observar, estos valores presentan una caída desde el año 2010, mostrando una variación porcentual de -52,7% entre 2010 y 2015 (pasando de \$2.891 mil millones a \$1.366 mil millones), aunque entre los años 2014 y 2015 se mantuvieron casi invariables.

Respecto a la glosa (ver

³ Definidos como mecanismos ordinarios de radicación MYT-01 (CTC) y MYT-02 (tutela) (Resolución 3099, 2008)

Gráfico 5), entre los años 2009 y 2012 se mantiene en porcentajes circundantes al 30%, presentando una caída hacia el año 2013, posicionándose en 27% (valor en el que se mantiene, en promedio, para el periodo 2013-2015). Este decrecimiento presentado 2013 en buena medida es explicado por la adopción de las recomendaciones otorgadas por la Corte Constitucional sobre: i) consistencia de la información, ii) Nombres de los usuarios de las tecnologías en salud no incluidas en el plan de beneficios, iii) Evidencia de la entrega de la tecnología en salud, iv) Pago de la factura de venta o documento equivalente, v) Integrantes del CTC y vi) Reporte al SISMED (MSPS, 2015a).

Gráfico 4. Valores aprobados con constancia de cancelación de factura 2009-2015 (precios constantes* 2015)

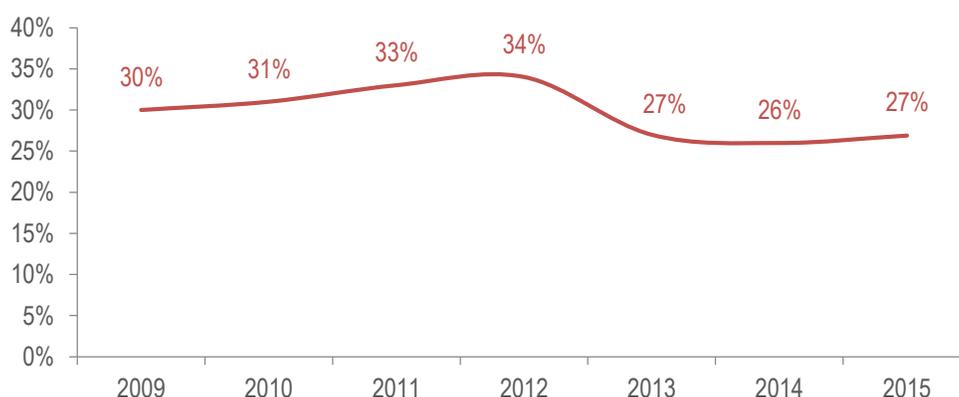


Fuente: Datos 2009-2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

* Deflactación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

Además, es válido mencionar que las solicitudes de recobro pueden ser rechazadas principalmente cuando los valores objeto ya han sido pagados, cuando se presenta un recobro de forma extemporánea, cuando no hay concordancia entre la información del medio físico y el medio magnético y cuando el medicamento objeto no corresponde a lo que ordena el fallo de la tutela o del CTC (Resolución 5395, 2013).

Gráfico 5. Porcentaje de Glosa 2009-2015



Fuente: Datos 2009-2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

2.2. Cantidad de solicitudes de recobro

En la Tabla 2 se encuentran la cantidad de solicitudes de recobro radicadas y aprobadas para los años 2013 a 2015, con sus respectivas variaciones anuales y el porcentaje de aprobación de acuerdo con la cantidad de solicitudes. La cantidad de solicitudes radicadas ha crecido un 165,1% entre 2009 y 2015, pasando de 2,6 a 7,0 millones de solicitudes de recobro al año, en donde la mayor variación año a año se presentó entre 2009 y 2010 con aumento del 48,8% de las solicitudes. Para el caso de solicitudes que obtuvieron aprobación, se observa un crecimiento de 190,6% en el mismo periodo, alcanzando un total de 5,7 millones de solicitudes aprobadas en 2015, Análogamente a las variaciones de las solicitudes radicadas, la variación año a año más alta de las solicitudes aprobadas se presentó entre 2009 y 2010 con 49,6%

En relación al porcentaje de aprobación, se evidencia que este representó en promedio el 75,8% entre los años 2009 y 2012, cifra que se incrementó para el periodo comprendido entre 2013 y 2015 situándose en 82,9%; particularmente, el año en que la aprobación fue mayor fue 2013, con un porcentaje de aprobación del 85,1%.

Tabla 2. Número de solicitudes de recobro 2009-2015 ♦

Vigencia	Nº solicitudes radicadas	Variación anual (%)	Variación 2009-2015 (%)	Nº solicitudes aprobadas	Variación anual (%)	Variación 2009-2015 (%)	Aprobación (%)
2009	2.646.169			1.995.198			75,4%
2010	3.936.432	48,8%	165,1%	2.983.889	49,6%	190,6%	75,8%
2011	4.257.420	8,2%		3.182.974	6,7%		74,8%
2012	4.278.329	0,5%		3.299.990	3,7%		77,1%

Vigencia	N° solicitudes radicadas	Variación anual (%)	Variación 2009-2015 (%)	N° solicitudes aprobadas	Variación anual (%)	Variación 2009-2015 (%)	Aprobación (%)
2013	5.130.015	19,9%		4.364.328	32,3%		85,1%
2014	6.498.459	26,7%		5.257.498	20,5%		80,9%
2015	7.015.639	8,0%		5.797.545	10,3%		82,6%

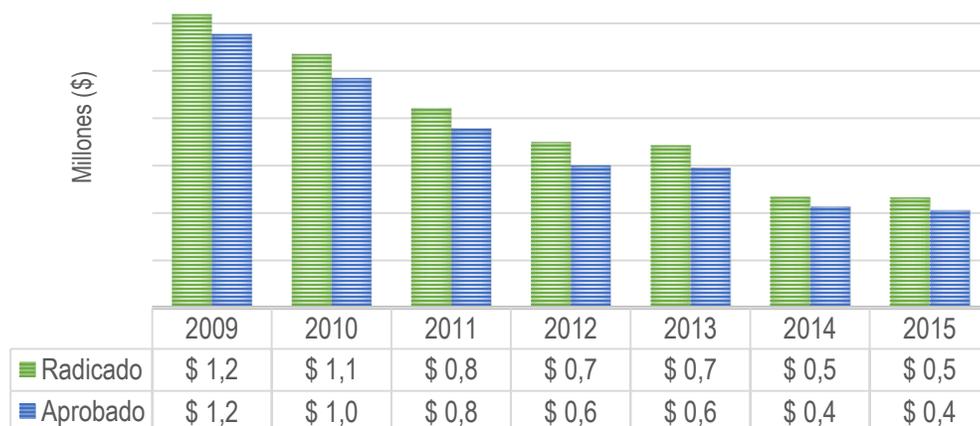
Fuente: Datos 2009-2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

◆ Incluye solicitudes cuya factura fue presentada por las EPS sin constancia de cancelación.

2.3. Valor promedio por recobro

El valor promedio por recobro, tanto radicado como aprobado, presenta un comportamiento decreciente desde el año 2009 (ver Gráfico 6). En este periodo el valor promedio por recobro radicado se redujo un 62,4%, disminuyendo de \$1,2 millones a \$0,5 millones, mientras que para solicitudes aprobadas pasó de \$1,2 millones a \$0,4 (caída del 64,3%); este comportamiento se explica, porque como se expuso en la sección anterior, la cantidad de solicitudes ha presentado un comportamiento creciente, mayor al 150% tanto para el caso de solicitudes radicadas como aprobadas.

Gráfico 6. Valor promedio por solicitud radicado y aprobado (precios constantes* 2015)



Fuente: Datos 2009-2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

2.4. Cantidad de usuarios del recobro

En la Tabla 3 se presenta la cantidad anual de usuarios beneficiarios⁴ de los recobros; es posible apreciar que el número de usuarios recobrantes ha aumentado, 20,7% para el año 2014 y 14,0% para 2015. En cuanto a los usuarios con recobros aprobados, esta cifra aumentó un 7,8% entre 2013 y 2014, y análogamente, 14% entre 2014 y 2015; este comportamiento se explica principalmente por un crecimiento en la participación de solicitudes vía CTC (como se verá en la sección 2.6 en la página 21). Es importante reconocer que, aunque se presenta un crecimiento en el número de usuarios de recobros aprobados, el porcentaje de aprobación en este periodo, según usuarios únicos, se ha reducido, pasando de 89,4% en 2013 a 79,9% en 2015.

