



MEDICION DEL IMPACTO FINANCIERO EN LA ADMINISTRACION DE LOS
RECURSOS EN SALUD DE ATENCIONES SECUNDARIAS A LA PRESTACION DE
SERVICIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID -19 EN LA EPS PIJAOS SALUD.

LUISA FERNANDA LIBERATO RENDON

ROBERTO MOSQUERA ABELLO

JULIAN EDUARDO GUERRA VILLABON

UNIVERSIDAD EAN

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS DE SALUD

SEMINARIO DE INVESTIGACION

IBAGUE-TOLIMA

DICIEMBRE 2021

MEDICION DEL IMPACTO FINANCIERO EN LA ADMINISTRACION DE LOS
RECURSOS EN SALUD DE ATENCIONES SECUNDARIAS A LA PRESTACION DE
SERVICIOS DURANTE LA PANDEMIA COVID -19 EN LA EPS PIJAOS SALUD.

LUISA FERNANDA LIBERATO RENDON

ROBERTO MOSQUERA ABELLO

JULIAN EDUARDO GUERRA VILLABON

UNIVERSIDAD EAN

MAESTRIA EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS DE SALUD

SEMINARIO DE INVESTIGACION

IBAGUE-TOLIMA

2021

Nota de aceptación:

Firma del jurado

Firma del jurado

Firma del director del trabajo de grado

Ibagué, 7 /de diciembre/2021

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Agradecimientos

El presente trabajo investigativo se realizó gracias al apoyo y la colaboración del personal directivo de la Aseguradora Pijaos Salud, especialmente del representante legal, señor José Rene Ducuara Ducuara, quien avalo y permitió el acceso a la información misional de la entidad, así como a las bases de datos relacionadas en el análisis presentado en este documento

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Resumen

El presente estudio se realizó en aras de determinar las causales que tuvieron impacto en la administración de los recursos en salud de la EPS-I Pijaos Salud, durante el desarrollo de la pandemia COVID-19 en la vigencia 2020, y que podrían poner en riesgo la sostenibilidad financiera, el aseguramiento y el acceso a los servicios de salud de la población afiliada a esta administradora de planes de beneficios del régimen subsidiado. Por lo que se estableció la casuística del gasto en salud reportado por la entidad, estableciendo relación con variables de tiempo, la siniestralidad, costo de servicios, y frecuencias de prestación de servicios en la población atendida de marzo a diciembre de 2020 en contraste con los recursos recibidos por la EPS reconocidos a través del ADRES, e identificando las oportunidades de mejora a tener en cuenta para la vigencia 2021.

Palabras Clave: Pandemia, Costo, salud, Siniestralidad, Recursos, Usuarios, Servicios.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Tabla de contenido

Agradecimientos.....	4
Resumen	5
Lista de tablas e ilustraciones.....	9
Lista de tablas	10
Introducción	11
Planeamiento del problema	13
Descripción del problema.....	18
Pregunta problema.....	21
Objetivo general	21
Objetivos específicos	21
Marco Institucional.....	23
Estructura Organizacional	24
Objetivos Corporativos.....	24
Marco Conceptual	25
Sistema de Salud.....	25
Historia.....	26
Estructura y modelo	27
Los Agentes del Sector.....	28
Agentes aportantes	29
Aseguradores.....	29
Prestadores de servicios.....	29
Proveedores de medicamentos.....	30
Pacientes – consumidores:	30
Agencias estatales	30
Los flujos de recursos en el sector	31
Las funciones dentro de un sistema de salud	32
Financiamiento	33

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Empresas administradoras del Riesgo en Salud	34
Prestación de Servicios	36
La Función de Modulación (Diseño y Regulación).....	37
Los modelos de operación del sistema	38
Enfoque para la comprensión de los modelos	38
La pandemia la salud y la economía	39
Marco Legislativo.....	41
Ley 100 de 1993.....	41
Decreto 4747 de 2007	42
Resolución 3047 de 2008	42
Ley 1438 de 2011.....	42
Ley 1751 de 2015 (Ley estatutaria en salud).....	43
Resolución 3280 de 2018	44
Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020.....	45
Decreto 417 de 2020	46
Resolución 1161 2020 (15 julio 2020)	47
Resolución 1463 2020 (25 agosto 2020)	47
Circular 049 de 2020 ADRES	47
Marco metodológico o de primer nivel.....	48
Enfoque.....	48
Diseño de la Investigación	49
Tipo de Estudio	49
Listado de variables	49
Criterios de inclusión	50
Hipótesis	51
Hipótesis Nula.....	51
Muestra	51
Muestreo	52
Sujeto de investigación.....	52
Método de muestreo.....	52
Medición de las variables	53

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Análisis de resultados	54
Análisis demanda/Servicios en base a la reserva técnica	57
Análisis de demanda en base a la reserva técnica servicios hospitalarios.....	60
Análisis de demanda en base a la Reserva Técnica servicios ambulatorios	61
Análisis de siniestralidad vs Costo (internaciones hospitalarias)	62
Demanda unidad de cuidados intensivos.....	63
Recursos percibidos por la EPS-I, a través de la LMA de los regímenes subsidiado y contributivo	65
Pagos realizados a la red a través de Giro directo marzo a diciembre 2020 VS el mismo periodo vigencia 2019	67
Conclusiones y discusión	72
Referencias	75

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Lista de tablas e ilustraciones

Ilustración 1. Mapa de manual procesos institucionales Pijaos salud EPS-I . **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 2. Comportamiento en la radicación (volumen de facturas) y auditoria de las cuentas por pagar evento, marzo a diciembre de 2020..... **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 3. Comportamiento en la radicación (costo en pesos) y auditoria de las cuentas por pagar evento, marzo a diciembre de 2020. **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 4. Comparación del comportamiento de la facturación evento (costo) radicada ante el asegurador marzo a diciembre 2019-2020. **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 5. Comportamiento de la reserva técnica (Costo servicios autorizados) marzo a diciembre de 2020, vs con el gasto a provisionar UPC..... **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 6. Autorizaciones hospitalarias emitidas y cargadas en reserva técnica derivadas de atenciones COVID-19. **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 7. Servicios ambulatorios prestados y facturados relacionados con la pandemia COVID-19, vs costo de los mismos vigencia 2020..... **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 8. Servicios UCI prestados y facturados durante el desarrollo de la pandemia relacionados con la pandemia COVID-19, vs costo de los mismos vigencia 2020 **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 9. Servicios hospitalarios prestados y facturados durante el desarrollo de la pandemia relacionados con COVID-19, vs costo de los mismos vigencia 2020..... **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 10. Recursos percibidos por UPC- ADRES, según liquidación mensual de afiliados BDUA; Valor giro directo a IPS(s); valor Giro neto al asegurador vigencia 2020..... **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 11. Pagos realizados a la Red (IPS) marzo a diciembre de 2020, vs Pagos a la red vigencia 2019, variación; Pagos realizados a través de giro directo ADRES. **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 12. Variación porcentual de pagos realizados a la Red, vigencia 2020 vs 2019 **¡Error! Marcador no definido.**

Ilustración 13. Porcentaje Recursos netos percibidos por UPC-Vs Giro directo neto a IPS, percibidos como egresos en pago de cartera vigencia 2020..... **¡Error! Marcador no definido.**

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Ilustración 14. Utilidad UPC percibida-Vs USO de UPC, presentados como indicadores financieros derivados de la prestación de servicios en la pandemia, vigencia 2020, BDUA ADRES- GEMA EPS..... **¡Error! Marcador no definido.**

Lista de tablas

Tabla 1. Facturación radicada durante la vigencia 2020 (marzo a diciembre), representado en obligaciones vs Costo en salud por afiliado de la EPS-I Pijaos salud..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 2. Determinación de la población y la muestra, GEMA EPS..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 3. Distribución de costo vs cantidad de obligaciones radicadas de marzo a diciembre de 2020 GEMA EPS. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 4. Distribución de costo mes vs cantidad de obligaciones radicadas de marzo a diciembre de 2019 GEMA EPS. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 5. Total autorizaciones generadas marzo a diciembre de 2020 Vs costo representativo, sistema de información GEMA EPS **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 6. Distribución mensual de servicios hospitalarios autorizados secundarios a atenciones COVID-19 Vs costo GEMA EPS. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 7. Servicios de ámbito ambulatorio facturados ante la EPS-I relacionados con atenciones COVID-19 GEMA EPS. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 8. Distribución mensual de Demanda UCI Vs costos de servicios facturados derivados de atención COVID-19, GEMA EPS..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 9. Distribución mensual de Demanda internación general COVID-19 Vs costos de servicios facturados derivados de atención COVID-19, GEMA EPS..... **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 10. Consolidado y distribución de los ingresos percibidos por LMA con cargo a la UPC neta Vigencia 2020, ADRES ministerio de salud. **¡Error! Marcador no definido.**

Tabla 11. Consolidado y distribución de los ingresos vs Egresos representados en cartera; porcentaje de utilidad de la UPC percibida Vs Uso de la misma, Vigencia 2020, BDUA ADRES- GEMA EPS..... **¡Error! Marcador no definido.**

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Introducción

Como personal sanitario activo en el sistema general de seguridad social en salud de Colombia, bien sea como usuarios, o como ejes articuladores del derecho fundamental, es imperativo para nosotros identificar y determinar si las políticas y acciones gubernamentales en salud implementadas durante el desarrollo de la pandemia covid-19 en la vigencia 2020, que están relacionadas con la administración de los recursos en salud, fueron suficientes y sostenibles en el transcurso de la misma.

Circunstancialmente también podemos evaluar su impacto y consecuencias en la prestación del servicio de salud, para posteriormente dictaminar si estas medidas pueden extrapolarse y proyectarse en el afrontamiento de eventos sanitarios a gran escala, de tal manera que los resultados en términos financieros y económicos ayuden a garantizar el saneamiento y equilibrio del sistema. Además de servir como guía para la toma de decisiones en la administración del riesgo en salud y gestión financiera en las administradoras de planes de beneficios del régimen subsidiado, teniendo en cuenta que las políticas estatales en salud deben tener un enfoque integral.

Al ser maestrantes en formación el objetivo del presente estudio además de identificar cual fue el impacto financiero de la pandemia Covid-19 en la administración de los recursos de salud, la gestión del riesgo en salud de una entidad administradora de planes de beneficios, es identificar si la toma de decisiones efectuada a nivel gubernamental e institucional fue efectiva en la contención del costo en salud y la cobertura de servicios para los usuarios atendidos durante la pandemia, y de esta manera

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

identificar posibles modelos de gestión necesarios para afrontar eventos de alto impacto en salud como el ocurrido durante la vigencia 2020. Estas situaciones afectan el desarrollo de una empresa y transforman el sector del cual somos partícipes todos los días, razón por la cual debemos estar formados y preparados, conociendo que nuestras decisiones son determinantes en el éxito de una entidad.

Pijaos Salud EPS-I al ser operadora del régimen subsidiado para el departamento y tener la condición de administradora de planes de beneficio de la población indígena, enfrenta un reto aun mayor que el de otras entidades del mismo régimen, esto debido a las características de sus beneficiarios como la dispersión geográfica, el grado de vulnerabilidad, la alta siniestralidad de sus afiliados y las características socioculturales de esta población, son factores que incrementarían el costo en salud y de la prestación de servicios, esto para poder garantizar la accesibilidad y cobertura en toda la población afiliada.

Estas determinantes orientan el desarrollo del presente buscando establecer la causalidad y relación entre el comportamiento financiero durante la vigencia 2020, y la prestación de servicios de salud asociadas a la pandemia, para poder determinar las diferentes variables que influyeron en el comportamiento de los costos, identificar las tendencias y establecer las probables medidas a tomar para subsanar el déficit encontrado.

Para esto se analizaron los valores girados a través el ADRES vistos como ingresos para la entidad, y de esta manera poder determinar si fueron suficientes o no en la atención integral y financiamiento de los servicios en salud durante la pandemia. Analizando los montos reconocidos mes a mes durante la vigencia 2020. Tomando como base la liquidación mensual de afiliados a la EPS publicada de manera periódica por el ADRES, se determinó que el incremento del costo en salud derivado de la prestación de servicios asociados al Covid-19 fue mayor al aumento porcentual de los recursos girados a la aseguradora. A razón de que el incremento descrito, no supero el 0.8% total al final vigencia, según las estimaciones detalladas en el capítulo de resultados del presente estudio, Administradora de los recursos del sistema General de seguridad social en Salud (2020, pág. 1). Por lo que la compensación económica decretada por el gobierno no impacto significativamente en el equilibrio financiero de la Institución.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Para llegar a esta conclusión general se plantearon dos grandes diferencias, la primera relacionada con el origen de los recursos, discriminando los financiados con la unidad de pago por capitación para aquellas tecnologías incluidas en el plan de beneficios, de los financiados con recursos de la cuenta de presupuesto máximo por no encontrarse en el plan de beneficios. La segunda gran diferencia tiene que ver con clasificación de las atenciones de acuerdo al tipo de servicio prestado, y su relación no con la pandemia covid-19 en los usuarios afiliados a la entidad.

Planeamiento del problema

Antecedentes del problema: A través del tiempo la humanidad y la sociedad en general se han enfrentado a diferentes tipos de amenazas infecto contagiosas de gran escala (pandemias) a nivel mundial.

Aunque no se tienen registros detallados de las primeras, se puede decir que estos fenómenos se empezaron a detallar más específicamente desde la edad media cuando la aparición de la peste de Justiniano azotó el imperio bizantino, “Es la primera epidemia de peste de la que se tiene constancia. La enfermedad –y con ella el miedo y la histeria- se expandió por Constantinopla, una ciudad de casi 800.000 habitantes, a una velocidad vertiginosa” Pirazzini (2018, pág. 22). Estos fenómenos se han venido repitiendo de manera periódica influenciadas por el aumento de la población, la aparición del mercantilismo, los conflictos bélicos regionales o mundiales y la globalización.

Con la aparición de la peste negra a final del siglo XIV, que mermo significativamente la población del viejo continente, “la humanidad vivió el peor brote de esta enfermedad a mediados del siglo XIV entre 1346 y 1353. Sin embargo, se ignoraba por completo tanto sus causas como su tratamiento, esta última situación despertó en la sociedad la necesidad de investigar los orígenes, pero estas respuestas aparecieron mucho después, ya cuando la enfermedad había diezmado entre el 50% y 60% de la población de lugares como la península Ibérica y la toscana italiana” (Virgili, 2012, pág. 5).

Luego del descubrimiento de América y el aumento de los viajes interoceánicos este porcentaje multiplicó, potenciado por los tratados comerciales entre diferentes países del mundo, circunstancia que amento exponencialmente la aparición de nuevas

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

enfermedades en la población mundial sobre todo de aquellas de naturaleza infectocontagiosas.

Sin haberse recuperado totalmente de la pandemia de peste negra y casi 400 años después, el siglo XVIII fue el periodo de expansión de una de las infecciones más antiguas y mortales del mundo, “la viruela existió por siglos en Europa de forma controlada sin embargo con la llegada de los conquistadores a América a partir del XVI, la enfermedad esta enfermedad se propago por el nuevo continente y mato a millones” N.Y.HAYS (2005, pág. 513).

A pesar de tener tan larga data es tal vez la primera pandemia a la que se le dio un manejo orientado a la prevención a través del desarrollo de un inmunobiológico. “La invención de la vacuna tiene cara y ojos, nombre y apellidos. El 17 de mayo de 1749 nació Edward Jenner, quien alcanzaría fama mundial como inventor de la vacuna contra la viruela y cuyas polémicas investigaciones en este campo estaban destinadas a cambiar la historia de la medicina para siempre” (Gavaldà, 2019, pág. 3).

Con la entrada de la edad moderna y simultáneamente el desarrollo de la carrera armamentista de las potencias europeas, además de las múltiples disputas territoriales y políticas en este continente, fueron los principales detonantes en el origen de la primera guerra mundial durante el siglo XX, y circunstancialmente un conflicto bélico de tal magnitud trae consigo la aparición de nuevas enfermedades. La gripe española se extendió a gran velocidad por todo el mundo y en sólo 18 meses infectó a un tercio de la población mundial. “La férrea censura de los países implicados en la Gran Guerra escondió su gravedad” Eheverri (1993, pág. 25).

En contraste con la pandemia anteriormente descrita el periodo de duración de esta, fue mucho más corto que el de la viruela. Sin embargo, los datos estadísticos existentes sobre la morbilidad desencadenada durante esta no son tan específicos, lo que deja muchas incógnitas sobre el porqué se detuvo de manera súbita. Este fenómeno podría atribuirse a que durante el desarrollo de la primera guerra mundial muchos datos relacionados con la pandemia de gripe española pasaron a un segundo plano por el conflicto bélico que vivía Europa. Otra teoría planteada es que la tasa de mortalidad fue tan alta que la enfermedad regulo su misma expansión.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Luego de la segunda guerra mundial y tras la creación de la Organización Mundial de la Salud en la década del 40, se consideró necesario empezar a trabajar de manera mancomunada con los sistemas de salud y gobiernos de muchos países en el manejo articulado y regulado de eventos de gran magnitud como la gripa española. Sin embargo, con el crecimiento poblacional desbordado y los modelos de salud aún en proceso de construcción en áreas como el sudeste asiático, este continente sería el sitio de origen de las siguientes dos pandemias, Castañeda (2020, pág. 5). A pesar de las medidas tomadas en 1957 es declarada la gripe asiática como pandemia por parte de la Organización Mundial para la Salud.

Posteriormente y tan solo 10 años después en 1968 se registra la aparición de la gripa de Hong Kong. Cada una de estas con más de un millón de víctimas en todo el mundo, Castañeda (2020, pág. 5) desafortunadamente ambos fenómenos coincidían en los orígenes reportados de la enfermedad, China. El gigante asiático empieza a ser uno de los puntos de congruencia de estos sucesos y los virus respiratorios sus principales artífices.