Tabla 3. Usuarios del recobro

Vigencia	Cantidad de usuarios				Aprobación (%)
	Radicado	Variación anual (%)	Aprobado	Variación anual (%)	
2013	942.071		842.253		89,4%
2014	1.136.929	20,7%	907.758	7,8%	79,8%
2015	1.295.668	14,0%	1.034.723	14,0%	79,9%

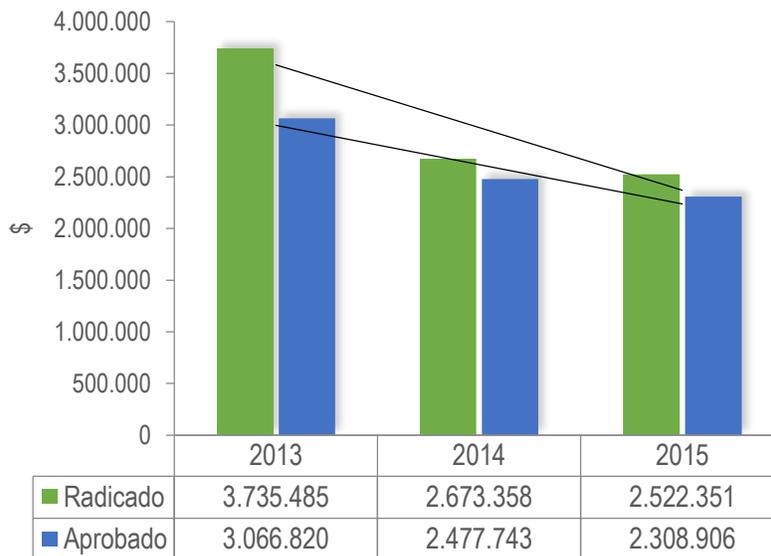
Fuente: Datos 2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

2.5. Valor promedio por usuario

Al analizar los valores promedio por usuario radicados y aprobados en el periodo 2013 a 2015, de acuerdo con el número de usuarios únicos anteriormente señalado, se observa una tendencia decreciente (ver Gráfico 7). Entre 2013 y 2014, pasó de \$3,7 millones a \$2,6 millones (reducción de 28,4%) para radicados y de \$3,0 millones a \$2,4 millones para aprobados (reducción de 19,2%); mientras que para los años 2014 y 2015 la reducción fue de 5,6% para radicados (llegando a \$2,5 millones) y 6,8% para aprobados (llegando a \$2,3 millones). Esto indica que, si bien la tendencia del valor promedio por usuario es decreciente para todo el periodo, hacia 2015 la reducción fue mucho menor que entre 2013 y 2014, siendo incluso mayor la reducción de recobros aprobados que radicados.

⁴ Los usuarios únicos corresponden a aquellos para los cuales las EPS presentaron como mínimo una solicitud de recobro, la cantidad de solicitudes y de usuarios es diferente porque un usuario puede tener varias solicitudes de recobro.

Gráfico 7. Valor promedio por usuario (precios constantes♣ 2015)



Fuente: Datos 2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

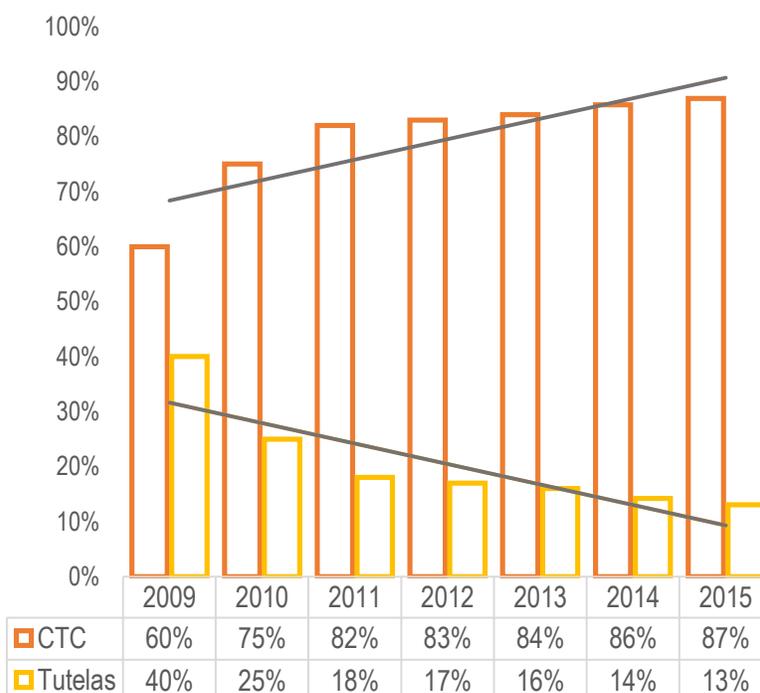
♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

2.6. Cantidad de solicitudes de acuerdo al tipo de recobro

El porcentaje de participación de las solicitudes radicadas vía CTC ha presentado un comportamiento creciente en los últimos años. En 2009 el 60% de las solicitudes de recobro se realizaban vía del CTC, mientras que un 40% provenía de tutelas, sin embargo, para 2015 el porcentaje de solicitudes por medio del CTC alcanzó su máximo (87%). Esto demuestra el peso que tiene el CTC en este procedimiento, pues la finalidad de su creación fue justamente la de facilitar el acceso a la salud en cuanto a tecnologías no incluidas en el POS se refiere.

De igual manera, el porcentaje de solicitudes realizadas vía tutelas se ha reducido en más del 70% durante el periodo 2009-2015, mientras que en 2009 las tutelas representaban el 40% del total de solicitudes de recobro, al 2015 representan únicamente el 13% con una tendencia decreciente clara (ver Gráfico 8).

Gráfico 8. Tipo de las solicitudes de recobro (CTC o tutela)



Fuente: Datos 2009-2013: MSPS (2015a); datos 2014-2015: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

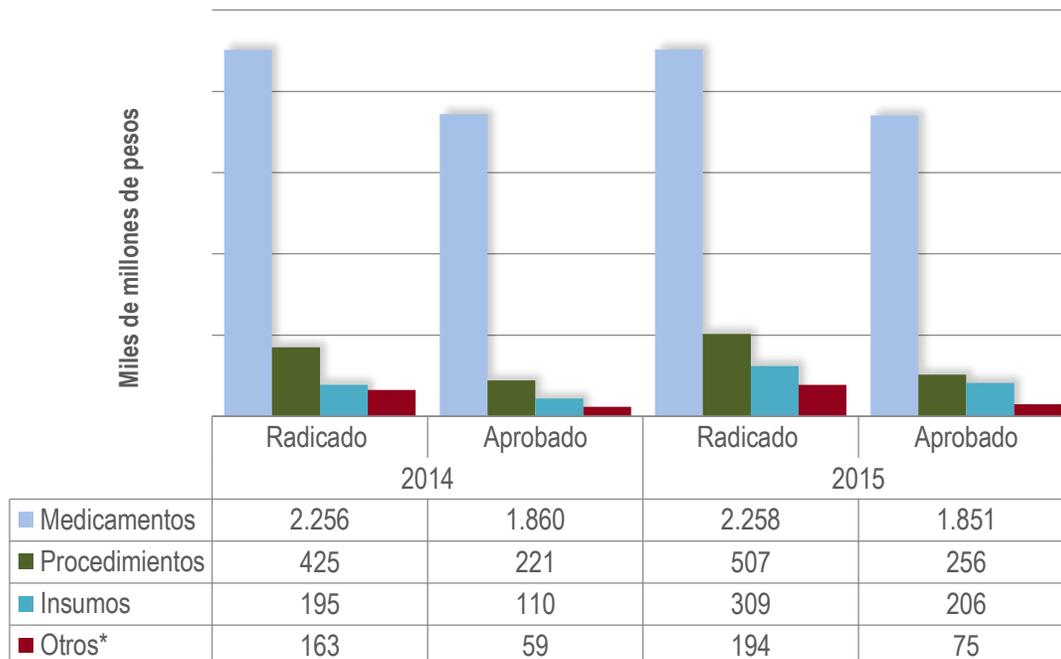
2.7. Composición del recobro

De acuerdo con el anexo técnico de la Resolución 3099 de 2008, el formato MYT (Resolución 3099, 2008), el recobro se compone de tres categorías correspondientes a los servicios y tecnologías en salud objeto de la solicitud, estas son: medicamentos (MD o MDA), procedimientos (PD) e insumos (IN). El valor real radicado y aprobado por cada una de estas categorías se presenta en el Gráfico 9; de este gráfico se puede entrever que en los tres años la categoría de la cual es de mayor objeto de solicitud el recobro es la de medicamentos: en 2014, con el 74,2% del total del valor radicado y 82,7% del aprobado, y en 2015 el 69,1% del valor radicado y 77,5% del aprobado. Esta reducción de participación en el total de los valores tanto radicado como aprobado se debe, en cierta medida a la intervención gubernamental de control de precios de algunos medicamentos.

Las categorías de procedimientos e insumos, por el contrario, se han incrementado entre estos años, en 2014 procedimientos contaba con una participación de 12,1% del valor radicado y 6,3% del valor aprobado y para 2015 la participación aumentó a 14,4% para el caso de valor radicado y 7,3% para el aprobado; mientras que insumos pesaba un 5,5% y 2,9% del valor radicado y aprobado respectivamente en 2014, porcentajes que subieron a 5,9% y 3,1% para 2015.

Es importante aclarar que se presenta una categoría denominada “otros” en la cual se han clasificado vacíos y otros campos que no están presentes en el formato oficial MYT, es decir, errores en el diligenciamiento del soporte magnético.

Gráfico 9. Composición del recobro en valores (precios constantes* 2015)



Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

* La categoría "Otros" incluye vacíos y elementos no clasificados en las categorías definidas por el MYT.

2.8. Solicitudes de recobro por tipo de recobro y composición

Teniendo en cuenta que en secciones anteriores se ha expuesto tanto la composición como el tipo del recobro, en esta sección se presenta, tanto la cantidad de ítems solicitados (ver Gráfico 10) como en valores radicados y aprobados (ver Gráfico 11).

Para el primer caso se encuentra que para el año 2014 el ítem más solicitado vía CTC fue medicamentos, teniendo el 92,6% de participación dentro de este grupo, al igual que para tutela con un 58,3% del total de los servicios o tecnologías solicitados por este medio, el segundo tipo de servicio que más se solicita vía tutela son insumos con 22% de participación dentro del total de solicitudes vía tutela.

El comportamiento es similar para el año 2015: el tipo de servicio más solicitado fue medicamentos, teniendo el 88,53% del recobro vía CTC y 42,13% vía tutela.

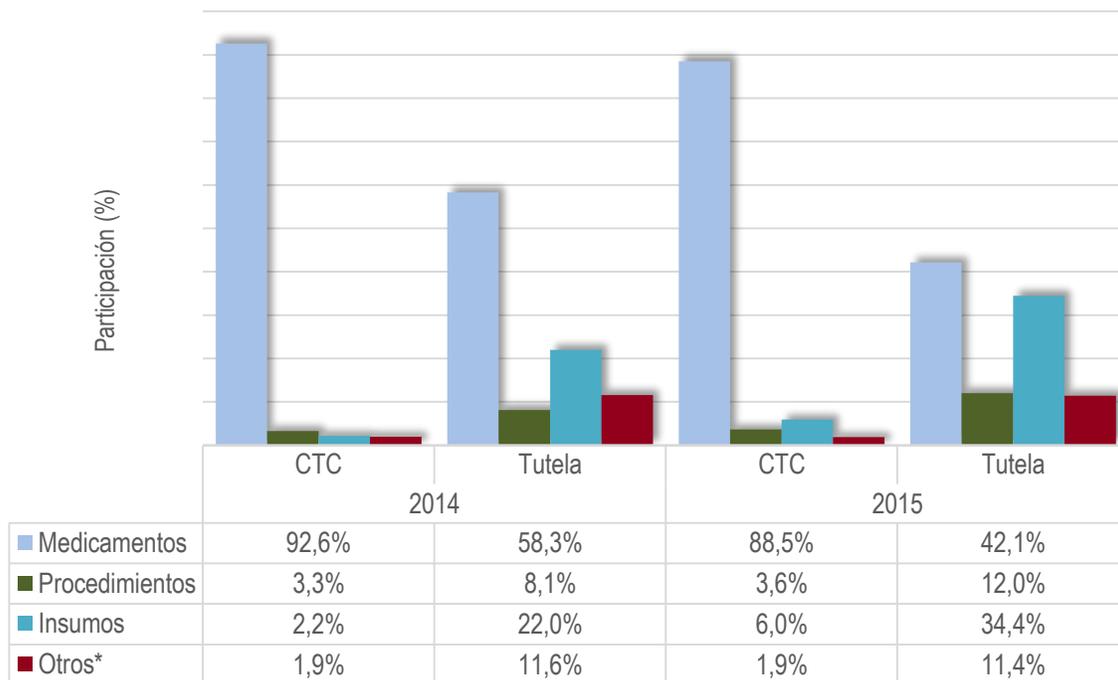
Adicionalmente, los datos presentados en la gráfica indican que entre los años 2014 y 2015 la solicitud de medicamentos tuvo una disminución de 92,6% de participación a 88,5% del total de ítems vía CTC y de 58,3% a 42,1% por medio de tutela; mientras que para el caso de los insumos el comportamiento fue el opuesto, en las solicitudes realizadas por CTC insumos pasó de representar el 2,2% del total en 2014 a 6,0% en 2015, y en las solicitudes realizadas por vía judicial pasó de 22,0% del total a 34,4%.

También es importante destacar que procedimientos presentó un incremento mayor en el caso de solicitudes vía tutela (aumentando de 8,1% a 12,0% del total de solicitudes por este medio) que en el caso de CTC donde pasó de 3,3% en 2014 a 3,6% en 2015.

Respecto a los valores radicados y aprobados, a través de CTC y tutela, analizados por su composición (Gráfico 11), inicialmente se encuentra que medicamentos nuevamente posee la mayor participación tanto en solicitudes vía CTC como en solicitudes vía tutela, en 2014 y 2015 para el caso de valores radicados medicamentos cuenta con un peso participativo promedio de 78,2% por medio de CTC y 47,2% a través de tutelas; en valores aprobados la participación de medicamentos promedio para 2014 y 2015 es de 82,7% (CTC) y 65,0% (tutela).

Adicionalmente, se puede extrapolar que hay un impacto positivo de la regulación de medicamentos en los valores tanto radicados como aprobados, pues para 2015 la participación de estos valores totales correspondientes a medicamentos es menor que para el año 2014, puntualmente en el caso de medicamentos aprobados por CTC, el valor en 2014 fue de \$1.622,1 mil millones, que equivale al 84,8% del valor total aprobado por el mecanismo de CTC, y para 2015 este valor pasó a ser de \$1.640,1 mil millones, que son el 80,7% del total aprobado por este medio. Este hallazgo es consistente con lo indicado en la sección 2.7, en lo referente a la política farmacéutica que ha adoptado el MSPS y que ha posicionado a Colombia como un referente regional en este aspecto.

Gráfico 10. Composición y tipo de las solicitudes recobro



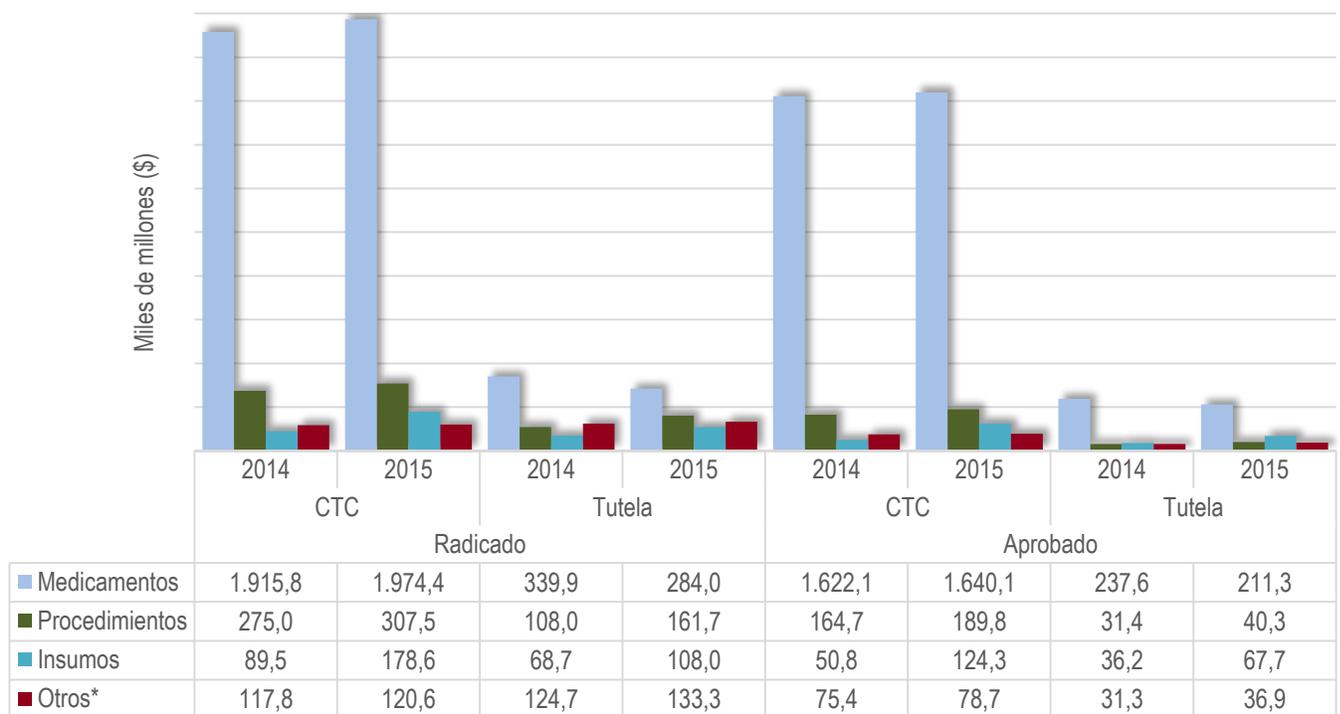
Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

* La categoría "Otros" incluye vacíos y elementos no clasificados en las categorías definidas por el MYT.

También se puede apreciar, que tanto el valor radicado como el aprobado de la categoría “otros” se incrementó en las solicitudes por medio judicial, para el caso del valor radicado pasó de \$124,7 mil millones en 2014 a \$133,3 mil millones en 2015 y su valor aprobado pasó de \$31,3 mil millones a \$36,9 mil millones en 2015 (esto representa un porcentaje de glosa en esa categoría de %73,6 promedio para ambos años).

De igual manera, similar a lo ocurrido con las solicitudes ilustradas en el Gráfico 10, el valor por concepto de procedimientos e insumos radicado y aprobado por tutela ha crecido en los dos años en cuestión, presentado el caso de valores aprobados por insumos, un crecimiento anual de 86,8%, porque se incrementó de \$36,2 mil millones a \$67,7 mil millones.

Gráfico 11. Composición y tipo de los valores de recobro (precios constantes* 2015)



Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

♣ Deflactación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

* La categoría “Otros” incluye vacíos y elementos no clasificados en las categorías definidas por el MYT.

2.9. Diagnósticos con mayor valor aprobado

En aras de conocer los diagnósticos asociados que representan los valores más altos para el Fosyga se ha elaborado una tabla con los 10 capítulos CIE-10 con mayor valor aprobado y los 2 diagnósticos principales (CIE-10 a 3 dígitos) que aportan a dicho valor para 2014 (ver Tabla 4) y una para 2015 (ver Tabla 5).

Como es posible evidenciar, el capítulo de diagnósticos con mayor impacto en el valor aprobado del total de solicitudes de recobro para los dos años es el de Tumores, presentando una participación de 23,0% en 2014 y 24,0% para 2015 sobre el total nacional del valor aprobado, dentro de este capítulo se encuentran como diagnóstico principal el tumor maligno de la próstata, encabezando como diagnóstico a 3 dígitos con mayor valor aprobado para ambos años, con un porcentaje de participación del 3% del total nacional. Esto cobra importancia, pues el diagnóstico de tumor maligno de la próstata, según lo reportado en ASIS (MSPS, 2014; MSPS, 2015b) se atribuye el 7% en promedio del total de muertes en Colombia.