Aunque aún no se conoce bien su origen la pandemia por el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida tiene su primer reporte registrado en 1981 en los estados unidos; por su trasegar lento y silencioso es considerado la pandemia de más alto impacto económico en todo el mundo, esto es debido a los costos de su diagnóstico, tratamiento y a el número de complicaciones que genera en los huéspedes. según datos de la Organización Mundial de la Salud, (2020) cuenta ya “con más de 25 millones de muertes confirmadas y atribuidas en todo el mundo y 60 millones de infectados”.

El medio oriente fue el área geográfica escogida por los virus para dilucidar el nacimiento de un nuevo brote pandémico. “Para el año 2012 la Fiebre del MERS-COV fue el suceso a titular en los noticieros y gobiernos del mundo. Con reservorio en los murciélagos fructíferos, esta especie sigue marcando el derrotero para la aparición de brotes endémicos zoonóticos en la actualidad, con más de 2494 casos confirmados solo en el medio Oriente” (Trijillo, 2014, pág. 8). Con una letalidad del 42% del total de los casos estudiados se puede inferir que su impacto en los sistemas de salud no es un por menor, a pesar de que el brote fue controlado a comienzos del 2014. De este porcentaje, “el 23% terminaron en unidad de cuidados intensivos, y solo 11% sobrevivió” Trijillo

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

(2014, pág. 8) circunstancia que afecto la financiación de estos servicios de salud, y fue un reto en cada uno de los países al que llego el virus.

Posteriormente el continente africano fue el punto de origen del siguiente brote pandémico y aunque más de 30 años después reapareció y atravesó los océanos sus inicios datan de 1976, Organización mundial de la Salud, (2015). Como una zoonosis naciente con un índice de contagio superior al 50%, la hemorragia del virus del Ébola es una de las infecciones ocasionadas por virus más contagiosos del siglo XIX, circunstancia que sumada al impacto y efecto que tiene sobre el estado de salud de las personas que lo contraen, la convierten en una de las amenazas más grandes para la salud pública mundial. Por tratarse de una fiebre hemorrágica de corto periodo de incubación y una etapa viremica de hasta de 21 días, la vuelven una patología altamente infecciosa y mortal, Ponce (2016, pág. 7) “Se presenta en brotes epidémicos, causando la muerte hasta del 80-90% de los casos” Lo que la vuelve una infección no solo de alto impacto en morbilidad de la población que está en contacto, sino una problemática sustancial en los sistemas de salud que afrontan este evento.

Y por último la pandemia que está atravesando actualmente la humanidad atribuida a el nuevo coronavirus SARS-Cov-2, su alto índice de contagio y la rapidez con la que atravesó fronteras, han hecho recordar que lecciones que ya se habían tomado con anterioridad hay que retomarlas a diario, además de poner a prueba los modelos económicos, de producción y los sistemas de salud del mundo entero. Con la aparición de un nuevo brote endémico en China, este país confirma que su inferencia como potencia mundial, no solo lo aplica en el desarrollo económico, tecnológico y de producción, sino también en la salud pública del planeta. Ciro & Maguiña Vargas (2020, pág. 9) “El primer caso fue descrito el 8 de diciembre 2019, el 7 de enero 2020 el Ministerio de sanidad de China identifica un nuevo coronavirus Sars Cov – 19, como posible etiología, para el 24 enero en China se habían reportado 835 casos (534 de Hubei) y con el correr de las semanas se extendió a otras partes de China” (Ciro & Maguiña Vargas, 2020, pág. 9); en menos de 5 semanas ya había atravesado todas las fronteras con casos confirmados en Tailandia, Corea del Sur y Rusia. La velocidad de contagio del virus y de las medidas tomadas por algunos gobiernos no fueron suficientes para contener su propagación.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

El alto grado de globalización en la actualidad sumado a las características genotípicas del virus sumado fueron el caldo de cultivo perfecto para la rápida expansión de la enfermedad. “El cierre de comercios, escuelas empresas, instituciones y la declaración de estado de emergencia no se hizo esperar por el gobierno chino. Sin embargo, lo hermético del régimen dificultó una evaluación verídica del impacto inicial del virus en la zona cero” (Marca España, 2020, pág. 5).

Para febrero la enfermedad ya había llegado al continente europeo con casos confirmados en España e Italia debido a la entrada de ciudadanos alemanes contagiados por las terminales aéreas, sin embargo, este último país fue el primero en sufrir los rigores del impacto de la pandemia durante los meses de febrero a marzo del 2020. “Para la tercera semana de mayo ya se tenían 168.268 casos confirmados y un promedio de muertes 322 casos día para la misma fecha, el sistema de salud italiano empezaba a presentar dificultades para afrontar la pandemia, y el gobierno italiano declara la emergencia nacional a principios del mes de marzo”, (Hopkins, 2021, pág. 5) acción premonitoria de lo que se venía para el resto del continente y el resto del mundo.

Casi simultáneamente el panorama en España no fue muy diferente al italiano, “para el 15 de marzo de 2020 se presentaba un promedio día de 1012 casos nuevos y 288 muertes, a pesar de que desde el 14 marzo el gobierno español declaró el estado alarma y se definió la cuarentena total en todo el país. El sistema sanitario español empezaba a presentar dificultades debido a que el promedio de usuario que ingresaban a unidad de cuidados intensivos diario superaba las 250 personas, hechos que incrementaron su frecuencia al transcurrir las semanas” (Secretaría General de Sanidad Española, 2020, pág. 45).

“Al atravesar continentes casi de manera indetectable aun sabiéndose de la existencia del virus y la presencia de brotes en todo el mundo, era inevitable que la enfermedad llegara al nuevo continente, circunstancia que se aceleró debido la poca diligencia de algunos gobiernos en la preparación para el afrontamiento de la pandemia” (Organización Mundial de la Salud, 2020), a pesar de haber sido declarada como pandemia por parte de la Organización mundial de la salud desde el 11 de marzo de 2020.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Muchos países de la región tardaron en cerrar fronteras y algunos mantuvieron el funcionamiento de sus terminales áreas hasta las primeras semanas de abril. Era de esperarse que los países más grandes y con mayor población sintieran los rigores de la pandemia desde el mes de marzo, situación que se agravo a partir del mes de abril; “Estados Unidos supera ya los 100,000 casos y los 1,500 fallecidos, mientras que en América Latina se reportan hasta el momento más de 10,000 casos confirmados y una tasa creciente de muertes datos detallados a finales del mes de abril de 2020” (Alvarez R. , 2020, pág. 7). El manejo que se le dio desde el punto de vista gubernamental por parte del primer mandatario de Brasil tampoco fue el ideal, a tal punto que el sistema de salud no tuvo la capacidad para atender la emergencia durante los meses de abril a junio de 2020; fueron tales las consecuencias de dichas determinaciones que la disposición de los cuerpos víctimas de la enfermedad también se volvió una problemática sanitaria.

Todos estos sucesos han impactado significativamente el desarrollo socio económico, cultural de cada uno de los países o regiones donde tuvieron influencia, sin embargo, la historia reciente nos permite evaluar de manera más exhaustiva este tipo de fenómenos desde otros puntos de vista social y de seguridad en salud.

Descripción del problema

América latina con todas las características sociodemográficas, políticas, económicas y culturales que tiene, no había atravesado o enfrentado un evento tan impactante como una pandemia.

Particularmente para la república de Colombia y para su modelo de gestión en salud este fenómeno ha representado un reto de grandes proporciones durante el afrontamiento de este evento, desde la aparición del virus en la región durante el mes de marzo de 2020, así como durante el desarrollo de la pandemia en los meses siguientes cuando se hablaba de mitigación, hasta el día de hoy cuando se habla de post pandemia y de resolución de la misma mediante la vacunación efectiva de la población colombiana.

Para un país donde el modelo de salud se sustenta legislativamente desde el sistema general de seguridad social en salud, (Republica de Colombia, 1991) donde el derecho fundamental a la salud y la prestación de servicios de salud son pilares sustanciales en su funcionamiento, el sostenimiento estatal, la administración de los recursos y el

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

aseguramiento de la población no son ajenos al objeto del modelo, por el contrario requieren en primera instancia del reconocimiento del estado como principal responsable del desarrollo, funcionamiento y financiación del mismo.

Al poseer una población de 48.258.494 millones de personas según estimaciones del censo realizado en 2018 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020), con características demográficas y socioculturales tan variada, hace que su riesgo de siniestralidad en los indicadores de salud pública ante eventos endémicos y de salud pública sea más alto que otros países. Por esta razón y por otras como la cobertura en salud de la población o el acceso a los servicios en algunas regiones el territorio la preparación, la prevención y la adecuación del sistema fue circunstancial durante los meses previos a la aparición del primer caso positivo en el país, y durante el desarrollo de la pandemia.

Cuando se tiene un sistema de salud donde la administración de los recursos del mismo se encuentra tercerizado, sectorizado y permite la competencia sobre administración de estos en un mercado segmentado y poco igualitario en algunas regiones. La vigilancia y supervisión del estado es obligatoria, necesaria e inherente con el modelo. Dicho de otra manera, al comercializar la salud en un modelo de oferta demanda, no se exige al gobierno del deber como eje rector, si no por el contrario lo compromete más.

La figura de las Aseguradoras, Empresas Promotoras de salud o Administradoras de planes de beneficios, como se les ha llamado desde la aparición del modelo en 1993 hasta el día hoy, además de ser una las principales piezas en la articulación de un modelo salud competitivo en términos de sostenibilidad, evolutivo en términos de cobertura y calidad, además de preventivo desde el punto de vista de la gestión del riesgo. Serían las únicas que pueden dilucidar de forma efectiva en términos de recursos, el fenómeno de la pandemia, además de cuantificar el impacto económico de los costos de prestación de servicios salud durante el transcurso de esta.

Cuando inició la pandemia covid-19 en el mes de marzo aún no se sabía cuál iba a ser la demanda de servicios de la población afiliada a la EPS. Desafortunadamente cuando hablamos en términos de red y capacidad instalada de los prestadores habilitados, lo único que mencionaban los medios en su momento era de la necesidad de

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

incrementar la oferta de camas en unidades de cuidados intensivos, unidades de cuidados intermedios, ventiladores y laboratorios para el procesamiento de muestras tamizaje o confirmatorias para el virus. Razón por la cual podemos concluir que para ese entonces las EPS(s) y el gobierno nacional, no previeron el impacto económico y el riesgo financiero en el que se encontraba el sistema de salud, el cual para el mes de julio sobrepasó las estimaciones en términos de costos en el presupuesto público. Esta situación era de esperarse en un país que nunca había enfrentado un evento de este tipo y donde la gestión del riesgo en salud es deficiente en las EAPB.

La EPS Pijaos Salud al ser operadora del régimen subsidiado en los departamentos mencionados, y al tener la condición de administradora de planes de beneficio de la población indígena, enfrentaba entonces un reto aun mayor que el de otras entidades del mismo régimen, esto debido a las características de sus beneficiarios como la dispersión geográfica, el grado de vulnerabilidad, la alta siniestralidad y las características socioculturales de esta población. Estos factores incrementarían el costo en salud y la accesibilidad para la prestación de servicios, razón por la cual la tarea en gestión del riesgo sería crucial.

Para el caso del departamento del Tolima, el cual no tiene una red de prestadores suficiente, Registro Especial de Prestadores de Salud (2020, pág. 1) con solo 6 hospitales habilitados para la prestación de servicios de mediana complejidad, un hospital de alta complejidad, 10 clínicas habilitadas para la prestación de servicios de mediana y alta complejidad con disponibilidad unidad de cuidados intensivos y cuidados intermedios; tres laboratorios habilitados para la toma y procesamiento de muestras COVID. Serían limitantes para la atención de una población variable afiliada cercana a los 91.000 usuarios, los cuales se encuentran distribuidos en doce municipios Tolima, seis municipios de Risaralda y dos municipios del meta, son circunstancias que incrementaban el riesgo de siniestralidad de sus usuarios limitando al acceso y la oportunidad en la prestación de servicios como cuidados intensivos, cuidados intermedios, hospitalización, salas de cirugía en todas las especialidades urgencias y unidades de apoyo diagnóstico. Además de incrementarse el costo de los mismos debido al aumento en la demanda medicamentos, insumos médico-quirúrgicos y elementos de protección, estos últimos necesarios en la atención de los pacientes en las instituciones y del personal de salud.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Habilitada para operar en los departamentos de Meta, Risaralda y Tolima, por lo cual se hizo imperativo la contratación de más prestadores en estos departamentos, con el objetivo de garantizar la cobertura y cumplir las estrategias decretadas por el gobierno para la atención de la población durante la pandemia. Para el mes de mayo se logró aumentar un 25% la red contratada, con la entrada de IPS(s) como, Medintegral Ibagué, Clínica Ibagué, Clinaltec, Laboratorio Clínico Analicemos, Nuevo Hospital la Candelaria, Hospital San Carlos Saldaña, Sub Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, según lo observado en el Registro especial de Prestadores de servicios de salud (2020, pág. 1), previendo el incremento de la demanda para ciertos servicios y el alcance de los picos epidemiológicos que estaban por llegar. Esta decisión además de aumentar la cobertura también incremento el costo cartera con los distintos prestadores, sea que estuviesen en la red o no.

Aunque el giro de recursos destinado para la entidad se mantuvo constante durante toda la vigencia evaluada según los datos detallados en la liquidación mensual de afiliados publicada por el ADRES; al realizar una revisión minuciosa del incremento de los montos girados entre el mes marzo y mes de diciembre encontramos que fue solo del 4.5% de UPC, y el promedio de mensual de incremento de recurso durante toda vigencia no supero el 0.8%. Además, para meses como mayo y septiembre este indicador fue negativo presentando variaciones del -1.6% y el -3.1% respectivamente para cada uno de esos meses. Todas estas fluctuaciones sumadas al aumento de los costos en salud en estos periodos impactaron negativamente en los estados financieros de la EPS, Administradora de los recursos del sistema General de seguridad social en Salud (2020, pág. 1).

Es importante analizar y discutir si los reconocimientos del ADRES por servicios de salud prestados no incluidos en el plan de beneficios con cargo a la UPC durante el 2020, también tuvieron variaciones, o mejor, si fueron suficientes para la financiación de estas tecnologías, especialmente para aquellas que aparecieron durante la pandemia como las pruebas moleculares para la detección del COVID. Dejando afuera del cálculo aquellas atenciones de más alto costo, como lo son las internaciones, intervenciones quirúrgicas y apoyos diagnósticos de alta complejidad los cuales se financiaron y se siguen reconociendo con recursos de la UPC.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Pregunta problema

¿Cuál fue el impacto financiero en la administración de recursos para la salud de las atenciones relacionadas con la pandemia COVID-19, en la EPS Pijaos salud durante la vigencia 2020?

Objetivo general

Evaluar el impacto financiero de las atenciones en salud derivadas de la prestación de servicios relacionados con la pandemia Covid -19 en la EPS Pijaos salud durante la vigencia la 2020.

Objetivos específicos

- Identificar la cantidad de usuarios afiliados a la EPS Pijaos salud recibieron atenciones en salud relacionadas con el COVID-19 durante la vigencia 2020.
- Calcular el costo de las atenciones en salud relacionadas con la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 a los afiliados de la EPS Pijaos salud.
- Establecer cuál fue el incremento en la cartera de la EPS Pijaos Salud por atenciones en salud relacionadas con la prestación de servicios COVID-19 durante la vigencia 2020, en relación con el año inmediatamente anterior.
- Estimar cuáles fueron los centros de costos en salud de mayor impacto en la cartera de la EPS Pijaos Salud durante la vigencia 2020, derivados de la prestación de servicios relacionados con el COVID-19.
- Establecer cuál fue el incremento en el reconocimiento de recursos en salud autorizados a la EPS Pijaos salud para la atención de la pandemia COVID-19 en los usuarios afiliados, determinado su impacto en los estados de resultados.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Marco Institucional

Es una entidad conformada por comunidades indígenas del Tolima; de derecho público y carácter especial, regida por el decreto 1088 de 1993, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Igualmente, Pijaos salud EPS indígena, fue autorizada para administrar los recursos de seguridad social en salud (régimen Subsidiado) mediante la Resolución No 0539 del 29 de marzo del año de 2001 otorgada por la Superintendencia Nacional De Salud.

Como administradora de planes de beneficios del régimen subsidiado y de carácter especial, se dedica a la administración y gestión de los recursos de la seguridad social en salud fomentando y promoviendo, la identidad, la solidaridad, participación y autonomía de las comunidades, así como el fortalecimiento de la organización indígena en defensa y desarrollo del proyecto indígena de Salud, la medicina tradicional, los derechos particulares en salud reconocidos por la ley, el acceso oportuno y adecuado socio-culturalmente a los servicios de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud en todos los niveles, en general todas aquellas acciones que garanticen los derechos fundamentales de los pueblos indígenas para el mejoramiento de la calidad de vida y la seguridad Social universal.

A nivel misional es una EPS indígena con identidad propia, leal con su organización de base contribuyendo a fortalecer y consolidar el proceso organizativo aportando el reconocimiento de un sistema de salud propio, garantizando la prestación de servicios de salud a los afiliados mejorando su calidad, administrando los recursos con

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

honestidad, incorporando los avances tecnológicos apoyados en el talento humano para el logro de objetivos y metas.

A nivel visional y de prospección Pijaos salud resolviendo con calidad las necesidades de salud de nuestras comunidades, contribuyendo al fortalecimiento de la identidad cultural con la construcción de un sistema de salud propio adecuado a las características socio-culturales de sus afiliados.