Tabla 4. Principales diagnósticos con mayor valor aprobado ante el Fosyga – 2014

Nombre	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	Valor glosado (\$mm)
Tumores	\$ 624,28	\$ 517,57	\$ 106,71
Tumor maligno de la próstata	\$ 69,57	\$ 61,51	\$ 8,06
Leucemia mieloide	\$ 68,62	\$ 58,44	\$ 10,17
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	\$ 305,53	\$ 236,25	\$ 69,28
Obesidad	\$ 62,56	\$ 41,78	\$ 20,79
Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos	\$ 28,44	\$ 22,20	\$ 6,24
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	\$ 272,60	\$ 217,53	\$ 55,07
Otras artritis reumatoides	\$ 31,16	\$ 20,20	\$ 10,96
Osteoporosis sin fractura patológica	\$ 18,81	\$ 15,76	\$ 3,05
Enfermedades del sistema circulatorio	\$ 303,56	\$ 210,56	\$ 93,01
Hipertensión esencial (primaria)	\$ 57,58	\$ 48,24	\$ 9,34
Otras enfermedades cardiopulmonares	\$ 29,39	\$ 25,16	\$ 4,23
Enfermedades del sistema nervioso	\$ 235,48	\$ 148,13	\$ 87,36
Epilepsia	\$ 40,18	\$ 22,89	\$ 17,29
Esclerosis múltiple	\$ 32,03	\$ 20,75	\$ 11,28
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	\$ 177,78	\$ 132,19	\$ 45,59
Anemia hemolítica adquirida	\$ 38,93	\$ 28,75	\$ 10,18
Deficiencia hereditaria del factor VIII	\$ 43,39	\$ 28,49	\$ 14,90
Enfermedades del ojo y sus anexos	\$ 124,67	\$ 104,14	\$ 20,53
Otros trastornos de la retina	\$ 47,01	\$ 40,95	\$ 6,06
Glaucoma	\$ 29,97	\$ 24,67	\$ 5,30
Enfermedades del sistema respiratorio	\$ 124,28	\$ 103,99	\$ 20,30
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	\$ 38,22	\$ 32,13	\$ 6,08
Asma	\$ 35,71	\$ 31,71	\$ 4,00
Enfermedades del sistema genitourinario	\$ 131,22	\$ 91,92	\$ 39,29
Insuficiencia renal crónica	\$ 35,51	\$ 27,09	\$ 8,42
Hiperplasia de la próstata	\$ 22,06	\$ 18,82	\$ 3,23
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	\$ 112,33	\$ 76,89	\$ 35,43
Dolor no clasificadas en otra parte	\$ 34,07	\$ 29,80	\$ 4,27
Incontinencia urinaria no especificada	\$ 10,37	\$ 7,85	\$ 2,52

Nombre	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	Valor glosado (\$mm)
Total	\$ 3.039,38	\$ 2.249,44	\$ 790,26

Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

Tabla 5. Principales diagnósticos con mayor valor aprobado ante el Fosyga – 2015

Nombre	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	Valor glosado (\$mm)
Tumores	\$ 701,11	\$ 572,87	\$ 128,24
Tumor maligno de la próstata	\$ 82,76	\$ 73,80	\$ 8,96
Mieloma múltiples y tumores malignos de células plasmáticas	\$ 67,32	\$ 58,30	\$ 9,02
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	\$ 357,05	\$ 278,08	\$ 78,97
Obesidad	\$ 51,98	\$ 40,27	\$ 11,71
Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos	\$ 50,51	\$ 30,69	\$ 19,83
Enfermedades del sistema circulatorio	\$ 305,91	\$ 205,84	\$ 100,07
Hipertensión esencial (primaria)	\$ 66,26	\$ 56,07	\$ 10,19
Otras enfermedades cardiopulmonares	\$ 24,31	\$ 21,12	\$ 3,18
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	\$ 256,00	\$ 201,24	\$ 54,76
Otros trastornos del hueso	\$ 30,18	\$ 28,07	\$ 2,11
Espondilitis anquilosante	\$ 31,67	\$ 27,82	\$ 3,86
Enfermedades del sistema nervioso	\$ 234,49	\$ 151,92	\$ 82,58
Enfermedad de Parkinson	\$ 31,16	\$ 25,59	\$ 5,57
Esclerosis múltiple	\$ 22,96	\$ 17,58	\$ 5,37
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	\$ 209,66	\$ 151,50	\$ 58,17
Anemia hemolítica adquirida	\$ 50,03	\$ 38,49	\$ 11,54
Deficiencia hereditaria del factor VIII	\$ 47,16	\$ 28,89	\$ 18,27
Enfermedades del sistema respiratorio	\$ 137,27	\$ 114,90	\$ 22,37
Otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	\$ 41,51	\$ 35,15	\$ 6,37
Asma	\$ 38,28	\$ 35,05	\$ 3,23
Enfermedades del ojo y sus anexos	\$ 129,78	\$ 110,67	\$ 19,10
Otros trastornos de la retina	\$ 45,52	\$ 39,92	\$ 5,60
Glaucoma	\$ 30,30	\$ 26,16	\$ 4,14
Enfermedades del sistema genitourinario	\$ 148,90	\$ 105,98	\$ 42,92
Insuficiencia renal crónica	\$ 39,65	\$ 30,67	\$ 8,98
Hiperplasia de la próstata	\$ 26,10	\$ 21,47	\$ 4,63
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	\$ 130,34	\$ 84,73	\$ 45,62
Dolor no clasificadas en otra parte	\$ 38,01	\$ 33,06	\$ 4,95
Incontinencia urinaria no especificada	\$ 15,60	\$ 11,67	\$ 3,93

Nombre	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	Valor glosado (\$mm)
Total	\$ 3.268,0	\$2.389,02	\$ 879,08

Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

Los otros dos capítulos con mayor impacto en el valor aprobado son las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (10,5% del total del valor aprobado en 2014 y 11,6% en 2015) y en el tercer lugar enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo en 2014 (9,7% de participación a nivel nacional) y enfermedades del sistema circulatorio en 2015 (8,6% de participación).

En general, se encuentra que los 10 capítulos con mayor participación sobre el valor aprobado nacional para 2014 y 2015 son los mismos, con variaciones en sus participaciones y en algunos casos con sus diagnósticos principales a 3 dígitos relacionados.

2.10. EPS con mayor valor aprobado

La gestión y solicitud del recobro se encuentra a cargo de la EAPB a la cual se encuentre afiliado el usuario, por ello, en esta sección se encuentra una caracterización de aquellas entidades que reciben el mayor valor aprobado por concepto de recobros.

Este valor ha presentado un comportamiento creciente en el periodo 2014-2015 en 7 de las 10 EPS que mayor representatividad poseen a nivel nacional en el régimen contributivo; en las Tabla 6 y Tabla 7 se puede apreciar que la EPS que cuenta con la mayor participación de su valor aprobado en el total nacional para ambos años es Nueva EPS, con un porcentaje de participación de 21,6%.

Además, se puede apreciar que las entidades Nueva EPS, Coomeva, Sura, Saludcoop, Sanitas, es decir, las que en ambos años se encuentran en las 5 primeras posiciones, concentran más del 70% del valor aprobado de recobros del régimen contributivo para ambos años; en línea con lo anterior, estas entidades concentran el 62,8% y 61,5% del total de afiliados del régimen contributivo para los años 2014 y 2015 respectivamente.

Es importante destacar, de igual manera, que si bien Nueva EPS se mantiene en el primer lugar en cuanto a valor aprobado para los dos años en estudio, no es la que más afiliados tenía de estas 10 EPS, la que contaba con un mayor número de afiliados en promedio anual era SaludCoop para los dos años, concentrando el 20,2% del total de afiliados al régimen contributivo en el país para 2014 y el 18,2% para 2015.

Tabla 6. Top 10 EPS con mayor valor aprobado 2014 (precios constantes* 2015)

EPS	Afiliados	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	% del total del VA
Nueva EPS	2.699.767	\$ 700,4	\$ 475,0	21,1%
Coomeva	2.928.403	\$ 440,1	\$ 301,0	13,4%
Saludcoop	4.107.273	\$ 394,0	\$ 298,0	13,3%
Sura	1.826.360	\$ 294,9	\$ 258,8	11,5%
Sanitas	1.225.270	\$ 303,3	\$ 245,5	10,9%
Salud total	2.050.658	\$ 202,4	\$ 148,1	6,6%
Famisanar	1.589.847	\$ 187,2	\$ 138,9	6,2%
SOS	851.086	\$ 91,4	\$ 82,2	3,7%
Compensar	978.490	\$ 105,3	\$ 76,4	3,4%
Cafesalud	704.155	\$ 92,3	\$ 73,3	3,3%
Total	20.354.996	\$ 3.039,4,8	\$ 2.249,4	100%

Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

* Deflactación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

Tabla 7. Top 10 EPS con mayor valor aprobado 2015

EPS	Afiliados	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	% del total del VA
Nueva EPS	2.761.809	\$ 847,3	\$ 530,4	22,2%
Sura	2.060.990	\$ 384,1	\$ 338,2	14,2%
Coomeva	2.837.503	\$ 403,0	\$ 311,8	13,1%
Sanitas	1.373.985	\$ 337,3	\$ 276,1	11,6%
Saludcoop	3.784.921	\$ 431,6	\$ 268,2	11,2%
Salud total	2.086.712	\$ 194,6	\$ 164,7	6,9%
Famisanar	1.589.847	\$ 173,6	\$ 133,5	5,6%
Compensar	978.490	\$ 118,7	\$ 96,3	4,0%

EPS	Afiliados	Valor radicado (\$mm)	Valor aprobado (\$mm)	% del total del VA
SOS	868.102	\$ 94,3	\$ 85,5	3,6%
Cafesalud	1.405.313	\$ 83,4	\$ 58,5	2,5%
Total	20.841.741	\$ 3.268,3	\$ 2.389,1	100%

Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

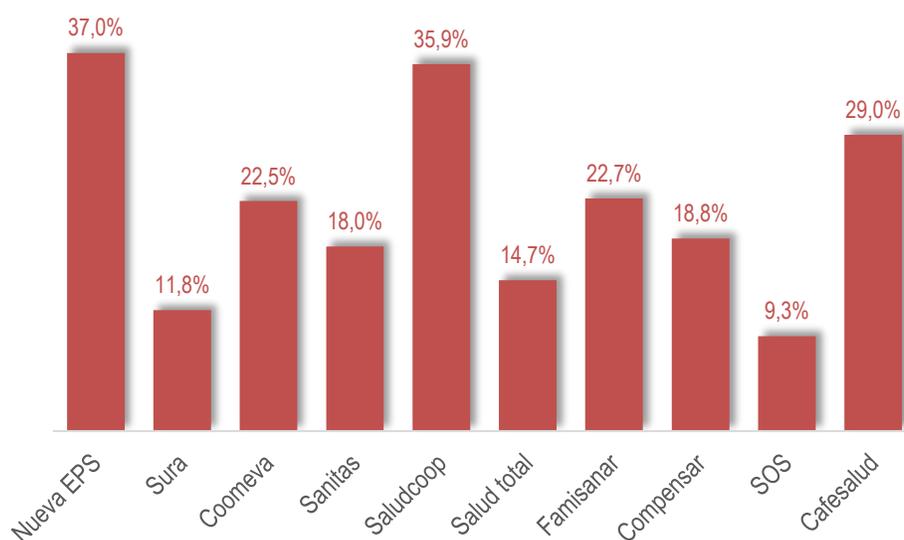
En cuanto al porcentaje de glosa para estas EPS se presenta el hallazgo que este grupo de aseguradoras no cumple a cabalidad con el porcentaje de glosa nacional que se encuentra en promedio en 27% para los años 2014 y 2015, porque el porcentaje más bajo para 2014 (ver Gráfico 12) es el de la EPS SOS, con 9,3%, seguida de SURA con un 11,8% de glosa sobre el total de su valor radicado; mientras que el porcentaje más alto de glosa lo tienen Nueva EPS (37,0%) y Saludcoop (35,9%). Para el año 2015 (ver Gráfico 13)

Gráfico 12. Porcentaje de glosa para el top 10 de EPS con mayor valor aprobado en 2014



Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

Gráfico 13. Porcentaje de glosa para el top 10 de EPS con mayor valor aprobado en 2015



Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

2.11. Proveedores con mayor valor aprobado a nivel nacional

A partir de las Tabla 8 Tabla 9 se puede extrapolar que en los 10 proveedores con mayor valor aprobado para ambos años (2014 - 2015) se concentra el 60% del total nacional de este rubro, además, las 6 primeras posiciones corresponden a droguerías u operadores logísticos, lo cual es consistente con la información que se presentó en las secciones 1.7 y 1.8, en las cuales se destaca la participación mayoritaria de los medicamentos dentro del total de solicitudes y dentro del valor total radicado y aprobado.

Tabla 8. Top 10 proveedores con mayor valor aprobado 2014 (precios constantes* 2015)

Proveedor	Valor aprobado (\$mm)	% del total del VA
Cooperativa Epsifarma	\$ 286,5	12,7%
Audifarma	\$ 268,2	11,9%
Farmasanitas SAS	\$ 195,0	8,7%
Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio	\$ 186,1	8,3%
Medicamentos POS S.A.	\$ 84,8	3,8%
Caja de compensación Cafam	\$ 79,2	3,5%

Proveedor	Valor aprobado (\$mm)	% del total del VA
Helpharma	\$ 78,2	3,5%
Éticos Serrano Gómez LTDA	\$ 71,2	3,2%
Medicarte S.A. Bucaramanga	\$ 61,8	2,8%
Fundación Valle de Lili	\$ 37,5	1,7%
Total	\$ 2.249,2	100%

Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

♣ Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

Tabla 9. Top 10 proveedores con mayor valor aprobado 2015

Proveedor	Valor aprobado (\$mm)	% del total del VA
Audifarma	\$288,9	12,1%
Cooperativa Epsifarma	\$240,7	10,1%
Farmasanitas SAS	\$215,2	9,0%
Caja Colombiana de Subsidio Familiar Colsubsidio	\$182,8	7,7%
Helpharma S.A.	\$105,7	4,4%
Medicamentos POS S. A.	\$102,6	4,3%
Éticos Serrano Gómez LTDA	\$87,5	3,7%
Medicarte S.A. Bucaramanga	\$77,7	3,3%
Cafam droguería Floresta	\$72,4	3,0%
IPS especializada S.A.	\$41,3	1,7%
Total	\$ 2.389,1	100%

Fuente: Base recobros DAFPS, cálculos OAPES.

En términos constantes se observa que Cooperativa Epsifarma, que ocupó el primer lugar en 2014 y el segundo en 2015 tuvo una reducción de su valor aprobado de \$45,8 mil millones entre 2014 y 2015 (variación anual de -16,0%),

mientras que Audifarma, que es el segundo proveedor con mayor valor aprobado en 2014 y el primero en 2015, tuvo un incremento de este rubro de \$20,7 mil millones (variación anual de 7,8%) entre 2014 y 2015.

3. Caracterización los recobros presentados a nivel departamental

Esta sección abarca la aproximación geográfica realizada a través del cruce de la base de datos de recobros con la BDUA como ya fue explicado en la metodología; con este análisis se busca encontrar patrones regionales que indiquen comportamientos particulares en términos de perfil epidemiológico, lo cual puede servir de insumo tanto para realizar seguimiento a casos específicos, como para fortalecer estrategias de Promoción y Prevención.

3.1. Valor aprobado total y promedio por usuario por departamento

El análisis geográfico inicial que se llevará a cabo en este estudio es a través del valor aprobado; para ello se observan tanto el valor aprobado por solicitud de recobro (que puede incluir más de un servicio o tecnología) y el valor aprobado promedio por usuario afiliado a cada departamento con al menos una solicitud de recobro en el año a analizar⁵.

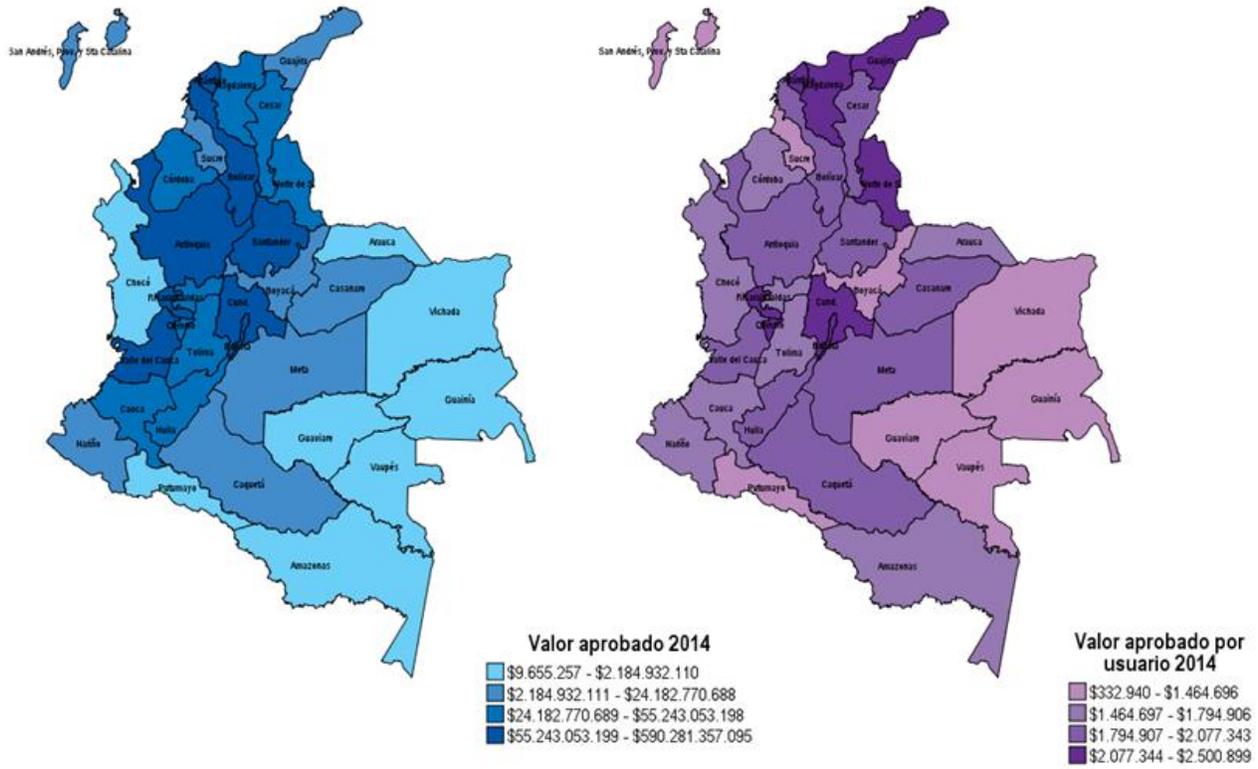
Para 2014 (ver Ilustración 3) los departamentos con mayor valor aprobado total son aquellos del corredor de la cordillera occidental del país, a saber, Atlántico, Bolívar, Santander, Antioquia, Cundinamarca, Bogotá, Valle del Cauca, Risaralda y Quindío encontrándose en el rango de \$55,2 mil millones y \$590,2 mil millones mientras que el valor aprobado promedio por usuario se concentró en su mayoría en departamentos de la Costa Caribe (Atlántico, Magdalena y Guajira), acompañados de Norte de Santander, Bogotá, Cundinamarca, Risaralda y Quindío, presentando valores aprobados promedio por usuario entre \$2,0 y \$2,5 millones.