Estructura Organizacional

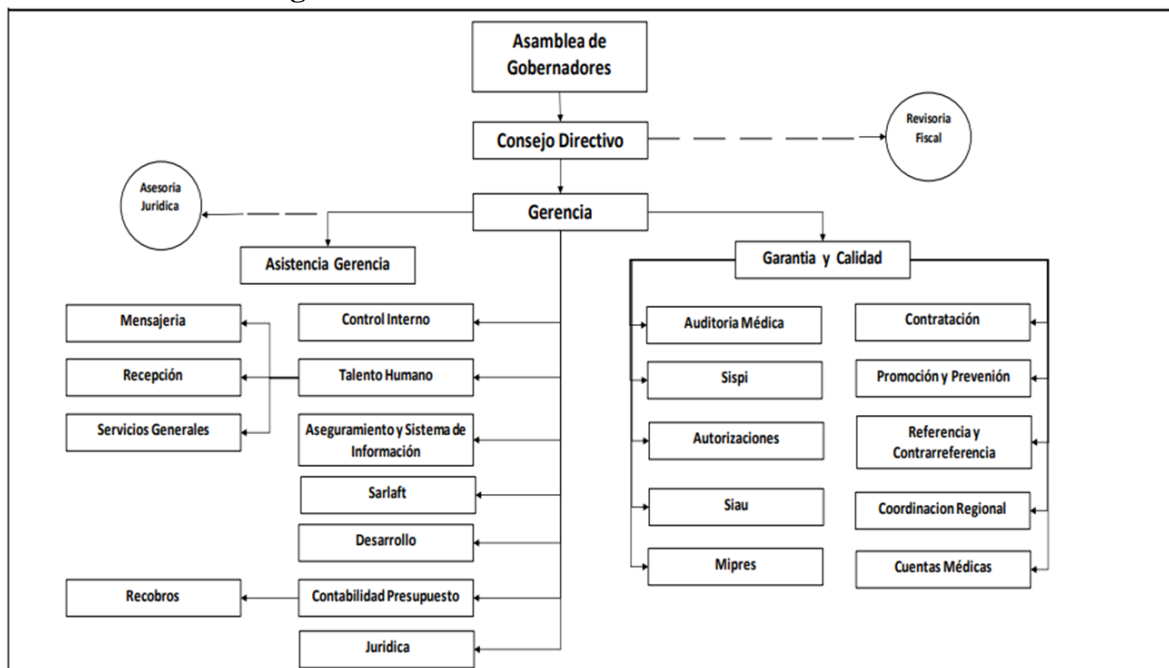


Imagen 1. Mapa de manual procesos institucionales Pijaos salud EPS-I

Objetivos Corporativos

- Promover a Pijaos Salud EPS indígena como la mejor opción en el manejo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Garantizar el acceso a servicios de medicina tradicional por parte de los usuarios que así lo deseen.
- Incrementar el número de afiliados proyectando extensión a otros departamentos o regiones.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

- Fortalecer la investigación para el desarrollo de los proyectos socioculturales.
- Desarrollar las herramientas de control de gestión de la entidad y de sus sistemas de información.
- Posicionar el tema de la salud y seguridad social indígena ante las instancias de decisión.
- Mostrar los logros alcanzados en términos de experiencia exitosa, como argumento favorable.
- Gestionar la capacitación de líderes en el manejo de la seguridad social en salud.
- Gestionar la capacitación de líderes para el ejercicio de la participación y la representación de los intereses de las bases.
- Capacitar las comunidades en la conservación, manejo y preservación de los recursos naturales para garantizar su seguridad alimentaria.

Para la vigencia a estudiar la administradora de planes de beneficios tenía presencia en tres departamentos como aseguradora Tolima, Risaralda y Meta. En el departamento del Tolima en Ibagué, Ataco, Chaparral, Coyaima, Natagaima, Ortega, Planadas, Purificación, Prado, Saldaña, San Antonio, Rioblanco. Para el departamento de Risaralda los municipios de Pereira, Guática, Marsella, Mistrató, Pueblo Rico, Quinchía. Y por último el departamento del Meta donde se tiene cobertura en el municipio de Puerto Gaitán. Que para el año 2020 oscilo en los 90.000 usuarios aproximadamente.

Marco Conceptual

Sistema de Salud

Un sistema de salud es el totalizado articulado de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de un grupo poblacional determinado que comparte unas características semejantes y/o especiales dependiendo de la ubicación geográfica de la misma. “Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero” (organización mundial de la Salud, 2005).

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma tangible. Por ejemplo, “una mujer que recibe una carta recordándole que su hijo debe vacunarse contra una enfermedad potencialmente mortal está obteniendo un beneficio del sistema de salud” Alvarez L (2018, pág. 4). Lo mismo ocurre con una familia que finalmente puede acceder al agua potable gracias a la instalación en su aldea de una bomba de agua financiada por un proyecto de saneamiento del gobierno, o con una persona con VIH/SIDA que obtiene medicamentos antirretrovirales, asesoramiento nutricional y exámenes periódicos en un ambulatorio asequible.

El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la buena rectoría de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias (Organización Mundial de la Salud, 2020). El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo.

“Los sistemas de salud de los países pobres no son los únicos que tienen problemas, algunos países ricos tienen grandes sectores de la población que carecen de acceso al sistema de salud debido a que los mecanismos de protección social son injustos” (Rojas, 2011, pág. 12). Otros están luchando contra el aumento de los costos debido a la utilización ineficiente de los recursos.

Historia

Los sistemas de salud en el sentido en que se entienden en la sociedad contemporánea son de reciente data. “La primera tentativa de la instauración de un seguro de salud se produjo en la Prusia de Bismarck en la segunda mitad del siglo XIX; no obstante, su expansión sólo tuvo lugar con posterioridad a la segunda guerra mundial, cuando se produjo lo que se ha denominado la primera revolución del sector de la salud, cuando comenzaron los gobiernos a asumir las políticas frente al sector a partir de la búsqueda de tener mayores coberturas para la población” (Ministerio de la Protección social, 2006, pág. 5).

A partir de allí, con la segunda revolución en el sector durante los años 70s y, especialmente, con las frecuentes tentativas de reformas que se han producido desde hace unos tres lustros en todos los países del mundo, el tema de la salud ha venido concentrando la atención de los analistas y de los gobiernos como uno de los elementos

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

esenciales sobre los cuales descansa no sólo el mejoramiento de la calidad de vida de los pobladores de una nación, sino, además, la protección y mejoramiento del capital humano de las economías (Ministerio de la Protección social, 2006, pág. 7).

En los países de América Latina el interés por la realización de reformas a sus sectores de salud se ubica en los albores de los años noventa y se intensifica a lo largo del decenio. Colombia realizó su gran reforma del sector a finales del año 1993, adoptando un modelo de competencia controlada o regulada, la cual se ubicó dentro del conjunto de reformas que acompañaron el cambio de modelo económico en el país, considerando como uno de sus bastiones la reducción del tamaño del Estado y la mayor injerencia del sector privado en asuntos que antes eran estrictamente del resorte público, aparte, por supuesto, del elemento básico de la internacionalización de la economía (Porrás, 2013, pág. 3) .

Estructura y modelo

En un modelo de salud se tendrían unos consumidores pacientes que demandarían los servicios de prestación médica en primer lugar, “en el primer escalón de los servicios (médicos generales) y, posteriormente, en caso de requerirse, en otros niveles de atención (médicos especialistas, intervenciones quirúrgicas, etc.). Para ello deberán realizar los pagos de los servicios a cambio de la atención recibida”, (Ministerio de la Protección social, 2006, pág. 8). Dando así la forma a un modelo de libre competencia con regulación de un estado.

Una simple observación de este esquema plantea una de las principales desventajas del mercado de la salud, constituida por el hecho de que, bajo esta premisa, la demanda de servicios médicos se centraría únicamente en aquellos agentes que tienen la capacidad presupuestal para acceder a los mismos. Dicho de otra manera, bajo un esquema de desembolso directo por parte de los consumidores, los agentes con menor nivel de renta se enfrentan a la disyuntiva de no acceder a estos servicios o de acceder bajo el costo de golpear severamente su nivel de renta; el mercado no permitiría un acceso adecuado e igualitario a los servicios de salud, involucrando detrimentos severos al nivel de renta de los agentes cuando ellos se ven impelidos a su utilización (Ministerio de la Protección social, 2006, pág. 9).

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

En la mayoría de las sociedades el principio de equidad es el paradigma que orienta la asignación de recursos públicos en salud. La razón para ello es que, en efecto, en la mayoría de las sociedades el ingreso de las personas está distribuido desigualmente y por ende es desigual la capacidad de los distintos miembros de la sociedad para adquirir privadamente bienes y servicios, incluyendo aquellos considerados esenciales. Sin un financiamiento público, parcial o total, algunos agentes no podrían acceder a ellos. Los subsidios públicos contribuyen a reducir las barreras económicas que enfrentan las personas de bajos recursos para el consumo de servicios médicos (Ministerio de la Protección social, 2006, pág. 17).

A través de la literatura relacionada con el tema de la salud se verifica con facilidad que uno de los principales escollos en su aprehensión es el que tiene relación con la definición propia del sector y de los objetivos que él busca. En principio, a nivel puramente económico, el sector de la salud puede definirse como aquel mercado en el cual se transan los servicios de salud, existiendo una demanda por parte de la población y una oferta a partir de los médicos y de las instituciones prestadoras de servicios de salud (Porras, 2013, pág. 3).

Sin embargo, el concepto aquí descrito tiene limitaciones sustanciales. “De ellas, la primera, sin duda, es la ausencia del reconocimiento de la salud como un bien al cual deben acceder todos los habitantes de una formación social económica, esto es, el principio de la equidad en el sistema; la sola consideración de este nuevo elemento conduce a profundizaciones más complejas, pues ya no se trata de la constatación de la simple existencia de la demanda, sino de la posibilidad real de que todos los pobladores sean efectivamente demandantes potenciales del mercado. Desde luego este hecho conduce a considerar los interrogantes relacionados con los recursos a través de los cuales algunos sectores, inicialmente marginados del mercado, se involucran dentro del mismo y, a partir de allí, a definir la formación de precios” (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 9).

Adoptando este enfoque de los objetivos que se busca alcanzar, es preciso realizar la enumeración de los principales aspectos que, dentro de la práctica mundial, se pueden identificar como elementos generales del sector de la salud desde el punto de vista propuesto, es decir, de los objetivos. En este escenario, los objetivos esenciales que persigue un sector de salud son, en principio, los siguientes:

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

- Equidad
- Aseguramiento de las expectativas de renta
- Eficacia microeconómica Eficacia macroeconómica
- Libertad de elección para los consumidores

Los Agentes del Sector

Como un conjunto de organismos simbiotes y complementarios encabezados por el estado, la sociedad, y el mercado, podríamos decir que el sistema de salud desde una mirada amplia el sector está constituido por seis clases de agentes de la siguiente manera (Ministerio de la Protección social, 2006, pág. 12):

Agentes aportantes

Los agentes aportantes están constituidos por todos aquellos que realizan pagos al sector de la salud. En este sentido tal concepción abarca el pago del aseguramiento tanto a partir de las contribuciones parafiscales de los agentes asegurados (lo que en Colombia se conoce como Régimen Contributivo) como el pago que se realiza a partir del presupuesto del Estado (cuyo origen es la tributación general de la sociedad) y que tiene como propósito el de universalizar la cobertura del sistema (lo que en Colombia se conoce como el Régimen Subsidiado) (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 13).

Dentro de los aportantes deben considerarse igualmente aquellos pagos que realizan algunos agentes económicos, especialmente los ubicados en las capas de mayores ingresos de la población, relacionados con la adquisición de seguros privados o simplemente los pagos que realizan los individuos de manera directa a los prestadores cuando su capacidad de pago así lo permite y cuando optan por no utilizar los mecanismos de aseguramiento que poseen.

Aseguradores

Los aseguradores, como su nombre lo indica, son aquellos agentes del sistema que tienen como objeto realizar el aseguramiento de la población; en términos rigurosos son las terceras partes que realizan los pagos a los prestadores de servicios cuando ellos son utilizados por los pacientes consumidores. No obstante, esta función esencial de pagadores, los aseguradores no deben ser previstos, ni convertirse en agentes pasivos de pago, sino que deben desarrollar otras funciones al interior del sistema como la de coadyuvar a la eficacia microeconómica y a la eficacia dinámica, para solo mencionar un ejemplo. En el caso colombiano la función de

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

aseguramiento está desarrollada por las Empresas Promotoras de Salud (en adelante EPS), las Administradoras del Régimen Subsidiado (en adelante ARS) y los denominados regímenes excluidos que en la práctica operan como aseguradores corporativos. En un sentido amplio también deben considerarse los seguros de salud tradicionales, comercializados por las Compañías de Seguros (Porrás, 2013, pág. 3).

Prestadores de servicios

En lo que respecta a la Instituciones Prestadoras de Salud, como su nombre lo sugiere, son aquellos agentes que se encargan de la atención de los pacientes consumidores en términos de la producción y prestación de los servicios. No obstante, la elementalidad de su definición, una mirada más en profundidad permite identificar diferenciaciones interesantes: en primer lugar, es necesario distinguir entre el cuerpo médico y las instituciones prestadoras; a su turno, los médicos se componen de los generales y los especialistas. En cuanto a la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (en adelante IPS) es preciso realizar la distinción entre las públicas y las privadas y, dentro de éstas, aquellas que se encuentran integradas verticalmente con aseguradores y las que no lo están, nuevamente teniendo en cuenta los diferentes niveles (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 13).

“Es de notar que la oferta de los servicios de salud, propiamente dicha, se ancla en los médicos y en las IPS, cualquiera que sea la forma en que ellos actúen. En este sentido, la eficiencia microeconómica del sistema de la salud tiene gran relación con estos agentes, en la medida en que se producen fuertes incentivos a inducir demanda en general y, en especial, en escenarios de aseguramiento sin integración vertical” (Porrás, 2013, pág. 3)..

Proveedores de medicamentos

Los proveedores de medicamentos son un agente esencial del sector de la salud en la medida en que en ellos radica uno de los elementos fundamentales de la contención de costos como es el costo (para los consumidores) de los medicamentos (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 20).

Pacientes – consumidores:

Los pacientes consumidores han sido diferenciados de los aportantes por dos razones: en primer lugar, porque, en sentido estricto, no todos los pacientes consumidores son aportantes directos; para el caso colombiano los aportantes directos son los afiliados al régimen contributivo, mientras que los afiliados al régimen subsidiado no realizan aportes de manera directa, sino que benefician de las políticas y

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

recursos del Estado invertidos en el sector de la salud. La segunda razón es que, si bien en algunos casos se trata del mismo agente económico, su función como aportante y como paciente - consumidor es radicalmente distinta.

Agencias estatales

Finalmente, el sector se encuentra constituido por las agencias estatales encargadas, en primera instancia del diseño y estructuración del sistema de acuerdo con los objetivos buscados y las políticas a desarrollar; en segundo término por las agencias encargadas de la regulación del sistema, estableciendo las reglas del juego que han de conducir a que se cumplan los objetivos y el diseño y, finalmente, las agencias encargadas de la supervisión, esto es, de la inspección, vigilancia y control de los diferentes agentes para que sus actuaciones se ajusten a los objetivos buscados. A su turno las agencias de control deben apoyarse en las actuaciones de los pacientes, considerados individual y colectivamente, para recibir información cualificada acerca de su entendimiento de la operación del sistema y así permitir tomar medidas correctivas en términos propios de supervisión a propiciar medidas regulatorias que tiendan a introducir las mejoras pertinentes (Londoño y Frenk , 2015, pág. 11).

Los flujos de recursos en el sector

En este acápite se presentan los flujos de recursos del sector de la salud discriminados para cada una de las clases de agentes antes definidos, lo cual, a su turno, define las relaciones financieras existentes entre ellos. El principio general que se debe observar al mirar los flujos de recursos es la diferenciación entre los diferentes intereses de los agentes como proveedores de financiamiento o como receptores de gastos de salud, los cuales, en este evento, constituyen sus ingresos. Este enfoque marca, a la vez, una diferencia esencial entre la óptica que se tiene dentro de los diferentes grupos frente a los que se concibe como la estructuración del sector y las fuerzas que actúan en su interior (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 25).

En relación con lo anterior aquellos para los que los gastos sanitarios representan una renta preferirán siempre una política de transferencia de las cargas a una política de limitación de gastos; es decir, que en el caso de los agentes para los cuales los gastos en salud constituyen el eje central de sus ingresos desestimarán las medidas regulatorias, en particular aquellas referentes a la contención de costos, privilegiando una posición de

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

no regulación y de dejar imperar a las fuerzas del mercado en el establecimiento de los precios. En este caso la alusión al mercado constituye una herramienta conceptual (utilizada, la más de las veces de forma falaz) para impedir que se apliquen políticas de contención de costos y, en cambio, el gasto general en salud aumente de manera progresiva. Los casos más representativos, en términos conceptuales, de esta postura son los prestadores de servicios de salud y los proveedores de medicamentos (Londoño y Frenk , 2015, pág. 8).

Por otra parte, también encontramos los canales de financiación del sistema, particularmente los gobiernos, los cuales tienen interés en que los costos totales del sector de la salud se mantengan dentro de los límites que impone el seguimiento de una política macroeconómica general sana. De forma análoga los aseguradores, cuando se les impone limitaciones en los gastos por consumidor afiliado y en el caso particular colombiano, tienen interés en que se produzcan regulaciones que favorezcan la contención de costos de los cuales, en alta medida, ellos se convierten en garantes (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 26)

“Más allá de las posiciones contradictorias es preciso reiterar que, como ha sido establecido, el sector de la salud no puede ser considerado como un mercado en el cual funcionen las leyes de la competencia y de la asignación eficiente de recursos a través de una fijación de precios transparente y en condiciones de competencia. Por ello todos los sistemas de salud, en mayor o en menor medida, son objeto de regulación y de controles, aunque ellas asuman formas diversas en función de las características y tradiciones de la formación social económica en que suceden” (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 27), por lo que encontraremos mecanismos de prestación y de reconocimiento de obligaciones excluidas del manejo directo estatal, pero vigiladas estrechamente por él.