En 2015 (ver Ilustración 4) el comportamiento del valor aprobado total es muy similar al del año anterior, aquellos departamentos con mayor valor aprobado son los mismos, al igual que los departamentos con valores aprobados más bajos, que en su mayoría corresponden a departamentos con amplias zonas rurales dispersas y que además se caracterizan por contar con la mayoría de su población en el régimen subsidiado, como lo son Chocó, Arauca, Vichada, Guaviare, Guainía, Vaupés, Amazonas y Putumayo⁶.

⁵ Es decir, o es un promedio sobre el total de afiliados al departamento sino un promedio sobre los usuarios de recobro que aparecen asociados a cada departamento de acuerdo con la información de BDUA.

⁶ Según información consultada en el cubo de BDUA de SISPRO, con fecha de corte diciembre de 2015, los departamentos que poseían mayor población afiliada en el régimen subsidiado eran: Amazonas, Arauca, Atlántico, Bolívar, Boyacá, Caldas, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Guaviare, Huila, La Guajira, Magdalena, Meta, Nariño, Norte De Santander, Putumayo, Sucre, Tolima, Vaupés y Vichada.

Ilustración 3. Valor aprobado total y promedio por usuario por departamento de afiliación 2014 (precios constantes* 2015)



Fuente: Base recobros DAFPS cruzada con BDUa 2014, cálculos OAPES.

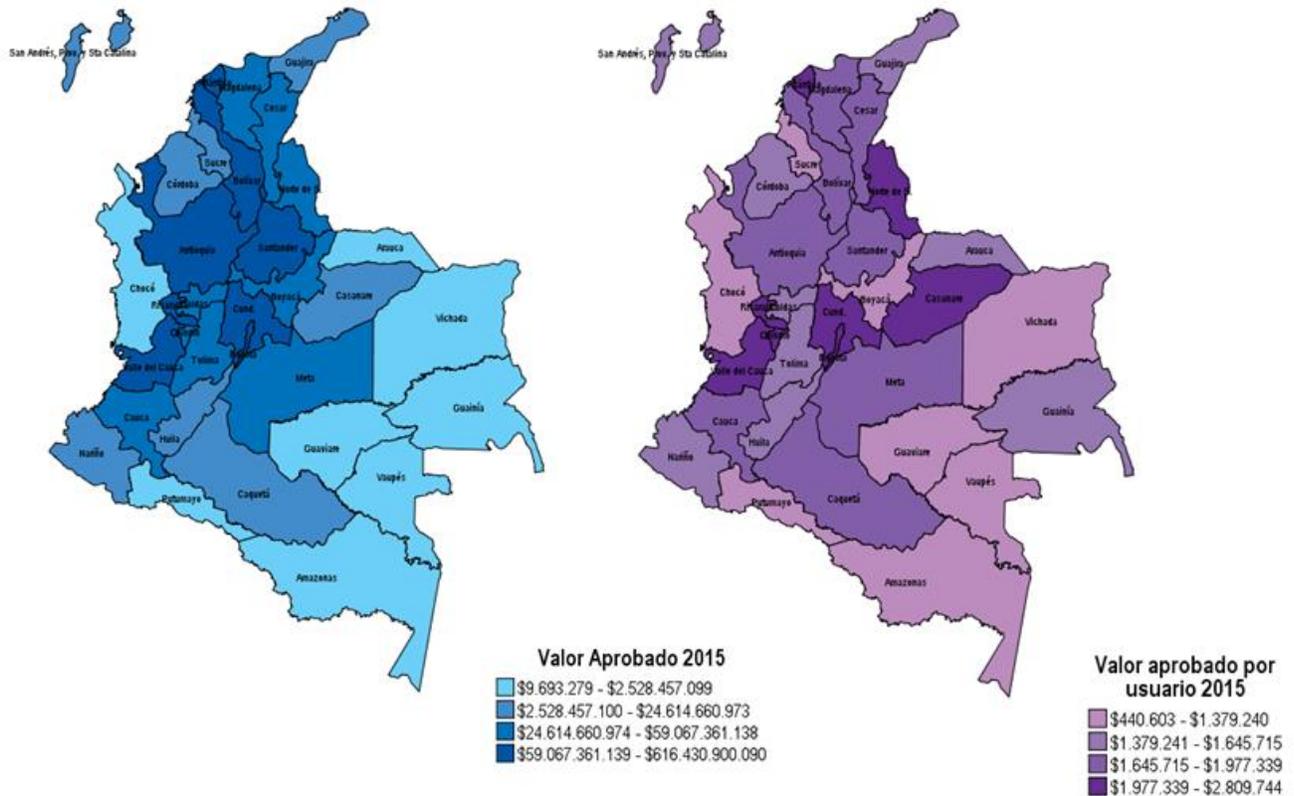
* Deflatación precios 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

En cuanto al valor promedio por usuario en el año 2015, se evidencia en primera medida que los departamentos de la Costa Caribe, que destacaban por poseer los valores más altos, a excepción de Atlántico, ya no aparecen puntuando los valores aprobados promedio por usuario en este año, mientras que Norte de Santander, Bogotá, Cundinamarca, Quindío y Risaralda permanecen; adicional a estos departamentos se encuentran Valle del Cauca y Casanare, encontrándose así el cuartil más alto de valores aprobados por usuario entre \$1,9 y \$2,8 millones.

3.2. Diagnósticos más recobrados por departamento

El siguiente análisis, en aras de conocer el perfil epidemiológico de los recobros se realizó por medio de los diagnósticos CIE-10 a 3 dígitos con mayor valor radicado, relacionando coocurrencias entre diagnósticos y comparando en los casos en los que fue posible, los hallazgos con el Análisis de Situación de Salud del MSPS. A partir de esta información se encuentra que los diagnósticos *Tumor maligno de la próstata*, *Hipertensión esencial*, *Mielomas múltiples* y *Tumores malignos de células plasmáticas*, *Deficiencia hereditaria del factor VIII*, y *Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos* son los diagnósticos con mayor valor radicado que se encuentran en el mayor número de departamentos para ambos años.

Ilustración 4. Valor aprobado total y promedio por usuario por departamento de afiliación 2015



Fuente: Base recobros DAFPS cruzada con BDUA 2015, cálculos OAPES.

Iniciando con el año 2014, se presentan a continuación los diagnósticos que ocupan el primer lugar de valor radicado de los departamentos y su participación en el total nacional de este rubro:

- El diagnóstico *Tumor maligno de la próstata* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 5 departamentos: Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (participación de 4,4% sobre su valor radicado total), Risaralda (3,5%), Córdoba (3,1%), Meta (2,8%), y Valle del Cauca (2,7%). Este diagnóstico cobra importancia porque generó el 14,07% de las muertes por neoplasias en hombres entre 2005 y 2012 (MSPS, 2014).
- El diagnóstico *Hipertensión esencial* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 4 departamentos: Guajira (7,5%), Cesar (6,7%), Sucre (5,4%) y Atlántico (3,7% sobre el total del valor radicado del departamento). Es importante destacar que, aproximadamente el 70% del total de la población colombiana con hipertensión se encuentra en el régimen contributivo, así que esto explica la alta participación de este diagnóstico en el país en general, además, la prevalencia de hipertensión en el país indica que ésta se encuentra más en la Costa Caribe y en la región centro-oriental del país (MSPS, 2014).
- El diagnóstico *Mieloma múltiples y tumores malignos de células plasmáticas* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en Bolívar (4,5% del total del valor radicado), Quindío (3,8%) y Bogotá (2,4%).
- El diagnóstico *Deficiencia hereditaria del factor VIII* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 3 departamentos: Boyacá (7,2% del valor radicado del departamento), Huila (6,0%) y Caldas (2,7%).

- El diagnóstico *Tumor maligno de la mama* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 2 departamentos: Caquetá (4,0% del valor radicado total) y Tolima (2,6%). Esta enfermedad, al igual que el tumor maligno de la próstata, cobra relevancia porque se atribuyó aproximadamente el 6% del total de muertes en el país entre los años 2005 y 2012 (MSPS, 2014).
- El diagnóstico *Leucemia mieloide* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 2 departamentos: Chocó (con una participación de 5,7% en el valor radicado total) y Santander (2,7%). Si bien no son los departamentos con mayor mortalidad por esta patología en el país (como sí sucede con Meta, por ejemplo), se encuentran dentro del segundo y tercer cuartil de mortalidad por este diagnóstico según el ASIS (MSPS, 2014).
- El diagnóstico *Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en Cauca (3,9% de participación) y Putumayo (11,0%).