Las funciones dentro de un sistema de salud

En un sistema de salud moderno es posible distinguir, en principio, tres funciones esenciales de la siguiente manera:

- Financiamiento
- Aseguramiento
- Prestación de servicios

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Dado que el sistema de salud resultante para cada país dependerá de las políticas de cada gobierno frente a su percepción de cómo deben estructurarse estas funciones, es decir, del diseño que se realice en términos de la determinación de la manera como ellas se han de desarrollar, la condición de los agentes que las van a desplegar y las relaciones que han de construirse entre ellos, a las anteriores funciones es preciso adicionar dos más, relacionadas éstas con la actividad de las agencias estatales frente al sistema (Evans, 1998, pág. 36).

Ellas son, de una parte, siguiendo la terminología de Londoño – Frenk, la modulación del sistema, la cual involucra tanto el diseño mismo como la disposición del marco normativo que plantea las reglas del juego que han de regir tal diseño; de otra parte se encuentra la supervisión o inspección, control y vigilancia del sector, la cual comprende el conjunto de acciones emprendidas para tutelar que los diferentes agentes desarrollan las funciones de acuerdo con el diseño y con el marco normativo regulatorio (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 29).

Vale anotar que la supervisión no ha sido considerada en el diseño del modelo de Londoño - Frenk como una función separada, constituyendo esto, a nuestro modo de ver, un vacío importante en la formulación de su modelo. Para los autores mencionados, la supervisión se encuentra subsumida de alguna manera no precisada en la modulación del sistema.

Nuestra percepción se aparta de este planteamiento y señala a la supervisión como una función autónoma, reconociendo, desde luego, que ella encuentra su fuente en la propia regulación. No obstante, una vez definido el marco normativo al cual deben ceñirse los agentes económicos en el cumplimiento de sus funciones al interior del sector, la supervisión adquiere dimensión propia, convirtiéndose incluso en un referente permanente para el mejoramiento de la regulación, a partir de la observación y monitoreo de los procesos al interior del sector y de la verificación de la frecuencia con que se producen separaciones de las conductas deseadas, la supervisión permite mejorar el diseño del sector, perfeccionar las reglas del juego mediante desarrollos regulatorios y, nuevamente, convertirse en el garante del cumplimiento de esos desarrollos (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 32).

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Financiamiento

La función de financiamiento puede ser dividida en dos momentos diferentes que pueden confundirse en algunos casos: la generación de recursos y el financiamiento propiamente dicho. La generación de recursos planteada de la manera más escueta es la provisión de recursos para el funcionamiento del sistema de salud. Estos, a su turno, pueden provenir enteramente de origen público, íntegramente de origen privado o de una mezcla de las dos, teniendo en cuenta que en muchos sistemas de salud se cuenta con recursos adicionales, provenientes de donaciones de agencias internacionales o de impuestos con destinación particular hacia el sector de la salud (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 30).

La generación de recursos planteada desde la óptica de un fondeo exclusivo a partir de fuentes privadas corresponde al modelo de desembolso voluntario, el cual no reviste mayor interés para nuestro objeto de estudio, aparte de reiterar que, de todas maneras, cualquiera que sea el sistema resultante, siempre permanece la opción de acceso a servicios de salud con pago privado por parte de los agentes, en especial los de mayores niveles de renta.

La generación de recursos a través de la opción pública es la forma existente en la mayoría de los países del mundo e involucra el recaudo de contribuciones especiales en función del nivel de renta de los pobladores y de apropiaciones del presupuesto general del país provenientes de la recaudación tributaria en general.

En este orden de ideas la generación de recursos implica un proceso de gran importancia para el funcionamiento del sistema de salud que es el recaudo de los mismos, en la medida, por supuesto, que existan fuentes de generación distintas a las del presupuesto general de la nación. Cuando ocurre este último evento, la importancia de la función radica en la definición de los aportes gubernamentales y su distribución regional, atendiendo los criterios específicos que caracterizan una determinada región como son el número de pobladores, su comportamiento epidemiológico, los niveles de renta, etc. (Frenk, 1997, pág. 23).

Empresas administradoras del Riesgo en Salud

La función de aseguramiento, de manera simple, se encuentra constituida por la toma de fondos de los individuos por parte de unos agentes aseguradores con el fin de

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

garantizar unos servicios de salud presentes o futuros. Así, los aseguradores son esas agencias públicas o privadas que se encargan de asegurar a los aportantes en función de distintos criterios como grupos de población (incluidos de trabajadores) y territorialidad. Adicionalmente existen dos distintas maneras de ligar a la población con los aseguradores: la voluntaria y la obligatoria, así como pueden definirse esquemas de monopolio de o de participación plural en el número de aseguradores (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 30).

Las políticas que se planteen frente a la ligazón de los individuos con los aseguradores constituyen el punto nodal de la elección del consumidor. En términos generales puede afirmarse que en los casos en que el individuo tiene la libertad de escogencia del asegurador, depende fundamentalmente de las políticas de éste en lo relacionado con la elección del prestador: si el asegurador ofrece redes de servicio definidas, la libertad de elección del consumidor se limita al asegurador, viéndose restringida en el caso de los prestadores a aquellos incluido dentro de la red de aquél. Si la política del asegurador es de permitir la elección del prestador del consumidor, definiendo el método de pago que le resulte apropiado, su libertad de elección incluirá tanto al asegurador como al prestador (Frenk, 1997, pág. 15).

La definición frente al número de aseguradores que van a desempeñar la función define la estructura del cuasi mercado de los aseguradores. Si se opta por un asegurador único, se tendrá una estructura monopólica; si la decisión involucra un número plural de agencias de carácter estatal se tendrá una conformación de mercado particular en donde la eficiencia del mismo dependerá de las reglas que se apliquen para la competencia entre estas agencias; si se define una vinculación obligatoria atendiendo criterios de territorialidad o de grupos de población, el resultado final, seguramente reflejará una alta ineficiencia ante la carencia de incentivos para operar en el mercado; si se define un esquema competitivo, es probable que se produzca un mercado más eficiente, estando provisto que se les otorgue el carácter jurídico apropiado para desarrollar esa competencia (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 43).

En este sentido, cualquiera que sea la vinculación de los pobladores, definidos en su condición de aportantes, con los aseguradores, la relación directa que se establece entre los dos es la garantía del acceso a los servicios de salud, relación a través de la cual los

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

aseguradores irrigan los recursos hacia la producción y el consumo de la atención en salud (Frenk, 1997, pág. 9).

Así, “en la visión más simple, los aseguradores pueden ser simplemente instrumentos pasivos de pago, esto es, limitarse a realizar los pagos a los prestadores o los reembolsos a los clientes, de acuerdo con los servicios de salud prestados y obtenidos. Asumir esta función elemental de los aseguradores conduce a enormes ineficiencias en el sistema dado que no se produce ningún control al riesgo moral ni a la inducción de la demanda, quedando sin garantizar la eficiencia micro y macroeconómica y poniendo en grave riesgo la cobertura del sistema. A favor se puede argumentar que este sistema propicio la libre elección del consumidor de sus prestadores de salud” (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 45).

Prestación de Servicios

La tercera función esencial en un sistema de salud es la prestación de servicios. Teniendo en cuenta que la salud es uno de esos servicios cuya producción coincide con el consumo, la función de prestación se refiere de manera simple a la producción de servicios de salud y al otorgamiento de los mismos a los consumidores – pacientes. Es posible encontrar diversos esquemas de prestación de servicios de salud, desde el caso extremo en que ellos son responsabilidad exclusiva del Estado hasta aquél en donde es desempeñado enteramente por el sector privado. El caso más frecuente es la existencia de esquemas mixtos en donde la prestación de los servicios se produce a través tanto de agentes públicos como privados (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 46).

Las responsabilidades de los prestadores frente al sistema en su conjunto se encuentran dada pues, por la prestación de servicios con los niveles de calidad requeridos y dentro de la oportunidad necesaria. Para ello, en todos los esquemas de aseguramiento, les cabe la responsabilidad de responder por los profesionales que vinculan a su servicio, velando por su idoneidad y compromiso con la atención de la salud de los pacientes. En este mismo orden de ideas, deben ser garantes de la calidad de los insumos utilizados en los diferentes procedimientos que realizan a su interior.

Las modalidades a través de las cuales los prestadores se integran a la red conformada por los aseguradores son diversas, incluyendo, entre otros, los

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

reconocimientos por atención prestada, los contratos globales por grupos de población o la integración vertical, es decir, cuando el prestador forma parte de la organización del asegurador. En este sentido es preciso velar porque los riesgos asumidos por los prestadores respondan a sus reales capacidades financieras, para evitar que políticas temerarias de asunción de riesgos puedan conducir a fracasos mercantiles. Por ello es preciso que, también en el caso de las instituciones prestadoras de salud se definan condiciones de entrada y límites de solvencia y liquidez, de suerte que los riesgos a asumir sean correspondientes a su real capacidad financiera (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 47).

La Función de Modulación (Diseño y Regulación)

El diseño del sistema de salud de cada país responde a un conjunto de políticas que se enraízan en los anhelos sociales son expresados en términos de objetivos de eficiencia y justicia social. Estos objetivos sociales se concretan en el diseño particular del sistema de salud de cada país, de manera que él no sea un fenómeno enteramente espontáneo, modulado libremente por las fuerzas de la oferta y la demanda. Como se mencionó, la formulación del diseño del sistema de salud por parte del gobierno, como una función inicial se fundamenta en las fallas del mercado y en las desigualdades en la distribución de los recursos de las personas, teniendo como sustrato esencial los principios de eficiencia y de equidad (Ministerio de protección Social, Colombia, 2006, pág. 48).

“El diseño de un sistema de salud consiste en la definición de los roles que deben desempeñar al interior del sistema los diferentes agentes que en él participan, estableciendo los objetivos que se buscan en el accionar de cada uno de ellos, de acuerdo con las funciones que se les quiere atribuir”. (Guerreo Ramiro, 2011, pág. 7) Dicho en otras palabras, el diseño del sistema responde a la estructuración del mismo, definiendo los propósitos que debe desarrollar cada una de las funciones que existen al interior del mismo y las interrelaciones entre las mismas.

La forma como se plantea el sistema en todos estos aspectos es lo que responde de manera estricta a la concepción de diseño del sistema, “La regulación, por su parte constituye la definición de las reglas del juego bajo las cuales los agentes van a operar de acuerdo con el diseño del sistema previamente definido” (Ministerio de protección

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Social, Colombia, 2006, pág. 49). Esta función reguladora, de manera general según lo expresado por David Bardey consiste en “el ordenamiento de los procesos económicos y sociales para que éstos lleven a equilibrios en la producción y distribución de bienes y servicios que conduzcan a maximizar el bienestar.” David Bardey (2017, pág. 7); es decir que la regulación constituye el instrumento a través del cual el estado fija los derroteros bajo los cuales se ha de desarrollar el sistema, imponiendo los marcos de acción para cada uno de los agentes, de las funciones y de la estructura general, mediante la enumeración explícita de sus respectivos derechos y responsabilidades.

Los modelos de operación del sistema

El propósito fundamental de esta parte del estudio es presentar los tipos de sistema de salud según atributos los atributos más relevantes para el presente estudio, de tal manera que se logren explicar los elementos estructurales del sistema. Los modelos de IVC vigentes en cada uno de los países, están necesariamente en concordancia con las características de sus respectivos Sistemas de salud o al menos en su diseño original. De tal suerte, para clasificar los modelos de IVC en torno a atributos relevantes, es necesario distinguir previamente tipologías de Sistemas de salud, David Bardey (2017, pág. 7).

Enfoque para la comprensión de los modelos

A través de la literatura sobre el tema se han desarrollado diferentes enfoques para caracterizar los modelos que adoptan los sistemas de salud en los diferentes países. En 1981 partiendo de las interacciones entre los diferentes grupos de agentes y de las combinaciones de las diferentes fuentes de financiación y de métodos de pago a los proveedores.

“Los sistemas plantean dos fuentes de financiación principales: voluntaria y obligatoria (o pública); así mismo identifica cuatro métodos de pago a los proveedores: pago directo de los pacientes sin seguro; desembolso de los consumidores a quienes el seguro les reembolsa el gasto; el pago realizado por terceras partes (aseguradores) en virtud de un contrato realizado con el consumidor; y, finalmente, el pago realizado por terceras partes mediante presupuestos y salarios dentro de una organización integrada” (Evans , 2010, pág. 8). Las ocho posibles combinaciones entre fuentes de financiación y

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

métodos de pago a los prestadores proporcionan ocho modelos distintos de estructuración del sistema de la salud, de la siguiente manera:

- Modelo de desembolso obligatorio (inexistente)
- Modelo de desembolso voluntario
- Modelos de reembolso (a los pacientes) voluntario
- Modelo de reembolso público
- Modelo contractual voluntario
- Modelo contractual público Modelo integrado voluntario
- Modelo integrado público

Para dar un ejemplo del concepto anterior, “en el nivel colombiano el esfuerzo más importante es el realizado para la identificación de los diferentes modelos del sistema de salud, calificando la concepción de los sistemas de salud como una colección simple de organizaciones, por esta razón se parte de la hipótesis según la cual los diferentes grados de integración de la dimensión población y de la dimensión institucional, en su combinación, caracterizan dichos modelos” (Londoño y Frenk , 2015, pág. 8).

Posteriormente se plantea el modelo de pluralismo estructurado, bajo el cual caracterizan al implementado en Colombia a partir de la reforma de la ley 100 de 1993, y se conceptualiza de acuerdo al grado de integración de la población y las instituciones (Londoño y Frenk, 2015, pág. 9).

La pandemia la salud y la economía

El impacto socioeconómico del COVID-19 en la economía el mundo se ha visto afectado por una pandemia durante la primera mitad de 2020. “Con el registro del caso cero identificado en la ciudad de Wuhan en la provincia china de Hubei, se ha extendido rápidamente por todo el mundo, lo que ha provocado una tragedia humana y un tremendo daño económico”, Jacob Kaindoh (2020, pág. 6).

Dada la rápida propagación de COVID-19, países de todo el mundo han adoptado varias medidas de salud pública destinadas a prevenir su propagación. “Sin embargo, estas medidas de salud pública tienen un enorme impacto socioeconómico en las familias vulnerables de un país en desarrollo” Jacob Kaindoh (2020, pág. 7). Por ejemplo, la pérdida de ingresos debido a un brote puede traducirse en picos de pobreza,

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

falta de comidas para los niños y un acceso reducido a la atención médica mucho más allá del COVID-19.

Por lo tanto, los responsables de la formulación de políticas deberían implementar políticas macroeconómicas y microeconómicas con o sin la gravedad del brote para ayudar a la planificación económica y evitar shocks indirectos.

La enfermedad por coronavirus COVID-19 es un brote de preocupación internacional, que se propaga ampliamente, desde los primeros casos en China hasta que ahora se declara una pandemia mundial por la Organización Mundial de la Salud. Los gobiernos, las organizaciones y las personas están adoptando acciones estructuradas y de precaución para prevenir y retrasar la propagación de la infección. Acciones que van desde la cancelación de vuelos, empresas que piden a los trabajadores que se queden en casa y los mercados financieros sufren choques exógenos, por lo que la crisis sanitaria mundial se convierte en una crisis económica mundial.

En cualquier crisis de salud, la mayor preocupación es la salud de los afectados. Sin embargo, existen efectos a largo plazo que tienen ramificaciones económicas incluso cuando no se registra un solo caso de la pandemia en un país. Antes de discutir estas ramificaciones, veamos primero las cifras hasta la fecha. La Organización Mundial de la Salud confirma, (2020, pág. 2) más de 200 países afectados con más de 800.026 casos y más de 38.748 muertes. Se podría argumentar desde una perspectiva de salud que una tasa de recuperación de más del 21 por ciento no parece ser mortal. Sin embargo, la tasa de mortalidad podría estar mucho más allá de las cifras reales de muertes durante la pandemia.

Para las familias vulnerables en países en desarrollo como el nuestro, la pérdida de ingresos debido a un brote puede traducirse en picos de pobreza, falta de comidas para los niños y un acceso reducido a la atención médica mucho más allá del COVID-19. “Si bien la propagación del virus en los países desarrollados representa una amenaza para los sistemas de salud, los casos confirmados en África y en muchos otros países de ingresos bajos y medios significan que muchos de los impactos económicos pueden afectar a las poblaciones más vulnerables del mundo”, según datos publicados por la comisión económica para América Latina y el Caribe **Fuente especificada no válida..**

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Una pandemia es como un shock de oferta porque en su mayoría conduce al cierre de las economías y solo se presta gran atención a las actividades esenciales. El objetivo durante esos momentos es imitar la economía de funcionamiento normal tanto como sea posible. La tarea aquí debería ser conseguir que la gente se apegue al trabajo. Por lo tanto, los responsables de la formulación de políticas deberían buscar enmendar un ciclo de fatalidad de la demanda agregada **Fuente especificada no válida..**

El concepto de un bucle fatal de demanda agregada en pocas palabras, cuando se cierra una economía en una pandemia, es necesario reemplazar la demanda de las empresas privadas. La verdadera preocupación serán las empresas pequeñas y medianas que tienen que apagar un interruptor y simplemente no operar durante semanas. Sea lo que sea, reestructuración o no, es un evento catastrófico. La parte de la salud es inevitable. Lo que se puede evitar es el ciclo fatal de la demanda, y para hacer eso tendrías que llenar la demanda privada **Fuente especificada no válida..**

Marco Legislativo

Ley 100 de 1993

Tal vez el punto de partida e hito coyuntural en la adopción y desarrollo del actual modelo de Seguridad Social Integral conceptualizando como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (Congreso Nacional de la Republica, 1993, pág. 1).