Ahora, realizando el mismo ejercicio para el año 2015, a continuación se muestran los diagnósticos que se encuentran presentes en el primer lugar de valor radicado de los departamentos, su participación en el total de dicho rubro y la comparación con ASIS:

- El diagnóstico *Deficiencia hereditaria del factor VIII* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en Casanare (20,0% del valor radicado total), Caquetá (5,9%), y Santander (2,1%). Las enfermedades del sistema circulatorio fueron las primeras causales de muerte en hombres y mujeres entre 2005 y 2013, así que cobra importancia que en estos departamentos se recobren medicamentos o servicios relacionados con estos diagnósticos (MSPS, 2015b).
- El diagnóstico *Hipertensión esencial primaria* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 3 departamentos: Guajira (10,1% del valor radicado del departamento), Cesar (8,8%) y Atlántico (3,9%). Si bien el ASIS reporta que la región Pacífico es la que cuenta con mayor prevalencia de hipertensión arterial en Colombia, la Costa Caribe se encuentra dentro del promedio nacional, recalando que la prevalencia de esta enfermedad se ha incrementado a partir del año 2009 en Colombia (MSPS, 2015b).
- El diagnóstico *Tumor maligno de la próstata* se encuentra en el primer lugar en 3 departamentos: Vichada (presentado un 27,7% de participación sobre el total), Risaralda (4,0%) y Valle del Cauca (3,4%).
- El diagnóstico *Anemia hemolítica adquirida* se encuentra en liderando el valor radicado en Nariño (6,8% del valor radicado), Cauca (5,5%) y Norte de Santander (2,8%).
- El diagnóstico *Otros síntomas y signos generales* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina (5,0% del valor radicado total del departamento) y Arauca (4,5%). Esto puede explicarse, más allá que por una explicación epidemiológica de las regiones, por posibles fallas en el diligenciamiento de la base de datos o un desconocimiento del código CIE-10 adecuado para el diagnóstico tratado.
- El diagnóstico *Tumor maligno de la mama* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 2 departamentos: Bogotá (con un porcentaje de 2,9% sobre el total del valor radicado) y Tolima (2,8%).
- El diagnóstico *Trastornos generalizados del desarrollo* posee el mayor valor radicado en Bolívar (5,1% del total) y Córdoba (4,7%).
- El diagnóstico *Trastornos del metabolismo de los glucosaminoglicanos* cuenta con el mayor valor radicado en 2 departamentos: Caldas (3,2%) y Putumayo (15,7% sobre el valor radicado del departamento).
- El diagnóstico *Otros defectos de la coagulación* se encuentra en el primer lugar de valor radicado en 2 departamentos: Meta (con una participación de 8,6%) y Magdalena (4,0%).

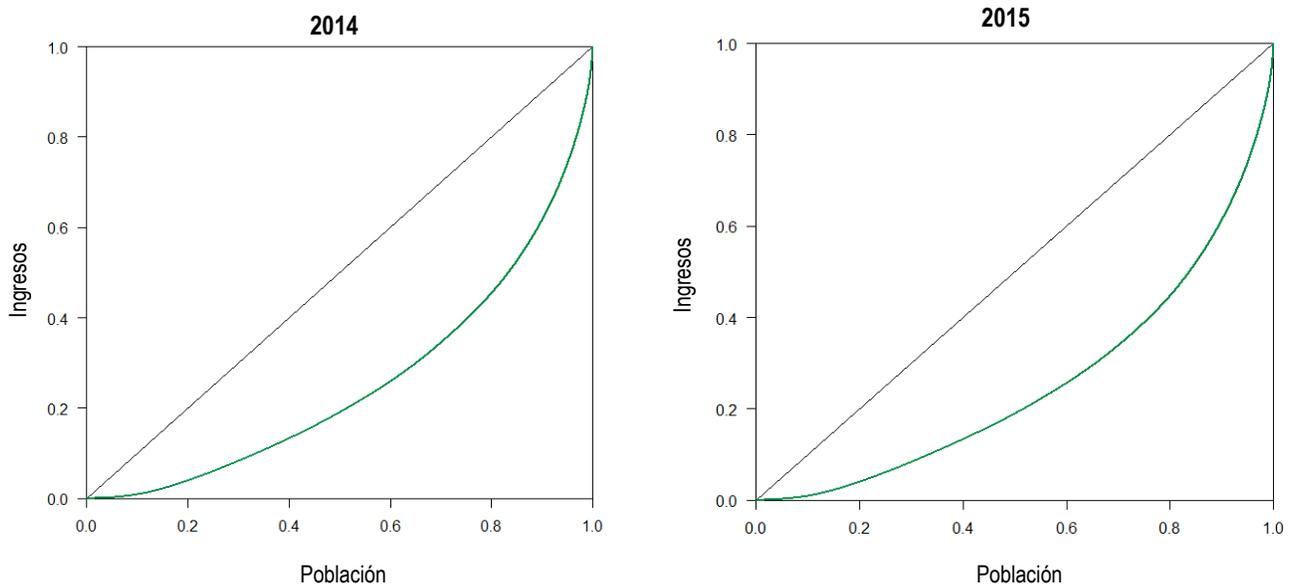
4. Concentración según ingreso de los usuarios del recobro

El análisis de concentración de los valores aprobados de los recobros según los ingresos de la población objetivo se realiza en aras de conocer la distribución de los recobros en la población, tomando como noción de equidad la igualdad de acceso a los servicios y tecnologías no POS para toda la población, sin discriminar por su ingreso, además, considerando que la figura de recobro nace como un instrumento para suplir necesidades en salud que no estén cubiertas por el Plan Obligatorio de Salud, por lo tanto, normativamente no debería favorecer ningún grupo social específico. Se calcularán, como se mencionó en la metodología, estadísticos univariados y multivariados para entender este comportamiento y a partir de allí, plantear hipótesis sobre el funcionamiento de la figura del recobro dentro del sistema. Este análisis se realizó a partir del cruce de la base de datos de recobros con la información de promedio anual de IBC salud registrada en PILA.

4.1. Distribución de ingresos y valor aprobado respecto a la población

Partiendo de la noción de equidad en los recobros como la ausencia de barreras de acceso para diferentes grupos de la población de acuerdo con su ingreso monetario, inicialmente se observa la distribución del ingreso de la población, y del valor aprobado asociado a esta población por medio de los estadísticos de Curva de Lorenz y Coeficiente de Gini, los cuales, arrojarán los primeros esbozos de las características de la población en términos de equidad.

Gráfico 14. Curva de Lorenz de ingresos 2014-2015



Fuente: Base recobros DAFPS cruzada con PILA 2014 y 2015, cálculos OAPES.

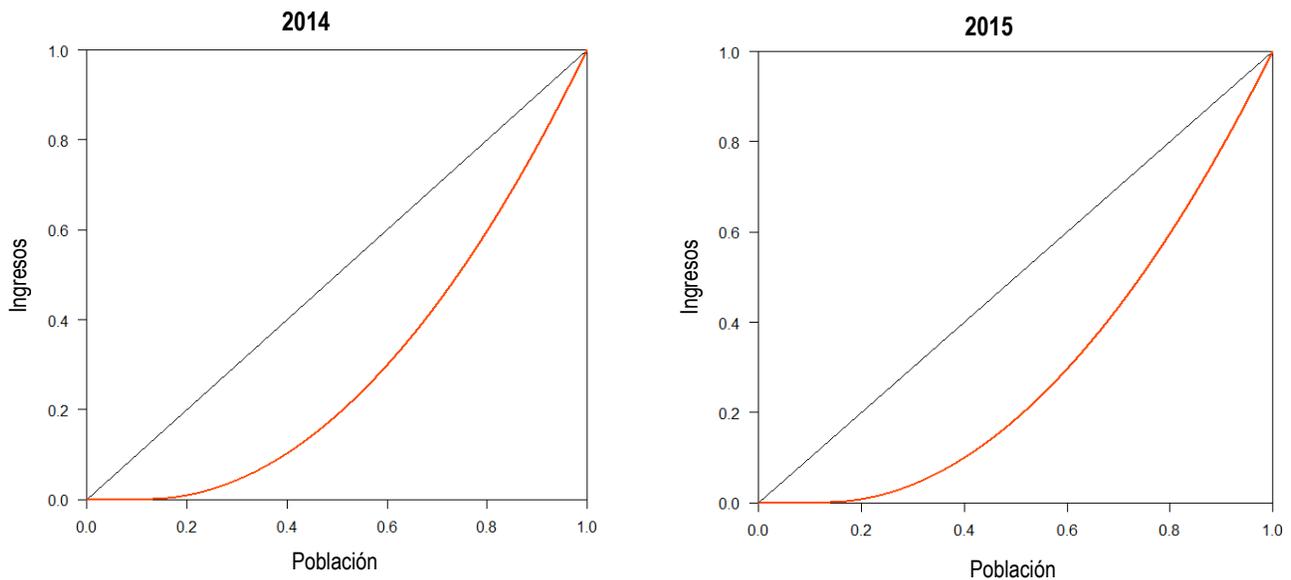
Para los años de estudio, el Coeficiente de Gini de ingresos arrojó valores de $G_I = 0,49$ para ambos años, mientras que el de salud fue y $G_{VA} = 0,41$ en 2014 y $G_{VA} = 0,42$ en 2015; lo cual muestra que los ingresos tienen mayor concentración que el valor aprobado, pues el 60% de la población centra un poco más del 20% del

ingreso (ver Gráfico 14), mientras que el 60% de la población concentra aproximadamente el 50% del valor aprobado (ver Gráfico 15).