Además de establecer el Sistema de Seguridad Social Integral con el objeto de garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro. Como servicio público

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación (Congreso Nacional de la Republica, 1993, pág. 2)..

Desde el punto de vista de cobertura se establecieron las entidades encargadas del aseguramiento, desde la prestación del servicio se definieron los actores, y desde la financiación se reglamentó la creación de los regímenes de afiliación vigentes actualmente.

Decreto 4747 de 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones.

Teniendo como objetivo regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo. Además, aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable (Ministerio de la Protección Social, 2007, pág. 1).

Resolución 3047 de 2008

Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007. (Ministerio de la Protección Social, 2008)

El objetivo de esta resolución además de definir los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos que deberán ser adoptados por los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de tales servicios, fue también establecer los modos y procesos para la generación de no conformidades y/o devoluciones ante la prestación de facturas de por prestación de servicios de salud (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Ley 1438 de 2011

Por medio de la cual se generó Reforma en el Sistema General de Seguridad social en salud y se adoptaron nuevas disposiciones sobre el modelo de salud ya definido desde la ley 100 de 1993.

Objeto de la ley. Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera (Congreso de la Republica de Colombia, 2011).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros (Congreso de la Republica de Colombia, 2011).

Ley 1751 de 2015 (Ley estatutaria en salud)

Con la enmarcación de esta ley se dio como objetivo garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (Congreso de la Republica, 2015, pág. 2).

El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá:

- a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas.
- b) Formular y adoptar políticas de salud dirigidas a garantizar el goce efectivo del derecho en igualdad de trato y oportunidades para toda la población, asegurando para ello la coordinación armónica de las acciones de todos los agentes del Sistema.
- c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales.
- d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio.
- e) Ejercer una adecuada inspección, vigilancia y control mediante un órgano y/o las entidades especializadas que se determinen para el efecto.
- f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población.
- g) Realizar el seguimiento continuo de la evolución de las condiciones de salud de la población a lo largo del ciclo de vida de las personas.
- h) Realizar evaluaciones sobre los resultados de goce efectivo del derecho fundamental a la salud, en función de sus principios y sobre la forma como el Sistema avanza de manera razonable y progresiva en la garantía al derecho fundamental de salud.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

j) Intervenir el mercado de medicamentos, dispositivos médicos e insumos en I salud con el fin de optimizar su utilización, evitar las inequidades en el acceso, asegurar la calidad de los mismos o en general cuando pueda derivarse una grave afectación de la prestación del servicio (Congreso de la Republica, 2015, pág. 4).

Resolución 3280 de 2018

La Resolución 3280 de 2018 mediante la cual se definen las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS), en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la cual tiene como objetivo buscar un modelo que pase del asistencialismo a la prevención; las entidades territoriales, las aseguradoras y los prestadores estarán obligadas a brindar atenciones para promover la salud y anticiparse a la enfermedad tanto en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores (Ministerio de la Protección Social , 2018, pág. 2).

Es una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial como plataforma para la respuesta que da lugar a las atenciones en salud dirigidas a todas las personas, familias y comunidades, a partir de acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las comunidades, atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación y acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de su salud. Adicionalmente, tiene como objetivo contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad, mediante la definición de las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en Salud para las personas, familias y comunidades (Ministerio de la Protección Social , 2018, pág. 2).

Resolución número 385 del 12 de marzo de 2020

Por la cual se declara la emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus.

Determina, entre otros aspectos, que toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad y el artículo 95 del mismo

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

ordenamiento dispone que las personas deben “obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias, ante situaciones que pongan en peligro la vida o /a salud’. Que la Ley 1751 de 2015 regula el derecho fundamental a la salud y dispone en el artículo 5° que el Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, como uno de los elementos fundamentales del Estado Social de Derecho (Ministerio de la Salud y Protección Social, 2020||, pág. 1).

Que dicha norma, en el artículo 10°, enuncia como deberes de las personas frente a ese derecho fundamental, los de “propender por su autocuidado, el de su familia y e/ de su comunidad’ y de “actuar de manera solidaria ante situaciones que "pongan en peligro la vida y la salud de las personas” (Ministerio de la Salud y Protección Social, 2020||, pág. 1).

Decreto 417 de 2020

Que de acuerdo con el artículo 215 de la Constitución Política de Colombia, cuando sobrevengan hechos distintos de los previstos en los artículos 212 y 213 de la Constitución Política, que perturben o amenacen perturbar en forma grave e inminente el orden económico, social y ecológico del País o que constituyan grave calamidad pública, podrá el Presidente de la República, con la firma de todos los ministros, declarar el estado de emergencia por periodos hasta de treinta (30) días, que sumados no podrán exceder noventa (90) días en el año calendario (Presidencia de la Republica, 2020, pág. 1). El 7 de enero de 2020 la Organización Mundial de la Salud, identifico el nuevo coronavirus - COVID-19 y declaro este brote como emergencia de salud pública de importancia internacional.

El 6 de marzo de 2020 el Ministerio de Salud y de la Protección Social dio a conocer el primer caso de brote de enfermedad por coronavirus - COVID-19 en el territorio nacional; que el 9 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud, solicito a los países la adopción de medidas prematuras con el objetivo de detener la transmisión y prevenir la propagación del virus (Presidencia de la Republica, 2020, pág. 2).

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud - OMS declaro el actual brote de enfermedad por coronavirus - COVID-19 como una pandemia’, esencialmente por la velocidad de su propagación y la escala de trasmisión, toda vez que al 11 de

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

marzo de 2020 a la OMS se habían notificado cerca de (Organización Mundial de la Salud, 2020)125,000 casos de contagio en 118 países y que a lo largo de esas últimas dos semanas el número de casos notificados fuera de la República Popular China se había multiplicado en 13 veces, mientras que el número de países afectados se había triplicado, por lo que insto a los países a tomar acciones urgentes

Que la declaración del Estado de Emergencia autoriza al presidente de la República, con la firma de todos los ministros, para dictar decretos con fuerza de ley destinados exclusivamente a conjurar la crisis y a impedir la extensión de sus efectos (Presidencia de la República, 2020, pág. 3).

Resolución 1161 2020 (15 julio 2020)

Por la cual se establecen los servicios y tecnologías en salud que integran las canastas para la atención del Coronavirus COVID-19 y se regula el pago del anticipo por disponibilidad de camas de cuidados intensivos e intermedios

Igualmente se establecieron las canastas de servicios y tecnologías para la atención del Coronavirus COVID-19, y la fuente de financiación de estas tecnologías, así como la fijación del valor a reconocer por disponibilidad de camas de Unidades de cuidado intensivo e intermedio (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2020, pág. 2).

Resolución 1463 2020 (25 agosto 2020)

Por la cual se adoptan las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico SARS CoV2 (COVID-19), que integra las canastas de servicios y tecnologías en salud, se establece su valor y el procedimiento para el reconocimiento y pago ante el ADRES, y se modifica la Resolución 1161 de 2020.

También se Modifica el anexo 1 de la resolución 1161 de 2020, sustituyendo la canasta de “pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstica para Coronavirus COVID-19” eliminando el procedimiento de laboratorio COVID-19 identificado con el CUPS 908856, de las canastas de: “Atención ámbito urgencias adulto”, “Atención ámbito hospitalario adulto”, “Atención unidad intermedio”, “Atención ámbito UCI (14 días)”, “Atención ámbito urgencias pediátricas” (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2020, pág. 2).

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Circular 049 de 2020 ADRES

La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, actuando en el marco de sus competencias legales y reglamentarias, particularmente las previstas en los artículo 66 y de la Ley 1753 de 2015, así como el Decreto 1429 de 2016, en observancia de lo dispuesto en el Decreto 780 de 2016 – Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social, en cumplimiento de lo señalado en el artículo 20 del Decreto Legislativo 538 de 2020, modificado por el Decreto Legislativo 800 del mismo año y, de lo establecido en la Resolución 1463 de 2020, modificada por la Resolución 1630 de 2020, se permite impartir instrucciones para el reporte de la información de pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico para SARS CoV-2 (COVID-19), por parte de las Entidades Promotoras de Salud – EPS.

Marco metodológico o de primer nivel

Enfoque

El estudio a realizar busca determinar el impacto financiero de la pandemia COVID-19, en la administración de los recursos **de la EPS-I** Pijaos salud, tiene un enfoque cuantitativo de corte retrospectivo, al realizar la recolección y medición de datos numéricos exactos, relacionado con los costos de la prestación de servicios en salud a los afiliados a la EPS-I Pijaos salud durante la ocurrencia de la pandemia COVID en vigencia 2020.

Siendo de naturaleza cuantitativa el presente estudio se realizó de forma secuencial y probatoria, Sampieri **Fuente especificada no válida.**, buscando la(s) relación(es) de causalidad entre el comportamiento de un dato (gastos en salud), ligado al comportamiento de un suceso (pandemia Covid-19), para probar o descartar una hipótesis. En concordancia con lo anterior nuestro estudio presenta las siguientes características:

1. El problema planteado refleja la necesidad de medir y estimar magnitudes de los fenómenos o problemas de investigación; este se planteó de forma delimitada y concreta sobre el fenómeno a estudiar (costos en salud durante la Pandemia). Una vez se planteó el problema de estudio, se construyó el marco teórico a través de una revisión bibliográfica, para derivar en la hipótesis planteada. , Sampieri **Fuente especificada no válida.**

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

2. Las hipótesis se generaron antes de recolectar y analizar los datos.

3. La recolección de los datos se fundamentó específicamente en la medición, Sampieri

Fuente especificada no válida..

Las mediciones a realizar serán de tipo retrospectivo, y están relacionadas con los costos en salud asumidos de marzo de 2020 a 31 de diciembre de 2020, por el administrador de Planes de beneficios Pijaos salud, en el reconocimiento de obligaciones derivadas de la prestación de servicios de salud en la atención, identificación, y tratamiento de usuarios (COVID sospechosos- COVID Confirmados) afiliados.

Diseño de la Investigación

El presente estudio investigativo tiene un diseño cuasi experimental, descriptivo correlacional, esto se debe a que busca cuantificar las relaciones existentes entre variables; la variable independiente o predictiva y la variable dependiente o de resultado Sousa (2007, pág. 1). Este estudio tiene diseño descriptivo- correlacional debido a que se tiene un conocimiento limitado sobre el fenómeno en particular a observar. El equipo investigador observó, describió y fundamentó varios aspectos del fenómeno. Además, no se realiza manipulación de las variables revisadas, pero si se estructuró la búsqueda de la causa-efecto con relación al fenómeno, (Sousa, 2007, pág. 2) .

Para lo cual se realizó un análisis de las variables interdependientes según la naturaleza del diseño: costos en salud (cartera 2020), Recursos percibidos (UPC- Presupuestos Máximos- Reconocimientos directos ADRES), Tiempo (atenciones en salud relacionadas con la pandemia durante el periodo del 17 de marzo de 2020 a 31 de diciembre de 2020).

Tipo de Estudio

El estudio realizado es Cuasi Experimental, Sampieri R. H (2014, pág. 9) donde el objeto de estudio fue escogido de manera intencional (Servicios de salud prestados durante la pandemia Covid-19), y se tiene un control parcial de las variables que afectan el sujeto de estudio (Costo, Tiempo, Servicios de salud relacionados con la Pandemia Covid-19).

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Listado de variables

El presente estudio al tener un diseño de naturaleza correccional presenta variables interdependientes entre sí (Bernal, 2011). Para poder determinar las variables a analizar se trabajó de la mano con las directivas de la institución y el personal encargado de la parte financiera, con los cuales se identificaron las necesidades de la entidad en relación con el objeto del proyecto a realizar.

Este proceso se hizo a través de entrevistas semi estructuradas, donde se determinó que según el tipo de entidad (administradora de planes de beneficios), el fenómeno presentado (la pandemia) y los resultados tangibles o realidad financiera actual de la entidad, las variables adecuadas a estudiar serían: tiempo, costos y servicios prestados. Razones por la cuales al momento de conceptualizar y delimitar las variables a medir se establecieron unos criterios de inclusión y exclusión.

Para la variable de tiempo, el criterio de inclusión fue la delimitación del rango de fechas, dicho de otra manera, los eventos presentados entre marzo y diciembre de 2020 vs 2019; Para la variable de egresos o costos se tomó exclusivamente la facturación radicada ante la entidad bajo la modalidad de evento presentadas en las vigencias a medir. La siguiente variable a medir fue la de ingresos reportada a través del ADRES durante el periodo de marzo a diciembre de 2020, en relación con la unidad de pago por capitación girada a la entidad. Para finalizar se determinó la variable de servicios prestados, haciendo referencia a todas las autorizaciones generadas en la vigencia, que estuviesen derivadas de la atención ambulatoria y hospitalaria para la detección, manejo o tratamiento del COVID-19.

Criterios de inclusión

- Costos: facturación de evento radicada entre marzo y diciembre de 2020 vs marzo y diciembre de 2019 a financiarse con recursos de la unidad de pago por capitación y/o Presupuesto máximo.
- Ingresos: Montos reconocidos a la entidad a través de la liquidación mensual de Afiliados durante la vigencia evaluada.
- Egresos: pagos realizados a prestadores, efectuados a través de giro directo durante la vigencia evaluada.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

- Servicios: Totalidad de atenciones prestadas o en trámite, relacionadas o derivadas con la detección, manejo y tratamiento del COVID-19, en usuario con diagnóstico sospechoso o confirmado.

Como criterios taxativos se dejaron toda la facturación cápita radicada ante el asegurador durante la vigencia; todas aquellas obligaciones radicadas por fuera del periodo de tiempo descrito; todos aquellos servicios autorizados y/o prestados que no guardaran relación directa o indirecta con el Covid-19; pagos efectuados a la red con recursos diferentes a la UPC o por consignación directa al proveedor; pagos efectuados por fuera de la vigencia a evaluar.

Las variables que se interrelacionan en el estudio son:

1. Costos en salud originados durante la pandemia Covid-19(Cartera radicada entre marzo y diciembre de 2020) a los usuarios de la EPS-I Pijaos salud EPS-I en comparación con los costos en el mismo periodo de tiempo de la vigencia anterior (marzo a diciembre 2019)
2. Recursos percibidos por la EPS-I, a través de la LMA de los regímenes subsidiado y contributivo marzo a diciembre de 2020
3. Pagos efectuados a las IPS red y no red a través de Giro directo, entre marzo y diciembre de 2020 en comparación con la vigencia inmediatamente anterior.
4. Servicios de salud prestados y relacionados con la detección, tratamiento y manejo del SARS COV-2, de acuerdo a la fecha de prestación de servicios (1 de marzo de 2020 a 31 de marzo de 2020).

Hipótesis

Las atenciones en salud relacionadas con la pandemia covid-19 impactaron negativamente en los estados financieros y la administración de los recursos en salud de la EPS Pijaos salud, durante el periodo comprendido entre marzo y diciembre de 2020 para las atenciones de los afiliados a la EPS-I.

Hipótesis Nula

Las atenciones en salud relacionadas con la Pandemia Covid-19 no impactaron los estados financieros y la administración de los recursos en salud de la EPS-I Pijaos salud,

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

durante el periodo comprendido entre marzo y diciembre de 2020, para las atenciones de los afiliados a la EPS-I.

Muestra

El total de servicios de salud facturados a los afiliados de la EPS Pijaos salud, relacionados con atenciones en salud derivadas de la pandemia COVID-19 (Diagnóstico, tratamiento y prevención de los pacientes) durante el periodo comprendido entre marzo y diciembre de 2020, en comparación con los recursos percibidos durante esta vigencia.

Dadas la naturaleza del diseño y el tipo de estudio, “ la elección de los elementos no dependía de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación además de los propósitos del investigador” Sampieri (2014, pág. 176). Por tal motivo se considera que este estudio tiene un muestreo no probabilístico intencional, ya que observaron un conjunto de datos con características específicas para determinar una causalidad en las variables. Los datos analizados tienen unas cualidades puntuales y fueron escogidos de manera intencional: los datos (costos en salud) en comparación con la vigencia inmediatamente anterior (marzo a diciembre de 2019); el tamaño obedece a todos los servicios facturados relacionados con la Pandemia Covid-19 en los afiliados a la EPS.

Muestreo

No probabilístico con fines específicos: Aquí el procedimiento no es mecánico ni se basa en fórmulas de probabilidad, sino que depende del proceso de toma de decisiones del grupo de investigadores y, desde luego, las muestras seleccionadas obedecen a otros criterios de investigación, Sampieri (2014, pág. 176). El universo del trabajo investigativo corresponde al total de los servicios de salud (# facturas) prestados a los usuarios afiliados a la EPS Pijaos salud durante el periodo comprendido entre el 17 de marzo al 31 de diciembre de 2020, siendo estos también los criterios de inclusión en el proceso de muestreo

Modalidad de facturación	Número de factura(s)	Valor
--------------------------	----------------------	-------

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Cápita	604	18.853.473.528
Evento	114.019	56.847.962.098
Total general	114.623	75.701.435.626

Totalidad de facturación radicada durante la vigencia 2020

Tabla 1.1 Total de facturación radicada durante la vigencia 2020 (marzo a diciembre), representado en obligaciones vs Costo en salud por afiliado de la EPS-I Pijaos salud.

Sujeto de investigación

Servicios de salud prestados a los afiliados a la EAPB Pijaos salud durante la vigencia comprendida desde el 1 de marzo 2020 al 31 de diciembre.

Método de muestreo

La selección y recolección de los datos se realizó a través del sistema de información GEMA EPS, según los criterios de inclusión ya definidos en la descripción del listado de variables detallado en este mismo capítulo y en la determinación de la muestra. La recopilación y desagregación de los datos encontrados puede ser observada en tablas.

Determinación de la población y la muestra

Población	114.623
Heterogeneidad	50
Margen de error	5
Nivel de confianza	95%
Resultado	383
Interpretación	Si encuestas a 383 individuos, el 95 % de las veces el dato que quieres medir estará en el intervalo de +-5% respecto al dato que se observe

Tabla 1.2: Base de datos Facturación radicada evento GEMA EPS.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Medición de las variables

En corriente con los criterios de inclusión definidos en la muestra, la cantidad de facturas radicadas en el periodo correspondido entre marzo y diciembre de 2020 en comparación al mismo periodo de la vigencia inmediatamente anterior

Número de facturas (2020)	Valor facturado	Valor objetado
108.315	55.386.360.923	7.485.164.796

Tabla 1.3, Totalidad de facturas radicadas marzo a diciembre de 2020, de servicios prestados entre el 1 de marzo y el 31 de diciembre 2020, GEMA EPS.

En la medición, y análisis de las variables, costos vs cantidad de facturas radicadas en la vigencia a estudiar, se establece la relación con la variable del tiempo, entendiendo esta última como la fecha de la prestación del servicio:

Mes de radicación	Número de facturas	Valor facturado	Valor objetado	Incremento	Variación % mes
Marzo	10.220	5.020.787.783	653.296.852	0	0
Abril	10.990	6.603.075.974	1.285.580.316	1.582.288.191	23,9
Mayo	4.565	3.292.169.569	464.444.155	-3.310.906.405	-100,6
Junio	6.809	4.445.172.980	760.459.673	1.153.003.411	25,9
Julio	7.622	5.129.639.329	701.076.305	684.466.349	13,3
Agosto	11.666	4.926.180.325	743.610.883	-203.459.004	-4,1
Septiembre	9.832	4.667.526.474	552.102.212	-258.653.851	-5,5
Octubre	11.387	4.756.642.063	525.243.332	89.115.589	1,9
Noviembre	13.155	5.675.226.999	642.424.526	918.584.936	16,2
Diciembre	22.069	10.869.939.427	1.156.926.542	5.194.712.428	47,8
Total general	108.315	55.386.360.923	7.485.164.796		

Tabla 1.4, distribución de costo vs cantidad de obligaciones radicadas de marzo a diciembre de 2020 GEMA EPS.

Análisis de resultados

En aras de medir el impacto de la cartera en la pandemia durante la vigencia 2020, se tuvieron en cuenta las objeciones generadas a la facturación del evento, sabiendo que este dato puede afectar directamente los valores a reconocer a los terceros en relación con las atenciones de salud de evento.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

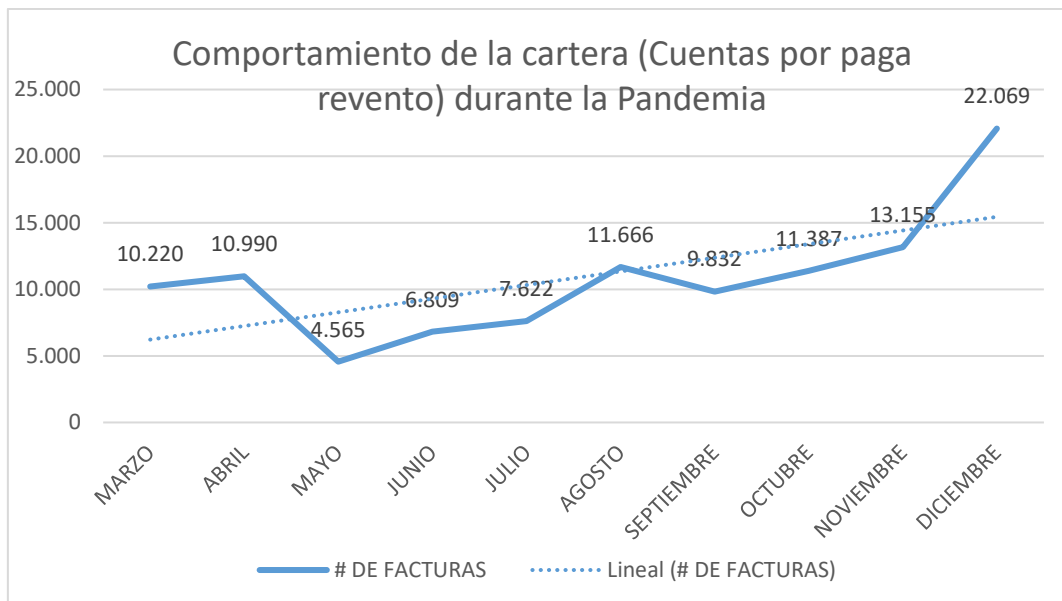


Grafico 1. comportamiento en la radicación (volumen de facturas) y auditoria de las cuentas por pagar evento, marzo a diciembre de 2020.

De acuerdo al comportamiento observado en la radicación de cuentas por evento durante la pandemia covid-19 en el año 2020, identificamos que para el periodo comprendido entre marzo y abril hay un decremento en el volumen de los servicios prestados y facturados como evento/usuario durante estos meses. Este fenómeno es directamente proporcional con el costo con cargo a la UPC facturado por las IPS (s) durante este mismo periodo.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

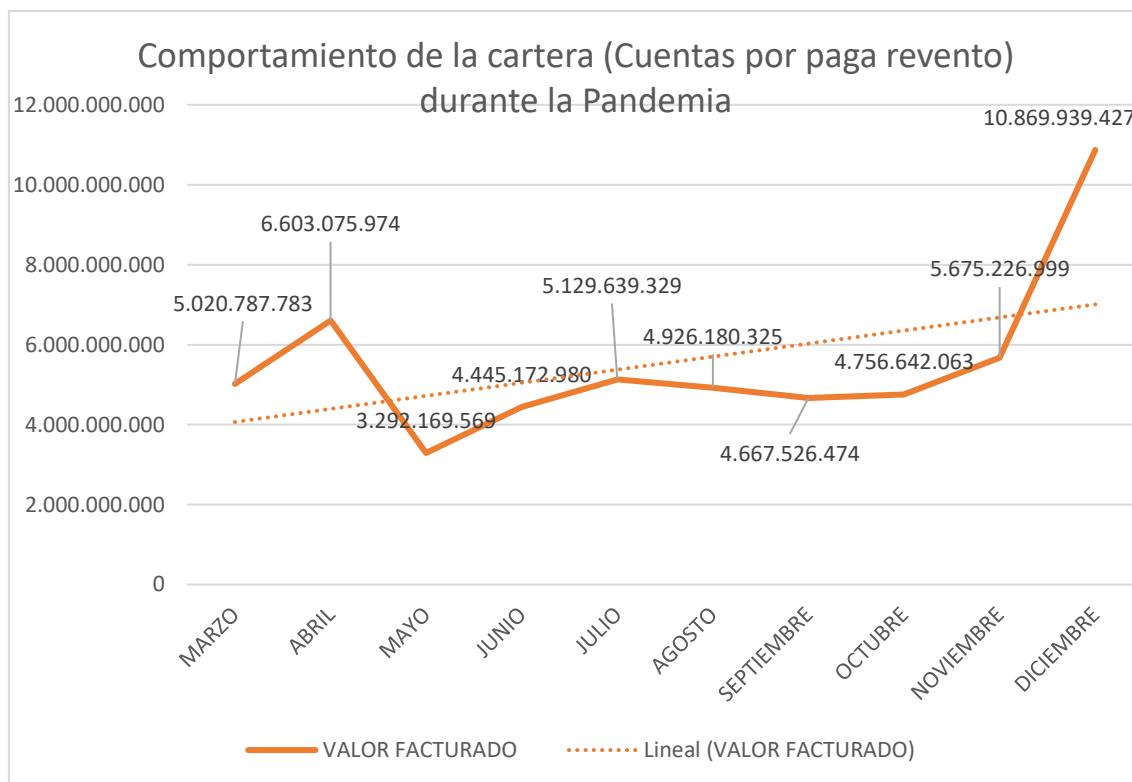


Gráfico 1.1 comportamiento en la radicación (costo en pesos) y auditoria de las cuentas por pagar evento, marzo a diciembre de 2020

Esta situación obedece al tipo de contratación de muchos de los servicios facturados y prestados a los usuarios afiliados a la EPS durante esas fechas. De la misma manera se observan discordancias entre el costo y el volumen de cuentas detalladas, esto se debe a la disminución en la demanda en los servicios ambulatorios de baja, mediana y alta complejidad, que tuvo lugar en los primeros meses de la pandemia, debido a la cuarentena decretada por el gobierno nacional dadas las circunstancias sanitarias y restricciones que trajo la misma. Al final del periodo se observa un incremento sustancial, el cual se ve reflejado tanto en los últimos meses de la vigencia 2020, como el costo acumulado total, representando el 2.1% en diciembre de 2020 en comparación con el costo analizado durante el mes de marzo.

El estudio al presentar una naturaleza donde se mide la diferencia en diferencias se tomaron los datos de facturación radicada durante el mismo periodo en la vigencia inmediatamente anterior (año 2019) para tener un punto de comparación en relación con el tiempo, haciendo la claridad que, en términos de financiación, la UPC varía de acuerdo al incremento que se da año a año de manera según decreto ministerial.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Distribución de costo por mes vs cantidad de facturación radicada

Mes	Número de facturas	Valor facturado	Valor objetado	Incremento	Variación % mes
Marzo	13.869	4.593.598.491	432.769.674	0	0
Abril	9.385	4.665.134.808	579.442.269	71.536.317	1,6
Mayo	11.150	4.684.049.176	465.139.362	18.914.368	0,4
Junio	11.009	4.370.934.135	376.226.928	-313.115.041	-6,7
Julio	10.593	4.291.744.813	361.711.789	-79.189.322	-1,8
Agosto	10.353	4.807.184.745	566.967.722	515.439.932	12
Septiembre	11.040	4.203.556.312	390.478.716	-603.628.433	-12,6
Octubre	14.524	5.177.904.458	475.145.951	974.348.146	23,2
Noviembre	10.447	4.801.833.552	412.198.133	-376.070.906	-7,3
Diciembre	17.737	7.772.901.058	825.060.648	2.971.067.506	61,9
Total general	120.107	49.368.841.548	4.885.141.192		

Tabla 1.5, distribución de costo mes vs cantidad de obligaciones radicadas de marzo a diciembre de 2019 GEMA EPS.

Para cruzar la variable del tiempo vs costo de los servicios y establecer un punto de comparación con lo sucedido en la pandemia, llamaremos “Periodo Cero” (marzo a diciembre de 2019) a las obligaciones radicadas por prestación de servicios de salud de los usuarios de la EPS-I durante la vigencia 2019 y que hacen parte de la cartera de la institución. Para poder sostener el nivel de confiabilidad del estudio y según los criterios de inclusión definidos en la Muestra, los datos del “Periodo Cero” corresponden únicamente a los costos de la facturación de evento radicada para ambos regímenes de afiliación de los usuarios de la EPS-I financiados con recursos de la UPC y presupuesto Máximo, que para un análisis más exhaustivo desagregaremos a medida que se vayan presentando los datos.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

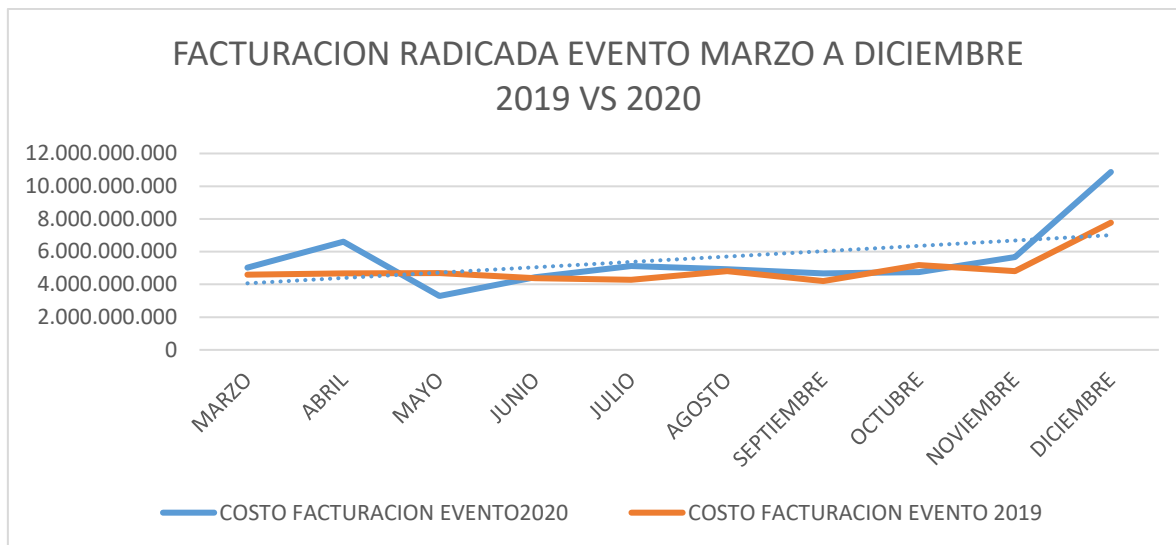


Gráfico 1.2, comparación del comportamiento de la facturación evento (costo) radicada ante el asegurador marzo a diciembre 2019-2020

En el acumulado total de cada uno de los periodos comparados se identificó una diferencia total acumulada de \$6.017.519.375, del periodo 2020 respecto con el de la vigencia inmediatamente anterior, esta variación representa un 10,9% entre los dos periodos analizados, hecho que demuestra de incremento de un año al otro. Este dato está directamente relacionado con las tecnologías en salud prestadas y facturadas durante el desarrollo de la pandemia, dado como resultado un indicador con tendencia creciente y exponencial de costo en salud. Fenómeno atribuible al incremento de la demanda a servicios salud como urgencias, hospitalización, internación en unidades de cuidados intermedio e intensivos, intervenciones quirúrgicas derivadas de las mismas atenciones, y la facturación de tecnologías usadas en la atención a secuelas y/o complicaciones derivas del COVID-19 que serán radicadas en la aseguradora durante las vigencias siguientes.

Análisis demanda/Servicios en base a la reserva técnica

En el análisis de la variable de prestación de servicios de salud relacionados con la atención en salud en el desarrollo de la pandemia COVID-19, inferimos que durante los meses de marzo a diciembre se tomaron los datos reportados en la reserva técnica durante por parte del asegurador. Sabiendo que esta información referencia a los servicios prestados a la población afiliada de manera general, y representa el número autorizaciones generadas y cargadas por la EPS en relación con las atenciones en salud derivadas de la

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

pandemia vs el costo de las mismas, es decir es un dato de naturaleza prospectiva y afecta directamente la provisión de los recursos a administrar por parte de la entidad.

Mes	Autorizaciones emitidas	Valor	Variación # de autorizaciones emitidas	% incremento
Marzo	17.310	4.936.417.765	0	0
Abril	8.886	3.404.981.276	-8.424	-94,8
Mayo	12.411	4.151.972.714	3.525	28,4
Junio	16.464	4.610.633.553	4.053	24,6
Julio	18.649	4.955.691.932	2.185	11,7
Agosto	17.175	4.431.106.248	-1.474	-8,6
Septiembre	22.643	5.274.383.092	5.468	24,1
Octubre	25.731	6.509.808.711	3.088	12,0
Noviembre	24.296	5.720.133.850	-1.435	-5,9
Diciembre	22.723	5.605.928.264	-1.573	-6,9
Total general	186.288	49.601.057.405		0

Tabla 1.6, Total autorizaciones generadas marzo a diciembre de 2020 Vs costo representativo, sistema de información GEMA EPS

Para la identificación y medición de los servicios prestados relacionados, o no con las atenciones en salud COVID-19, se tuvieron en cuenta las autorizaciones de servicios de salud emitidas por el asegurador durante los periodos ya descritos, además de los publicados en la reserva técnica que se notifica mensualmente al Ministerio de Salud y Protección Social. Sabiendo que esta última es un indicador de sostenibilidad financiera de la entidad, debido a que hace parte de los de obligatorio gestión y reporte según el modelo de seguridad social colombiano, representado la provisión financiera que deben hacer la EPS de manera periódica.