Según estimaciones del DANE, en Colombia para los años 2014 y 2015 el Coeficiente de Gini se ubicó en $G = 0,5$ en los dos años (DANE, 2015), esto quiere decir que en la población estudiada tanto los ingresos como la variable de salud (medida como el valor aprobado de los recobros) muestran mayor equidad que el total nacional.

Estos resultados indican dos conclusiones que son de gran importancia para el ejercicio de Curva de Índice de Concentración que se realizará posteriormente: por un lado, la mayoría de la población se encuentra en los percentiles bajos de ingreso y por otro, tanto ingresos como valor aprobado de los recobros presentan menor concentración que el comportamiento nacional.

Gráfico 15. Curva de Lorenz de valor aprobado 2014-2015



Fuente: Base recobros DAFPS cruzada con PILA 2014 y 2015, cálculos OAPES.

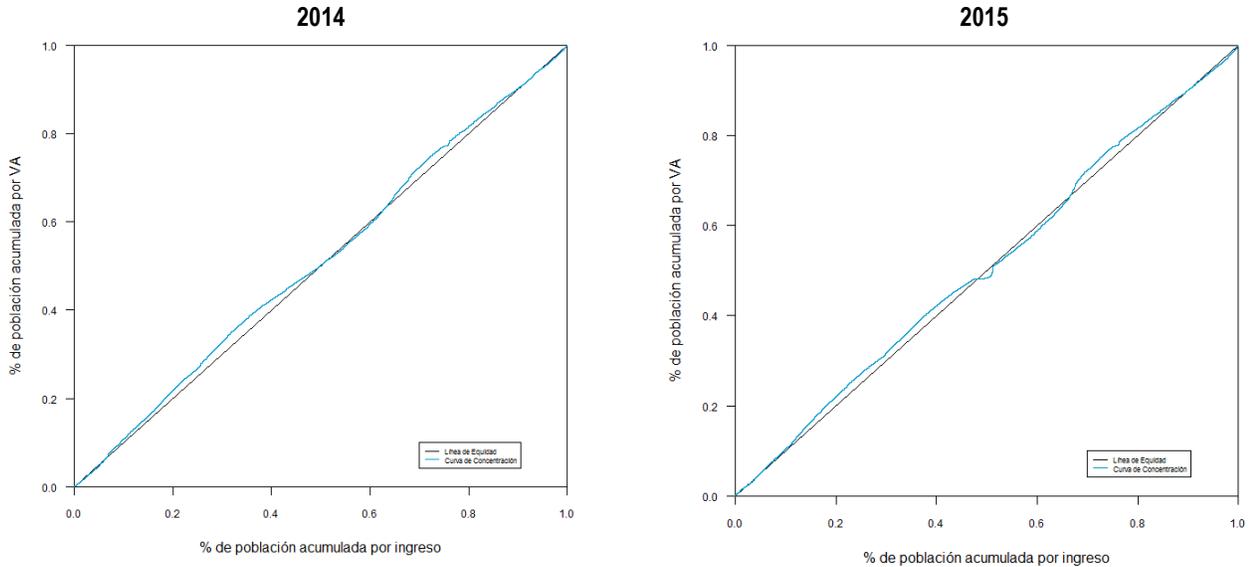
4.2. Concentración del valor aprobado de los recobros respecto al ingreso

El Índice de concentración resultado del ejercicio es igual a $IC = -0,02$ para 2014 y $IC = -0,01$ para 2015, lo cual, junto con lo que se puede observar en el Gráfico 16 en donde se evidencia poca distancia entre la Curva de Concentración y la Línea de Equidad para ambos años, indica que el valor aprobado de los recobros se distribuyen en mínima cuantía (0,022 para 2014 y 0,016 para 2015) a favor de las personas que se encuentran en los percentiles más bajos de ingreso.

Estos resultados muestran que hay equidad en los términos definidos anteriormente (igualdad de acceso) en los servicios y tecnologías no POS, para todos los niveles de ingreso de la población objetivo; lo cual, bajo la naturaleza

intrínseca del recobro, que es, en términos generales, el cubrimiento de una necesidad en salud que no se encuentra dentro del POS, es un resultado adecuado; además, teniendo en cuenta que según el Índice de Concentración el valor aprobado de los recobros posee una distribución en favor de la población con menores ingresos, se cumple lo estipulado por la Corte Constitucional (sentencia T-466 de 2013) en la que se indica que el recobro debe realizarse siempre y cuando el usuario no pueda asumir el costo del servicio o tecnología (Franco, 2015).

Gráfico 16. Curva de Concentración valor aprobado recobros - ingresos 2014-2015



Fuente: Base recobros DAFPS cruzada con PILA 2014 y 2015, cálculos OAPES.

5. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados presentados dan cuenta de la importancia de realizar seguimiento constante a las cifras financieras de recobros para el régimen contributivo. Un análisis profundo aislando los efectos inflacionarios⁷, muestra que la reducción de -12,9% que se presentó del valor aprobado entre 2013 y 2014 (pasando de \$2.583 a \$2.249 mil millones), contrasta con un incremento para el año siguiente (2015) de 6,2% en este rubro (llegando a \$2.389 mil millones).

El presente análisis ha mostrado que el comportamiento de recobros por medicamentos mantiene una tendencia constante, en contraste con un cambio en la participación que tienen los procedimientos e insumos (ver Gráfico 9 y Gráfico 11), especialmente solicitados vía tutela. De esta manera, se recomienda realizar seguimiento a estos casos, especialmente porque allí se encuentran en los Servicios Sociales Complementarios.

⁷ Usando valores constantes de 2015 con el IPC de salud calculado por el DANE.

Se encuentra que, en promedio, el 27,4% de las EPS recobrantes en 2014 y 2015, que poseen mayores valores aprobados concentran el 94,0% del total de este rubro, además de contar con el 94,0% en promedio, del total de afiliados al régimen contributivo; mientras que el 0,2% del total de proveedores asociados al recobro, que cuentan con mayor valor de este monto reúnen el 59,6% del total nacional del mismo. Revisar estos casos a profundidad puede arrojar elementos que permitan comprender y corregir posibles comportamientos atípicos en la prestación de servicios y tecnologías no POS.

Una propuesta adicional expuesta en este documento, es la vinculación de otras bases de datos al estudio y seguimiento de los recobros, específicamente, este informe muestra que al cruzar con la base de datos BDUA, es posible realizar un análisis de recobros por departamento o municipio de afiliación de usuario. Del ejercicio presentado se puede obtener información de los diagnósticos más recobrados asociados a los departamentos de afiliación, que puede servir de instrumento de seguimiento en términos de perfil epidemiológico para la construcción de los ASIS, y de fortalecimiento de las estrategias de promoción y prevención.

Además, al enriquecer el análisis de caracterización por medio del cruce de la base de recobros con la información de PILA se encuentra que el valor aprobado de los recobros se encuentra dirigido principalmente a la población con menores ingresos. Así que, con esta información es posible realizar un seguimiento detallado de esta población para observar la relación entre indicadores socioeconómicos, las condiciones de salud y los costos de oportunidad de acceso y uso al SGSSS, o incluso, la posible inducción de demanda a servicios y tecnologías no POS a este grupo de personas de particular.

Referencias

Decreto 1703 de 2002. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia. 2 de agosto de 2002.

Decreto 2280 de 2004. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia. 15 de julio de 2004.

Decreto-Ley 4107 de 2011. Departamento Administrativo de la Función Pública. Bogotá, Colombia. 02 de noviembre de 2011.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2015). *COLOMBIA - Medición de Pobreza Monetaria y Desigualdad 2014*. Obtenido de Archivo Nacional de Datos: http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/334

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016a). *Boletín técnico: Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2015*. Bogotá. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_15_.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2016b). *COLOMBIA - Medición de Pobreza Monetaria y Desigualdad 2015*. Obtenido de Archivo Nacional de Datos: http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/410

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2017). *Índice de Precios al Consumidor - IPC*. Obtenido de Sistema de Consulta: http://cubindices.dane.gov.co:8084/Dane/vistaCuboGenerico.jsf?xml=../server/all/deploy/Dane.ear/Dane.war/WEB-INF/queries/Cubo_Indice_IPC.mondrian.xml&docDescription=Indice%20de%20Precios%20al%20Consumidor%20-%20IPC&jsp=mondrianResourceSectorIndices&proper

Franco R., C. (2015). *Recobros: ¿quién se beneficia y quién no?* (Tesis de Maestría en Ciencias Económicas). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

Gradín, C., & Del Río, C. (2001). La medición de la desigualdad. *Universidad de Vigo*.

Ley 100 de 1993. Congreso de la República de Colombia. Bogotá, Colombia. 23 de diciembre de 1993.

Ley 1753 de 2015. Congreso de la República de Colombia. Bogotá, Colombia. 9 de junio de 2015.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Análisis de Situación de Salud 2014*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Cifras financieras del sector salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/cifras-financieras-del-sector-salud%20-boletin-numero-11.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Análisis de Situación de Salud 2015*.

O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-0-8213-6933-3

Resolución 0634 de 2006. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia. 6 de marzo de 2006.

Resolución 3047 de 2008. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia. 14 de agosto de 2008.

Resolución 3099 de 2008. Ministerio de la Protección Social. Bogotá, Colombia. 19 de agosto de 2008.

Resolución 2851 de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia. 17 de septiembre de 2012.

Resolución 5395 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, Colombia. 24 de diciembre de 2013.

Schneider, M., Castillo-Salgado, C., Bacallao, J., Loyola, E., Mujica, O., Vidaurre, M., & Roca, A. (2002). Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 12(6), 398-415.