De la misma manera hacemos la claridad que este indicador (autorizaciones emitidas) representa de manera grossa el recurso a provisionar prospectivamente, por lo que el costo real puede ser mucho mayor, a razón de que en la mayoría de los casos el servicio autorizado no estima el costo de las tecnologías complementarias usadas durante la prestación. Esto se debe a que muchas de las tecnologías facturadas en el evento, como medicamentos, insumos, apoyos diagnósticos, honorarios profesionales, entre otros, hacen parte de los servicios que son autorizados de manera integral durante una atención de urgencias, en una estancia hospitalaria, o en una intervención quirúrgica, por lo que estos costos reportados serán inferiores a los presentados en la facturación de evento.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

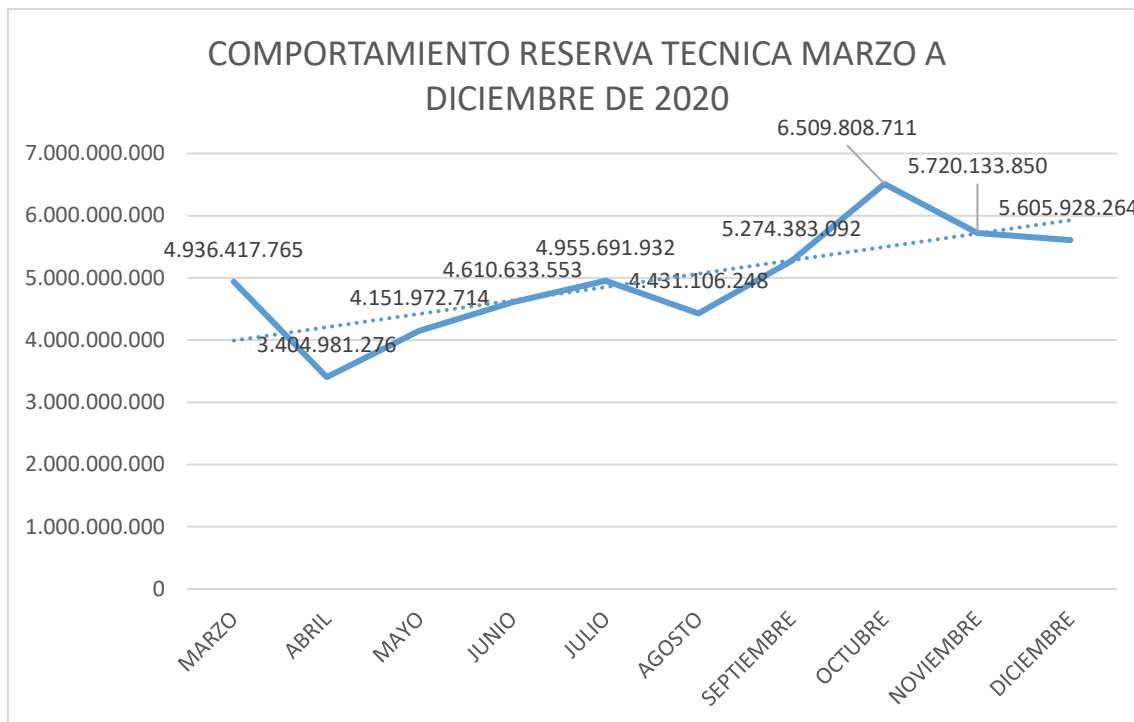


Grafico 1.3, comportamiento de la reserva técnica (Costo servicios autorizados) marzo a diciembre de 2020, vs con el gasto a provisionar UPC.

La reserva técnica es un dato que se obtiene en tiempo real y que refleja de manera general el comportamiento de la demanda de servicios, sabiendo que este dato puede encontrarse supeditado al tipo de contratación establecido con la red y el perfil epidemiológico de la población afiliada. Aunque es un indicador retrospectivo que me sirve para evaluar aspectos como la gestión del riesgo de la población afiliada o el acceso a los servicios de la misma, no tendrá una representación significativa en los indicadores financieros si estos no se relacionan casuística y epidemiológicamente con un evento de impacto masivo como una Pandemia.

En el análisis del estudio observamos un descenso en la demanda, representado en la disminución de los servicios autorizados en los meses de marzo a mayo de 2020, esto se debe a las políticas sanitarias establecidas por el gobierno nacional y las restricciones que trajeron consigo, situaciones que afectaron la demanda a cierto tipo de servicios, como los de ámbito ambulatorios y urgencias de la población afiliada, que si bien no representan los de mayor costo, por el volumen con que se solicitan si son tenidos en cuenta en la provisión del gasto, circunstancia que se ve reflejada por la disminución el costo de la reserva técnica en estos meses.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Análisis de demanda en base a la reserva técnica servicios hospitalarios

Mes	Número de autorizaciones emitidas	Valor
Marzo	36	51.105.788
Abril	38	53.055.424
Mayo	106	80.038.029
Junio	283	76.365.389
Julio	390	134.526.844
Agosto	447	201.985.276
Septiembre	698	263.402.148
Octubre	1.925	678.854.589
Noviembre	1.583	449.899.124
Diciembre	1.805	537.773.514
Total general	7.311	2.527.006.125

Tabla 1.7 Distribución mensual de servicios hospitalarios autorizados secundarios a atenciones COVID-19 Vs costo GEMA EPS.

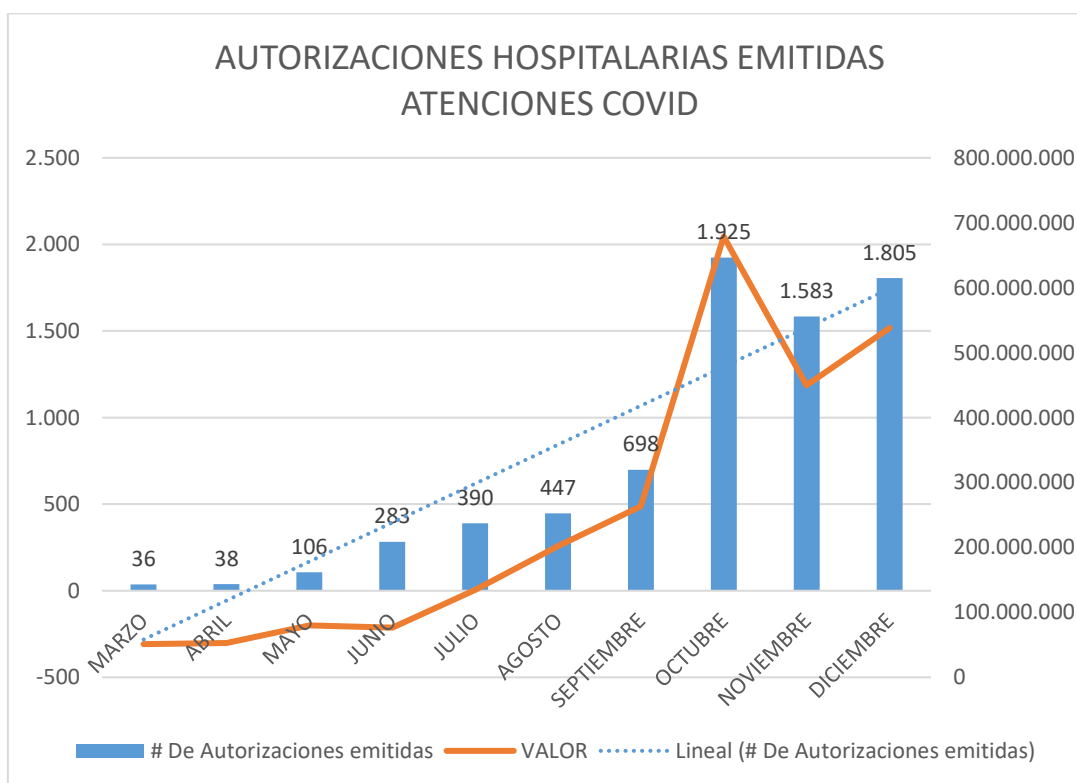


Grafico 1.4 Autorizaciones hospitalarias emitidas y cargadas en reserva técnica derivadas de atenciones COVID-19.

Al realizar la desagregación por tipo de servicio (hospitalario) autorizado a usuarios con diagnósticos confirmados o presuntivos para infección por SARS COV-2 COVID-19, analizado desde la reserva técnica, notamos un incremento exponencial durante la vigencia estudiada. Este comportamiento es consecuente con el primer pico

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

epidemiológico de la pandemia, y el aumento de la demanda de servicios hospitalarios que se presentó durante el último trimestre del año 2020. Así como un aumento exponencial en el costo de estos servicios autorizados durante estos periodos.

Análisis de demanda en base a la Reserva Técnica servicios ambulatorios

Mes	Número de servicios ambulatorios para Covid	Costos
Abril	2	150.000
Mayo	5	475.000
Junio	24	3.083.200
Julio	76	217.784.616
Agosto	399	156.612.700
Septiembre	214	67.581.120
Octubre	428	60.163.479
Noviembre	575	55.984.318
Diciembre	1.922	258.454.338
Total general	3.645	820.288.771

Tabla 1.8, Servicios de ámbito ambulatorio facturados ante la EPS-I relacionados con atenciones COVID-19 GEMA EPS.

En la medición de los servicios de ámbito ambulatorio facturados a la EPS-I, relacionados con la atención de la pandemia COVID-19 en el periodo analizado, se discriminaron los siguientes: toma de las muestras para SARS COV-19, procesamiento de antígenos para SARS COVID-2, procesamiento de PCR para identificación de SARS-COV-2, y los paquetes facturados por los terceros donde se incluían la prestación de dos de estos servicios. Es importante demarcar que estos valores obedecen a los presados específicamente de manera ambulatoria y domiciliaria, los cuales no fueron tomados de los reportados en la reserva técnica (Autorizaciones/Usuario), debido que a partir mes de agosto de 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social dictaminó la eliminación de las autorizaciones y/o el cargue de solicitudes de prestación de servicios a la plataforma MIPRES como trámite para la realización de actividades en marco de la estrategia PRASS, de la misma manera como requisito para su facturación, dado la fuente de financiación de estos servicios, los cuales son financiados a través del fondo FOME creado en julio de 2020.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

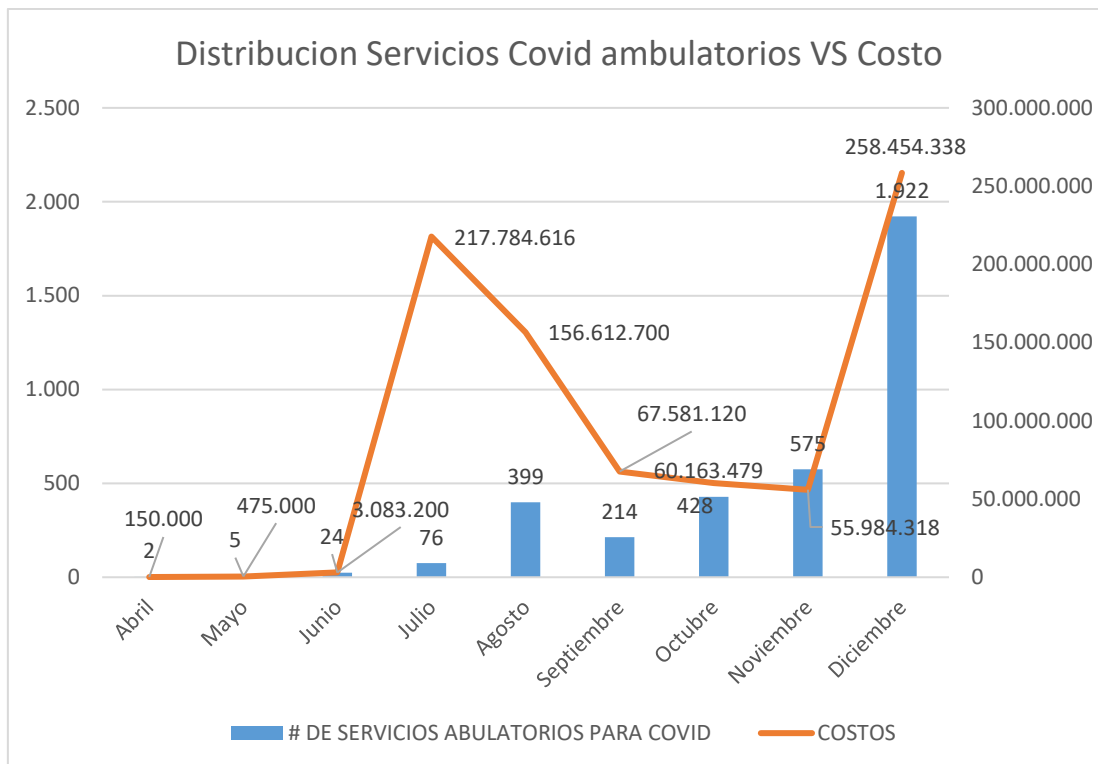


Gráfico 1.5 Servicios ambulatorios prestados y facturados relacionados con la pandemia COVID-19, vs costo de los mismos vigencia 2020.

Al observar el comportamiento de los costos ambulatorios Covid-19 Vs el número de servicios facturados identificamos una variación inversamente proporcional entre los meses de abril - agosto de 2020, es decir a pesar de que durante los primeros 5 meses de la emergencia sanitaria el número de servicios radicados ante la EPS fue de 101 en promedio mes, el costo acumulado fue de \$ 378.105.516.00, esto se debe a la especulación de precios que vivió el mercado durante los primeros meses de la pandemia respecto al costo de las tecnologías usadas para la detección y manejo del SARS COV-2. Situación que fue regulada por Ministerio a partir de agosto de 2020 y que se ve reflejada en el cambio de las tendencias de ambas gráficas con la equiparación de las pendientes, (Volumen de servicios/Costos) a partir del mes de septiembre de 2020.

Análisis de siniestralidad vs Costo (internaciones hospitalarias)

Mes	Número de usuarios UCI	Costo	% Distribución de uci
Abril	5	108.844.952	2,9
Mayo	13	357.437.028	7,4
Junio	22	862.117.228	12,6
Julio	24	922.197.299	13,7
Agosto	18	546.512.018	10,3

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Septiembre	26	925.190.823	14,9
Octubre	14	751.403.980	8,0
Noviembre	17	616.281.248	9,7
Diciembre	36	1.076.415.365	20,6
Total general	175	6.166.399.941	

Tabla 1.9, Distribución mensual de Demanda UCI Vs costos de servicios facturados derivados de atención COVID-19, GEMA EPS.

Demanda unidad de cuidados intensivos

Al analizar la demanda de atenciones COVID que terminaron en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) durante el desarrollo de la pandemia, encontramos un aumento exponencial en la cantidad de atenciones facturadas al asegurador frente al costo de estos servicios, hecho que también coincide con el desarrollo epidemiológico de la pandemia (Picos pandémicos) en los territorios donde tiene cobertura la EPS.

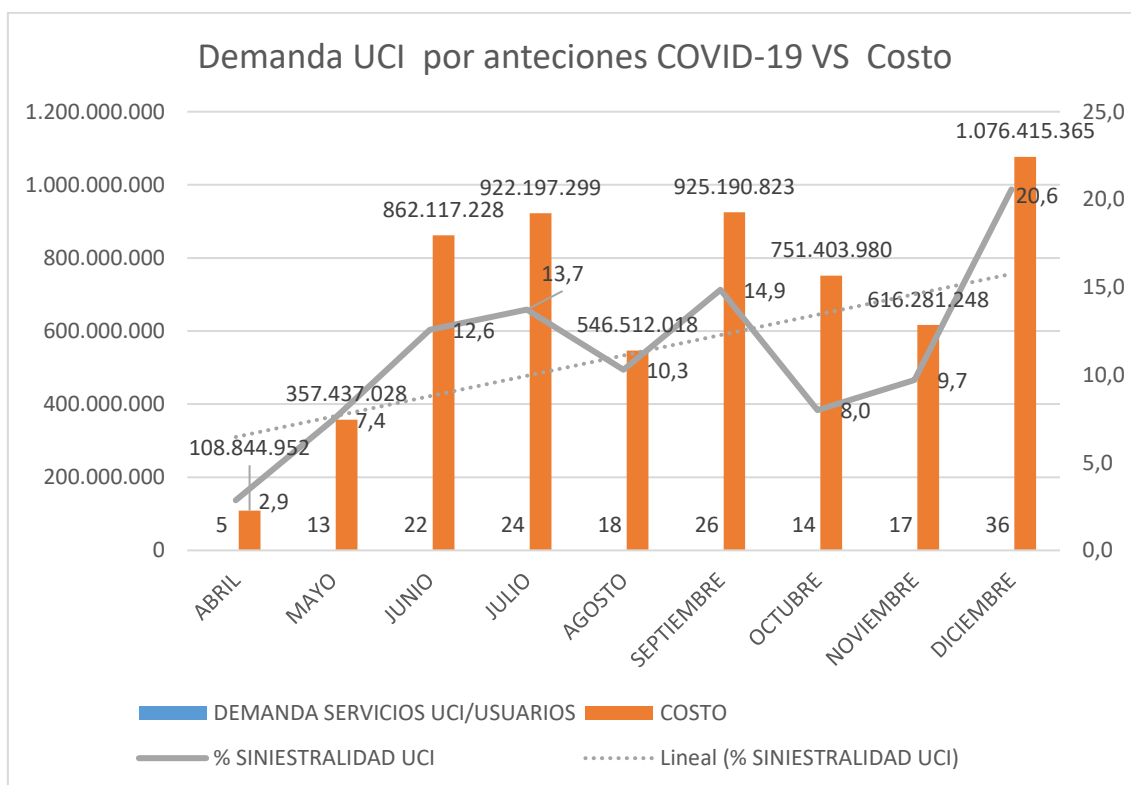


Gráfico 1.6 Servicios UCI prestados y facturados durante el desarrollo de la pandemia relacionados con la pandemia COVID-19, vs costo de los mismos vigencia 2020

Para poder determinar la causalidad del comportamiento de la demanda de servicios UCI, se analizó la facturación radicada correspondiente a unidades de cuidados intensivos prestadas a partir del mes de marzo de 2020, vs usuarios con diagnósticos confirmados o

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

presuntivos de infección por SARS COV-2 así como los servicios prestados en el diagnóstico, tratamiento, y manejo de la enfermedad con sus complicaciones.

La siniestralidad de la población como determinante financiero de la administración de los recursos con cargo a la UPC, tuvo un comportamiento exponencial en el incremento de la cartera durante el periodo analizado con un aumento de más del 20% en los costos derivados de las atenciones COVID-19, y un incremento acumulado de más del 100% al comparar el costo inicial de dichas atenciones frente a las facturadas al finalizar la vigencia.

Demanda internación general COVID-19 Vs costos de servicios derivados de atención

Mes	Demanda de servicios/usuario	Costo	% Siniestralidad covid (hospitalización)
Marzo	3	8.800.125	0,27
Abril	47	228.833.194	4,2
Mayo	66	424.919.004	5,9
Junio	115	692.882.382	10,3
Julio	99	563.027.665	8,9
Agosto	92	489.478.831	8,3
Septiembre	114	552.288.582	10,2
Octubre	89	565.860.859	8,0
Noviembre	166	986.508.045	14,9
Diciembre	324	2.533.287.432	29,1
Total general	1.115	7.045.886.119	

Tabla 2. Distribución mensual de Demanda internación general COVID-19 Vs costos de servicios facturados derivados de atención COVID-19, GEMA EPS

Otro de los servicios facturados y tenidos en cuenta como determinantes financieros en la cartera, fueron las internaciones generales secundarias y/o derivadas de atenciones COVID-19. De esta manera se analizó la facturación de evento radicada ante el asegurador de servicios hospitalarios prestados durante la vigencia evaluada y que corresponden al diagnóstico, manejo y tratamiento de usuarios con diagnóstico presuntivo y/o confirmado de infección por SARS COV-2.

De los datos encontrados se determinó que hubo incremento significativo en el volumen de atenciones en salud hospitalarias derivadas y/o secundarias de las atenciones en salud en marco de la estrategia PRASS, es decir el costo de las hospitalizaciones por

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

servicios prestados a usuarios COVID confirmados o sospechosos, impactaron circunstancialmente en la administración de los recursos de la EPS, y muestran una tendencia creciente positiva en el tiempo, que significa que este fenómeno afectara también los meses siguientes según el desarrollo de la pandemia.

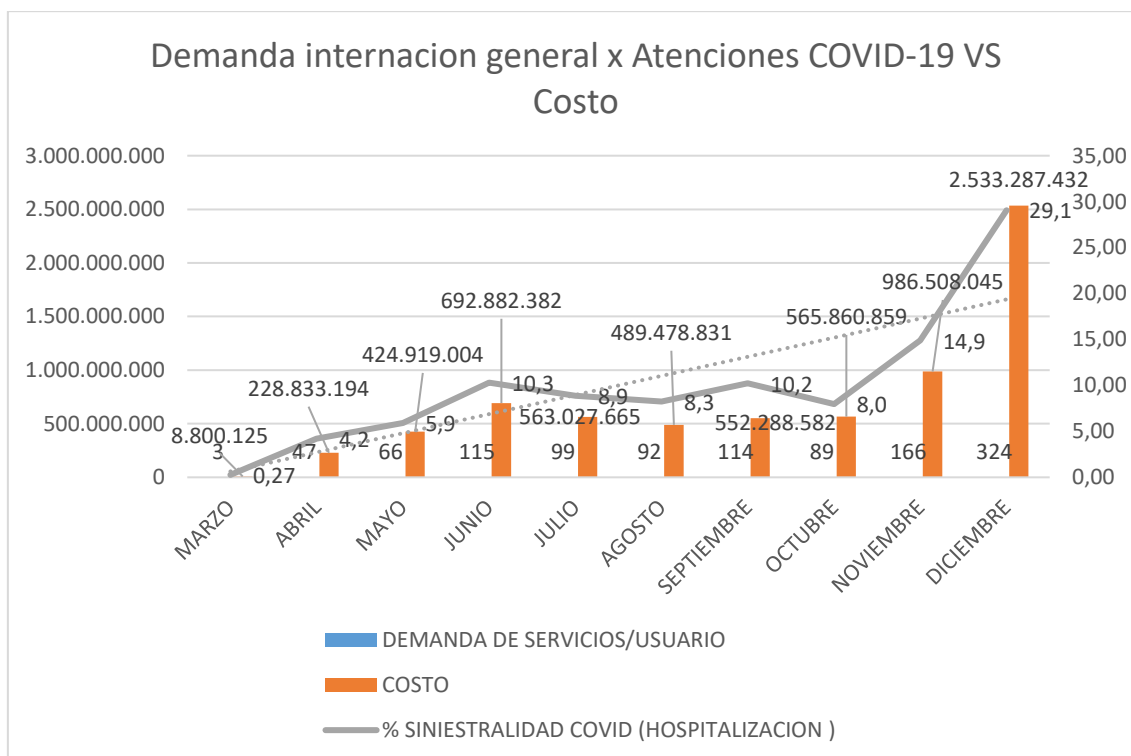


Gráfico 1.6 Servicios hospitalarios prestados y facturados durante el desarrollo de la pandemia relacionados con COVID-19, vs costo de los mismos vigencia 2020.

El comportamiento y tendencia de los indicadores aquí analizados muestran una relación directa de consumo versus precio, y están influenciadas por el comportamiento de los picos pandémicos durante el último semestre de 2020, los cuales tuvieron su momento de mayor confluencia en durante los meses de junio, noviembre y diciembre respectivamente.

Recursos percibidos por la EPS-I, a través de la LMA de los regímenes subsidiado y contributivo

Como variable independiente los ingresos percibidos por liquidación mensual de afiliados girados por el ADRES de manera mensual, son indispensables para poder establecer una relación entre ingresos vs egresos, y financieramente representan el 92.5% de los recursos recibidos de la EPS-I.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

De acuerdo al modelo de gestión de recursos definido en el Sistema General de seguridad Social en Salud de Colombia (SGSS), tomaremos como Ingreso bruto el monto liquidado (UPC por número afiliados según LMA) y girado por el fondo de administración de recursos en salud ADRES, que es obtenido de acuerdo a la cantidad de afiliados existentes en la Base de datos unida de afiliados (BDUA) al momento de la liquidación mensual periódica (la última semana de cada mes) y según las novedades (representadas como nacimientos, defunciones, movilidades, compensaciones, retiros, afiliaciones) reportadas por las aseguradoras de manera semanal.

Mes	Valor Liquidado (Bruto)	Descuento IPS Giro Directo (\$)	Giro Neto a EPS (\$)	Diferencia	Incremento porcentual-giro neto
Enero	6.653.281.658	6.017.798.708,00	635.482.949,58		
Febrero	6.860.589.466	5.337.005.895,00	1.523.583.570,91	888.100.621,33	58,3
Marzo	6.999.867.258	5.591.239.252,00	1.408.628.005,90	-114.955.565,01	-8,2
Abril	7.303.226.754	5.810.059.493,00	1.493.167.260,66	84.539.254,76	5,7
Mayo	7.186.438.026	6.361.629.671,00	824.808.354,73	-668.358.905,93	-81,0
Junio	7.214.970.263	6.045.737.821,00	1.169.232.442,30	344.424.087,57	29,5
Julio	7.299.075.631	5.814.516.861,00	1.484.558.769,83	315.326.327,53	21,2
Agosto	7.330.364.160	5.912.442.392,00	1.417.921.767,56	-66.637.002,27	-4,7
Septiembre	7.112.023.915	6.478.958.492,00	633.065.423,36	-784.856.344,20	-124,0
Octubre	7.137.236.280	5.663.522.869,00	1.473.713.410,57	840.647.987,21	57,0
Noviembre	7.279.215.817	5.999.832.755,00	1.279.383.062,38	-194.330.348,19	-15,2
Diciembre	7.319.069.781	5.975.985.595,00	1.343.084.185,93	63.701.123,55	4,7

Tabla 2.1, Consolidado y distribución de los ingresos percibidos por LMA con cargo a la UPC neta Vigencia 2020, ADRES ministerio de salud.

Estos montos son susceptibles de modificaciones dependiendo de los traslados, restituciones, auditorias, nacimientos y novedades. El valor bruto es el total de la suma del valor directo a girar a las IPS más el valor neto a girar a la EPS. De este último se calcula el porcentaje de administración para el funcionamiento de la entidad, el cual no debe superar el 8% sobre el total del valor girado.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

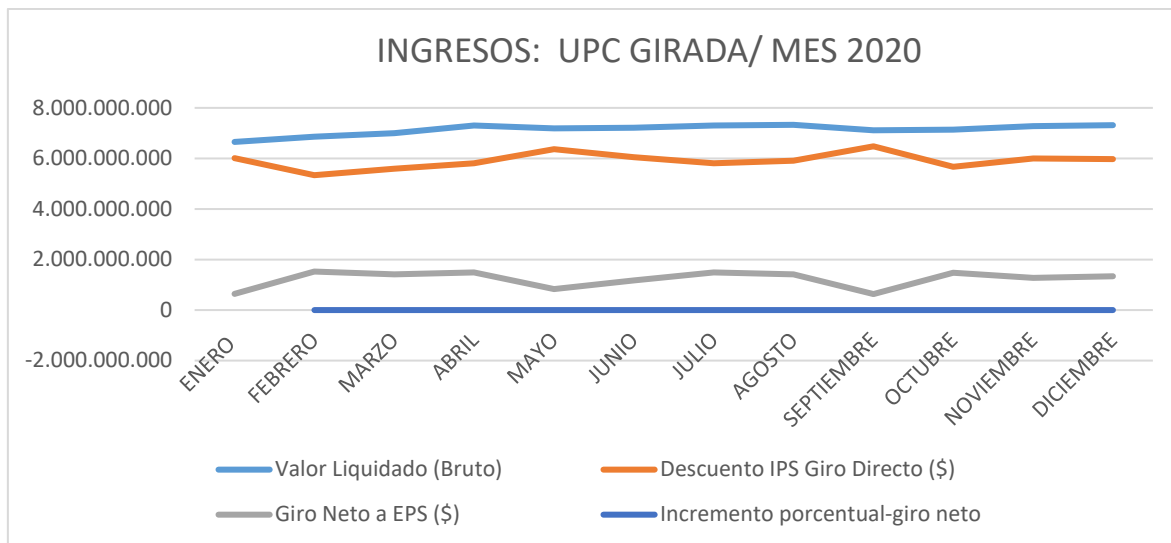


Gráfico 1.7 Recursos percibidos por UPC- ADRES, según liquidación mensual de afiliados BDUA; Valor giro directo a IPS(s); valor Giro neto al asegurador vigencia 2020.

Al analizar el comportamiento de los datos de manera más específica, se tomó el valor del valor neto a girar a la EPS como ingresos percibidos, y el valor neto a girar a las IPS como egresos, ya que estos son usados en el pago de la cartera con los terceros (Obligaciones facturación evento) y el pago de los servicios prospectivos contratados con la red (Obligaciones facturación de Capitas). Se observa que el valor neto a girar a la red adscrita y no adscrita fue en promedio del 82.9% del valor bruto girado, además de haber tenido comportamiento fluctuante durante la vigencia, debido a variables del moroso que fueron pagados por transacciones bancarias directas.

Pagos realizados a la red a través de Giro directo marzo a diciembre 2020 VS el mismo periodo vigencia 2019

Como variable objeto de medición en el presente estudio, los pagos y abonos realizados a la cartera durante la vigencia 2020, son un indicador importante no solo del costo de los servicios en salud durante el periodo observado, sino también el incremento constante y sostenido de los mismos durante la pandemia en el año inmediatamente anterior.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

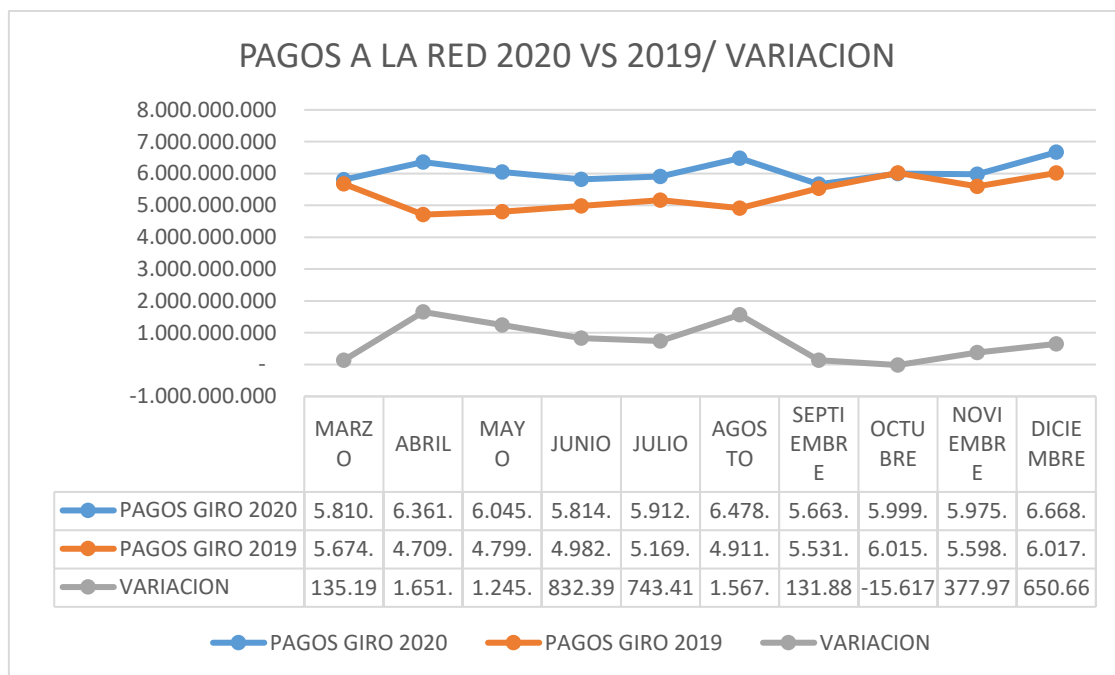


Grafico 1.8 pagos realizados a la Red (IPS) marzo a diciembre de 2020, vs Pagos a la red vigencia 2019, variación; Pagos realizados a través de giro directo ADRES.

Eventualmente se observa un comportamiento de pagos realizados a la red durante la vigencia 2019, similar los efectuados durante el periodo 2020. Sin embargo, existe una variación sustancial en los montos girados mes a mes, sobre todo los pagos efectuados durante el periodo de abril a septiembre de 2020, donde la variación oscilo entre los 131 millones de pesos y los 1.567 millones de pesos respectivamente. Lo que demuestra un incremento sustancial de los montos a pagar por parte de la EPS en este rango de fechas, y circunstancialmente los meses de pandemia analizados. Este fenómeno es directamente proporcional con el incremento del número facturas radicadas en la entidad (Cartera menor a 360 días), además del aumento en la frecuencia de servicios relacionados con la detección, diagnóstico y manejo de usuarios sospechosos y/o confirmados del virus SARS-COV-2.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

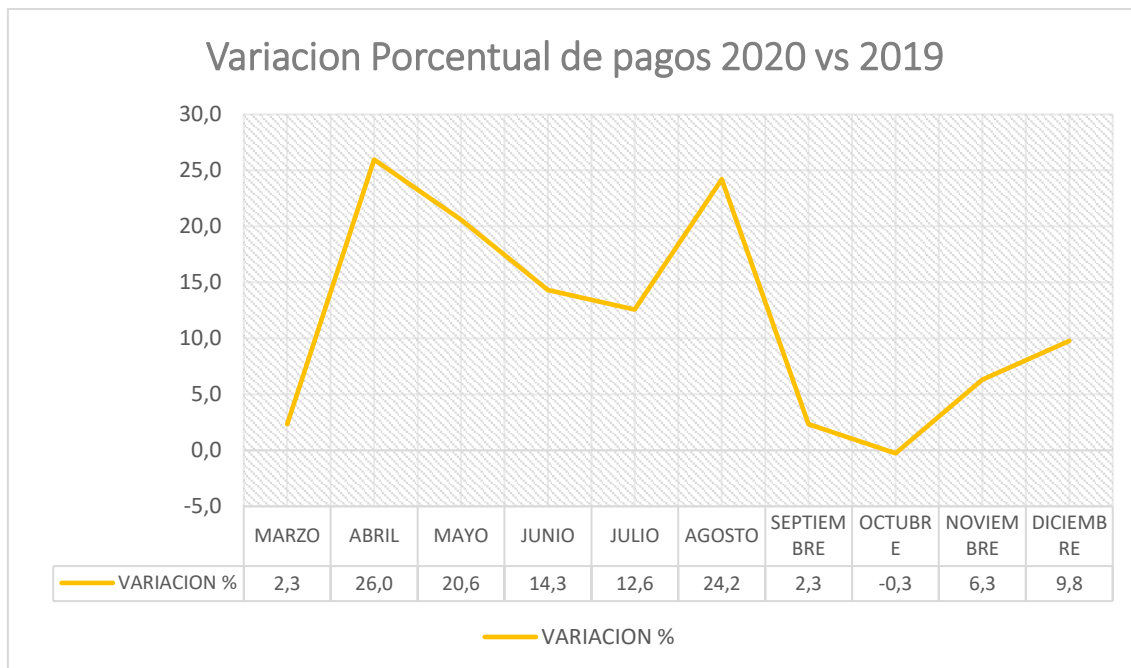


Grafico 1.9 variación porcentual de pagos realizados a la Red, vigencia 2020 vs 2019

En el análisis de la comparación de las dos vigencias con el objetivo de determinar las variaciones en los pagos efectivos relacionados con el incremento de los costos en salud, se evidencia una fluctuación de más de 12 en acumulado del periodo entre una vigencia y otra (promedio), además haber meses donde la diferencia fue de mas de 20 puntos, en meses como abril, mayo y agosto respectivamente. Si bien es cierto en análisis económicos con los costos en un mercado, para este caso el de la salud, se tienen en cuenta factores como la inflación, incrementos ministeriales, cambios legislativos y otros fenómenos sociales, el indicador aquí detallado escapa de la frivolidad de estos factores.

En el análisis del valor neto a girar al asegurador también tuvo un comportamiento fluctuante, y un resultado negativo al promediar el total de la vigencia con el 5,2%, que en pesos representan \$ 64.327.385, dando un balance negativo al terminar la vigencia.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

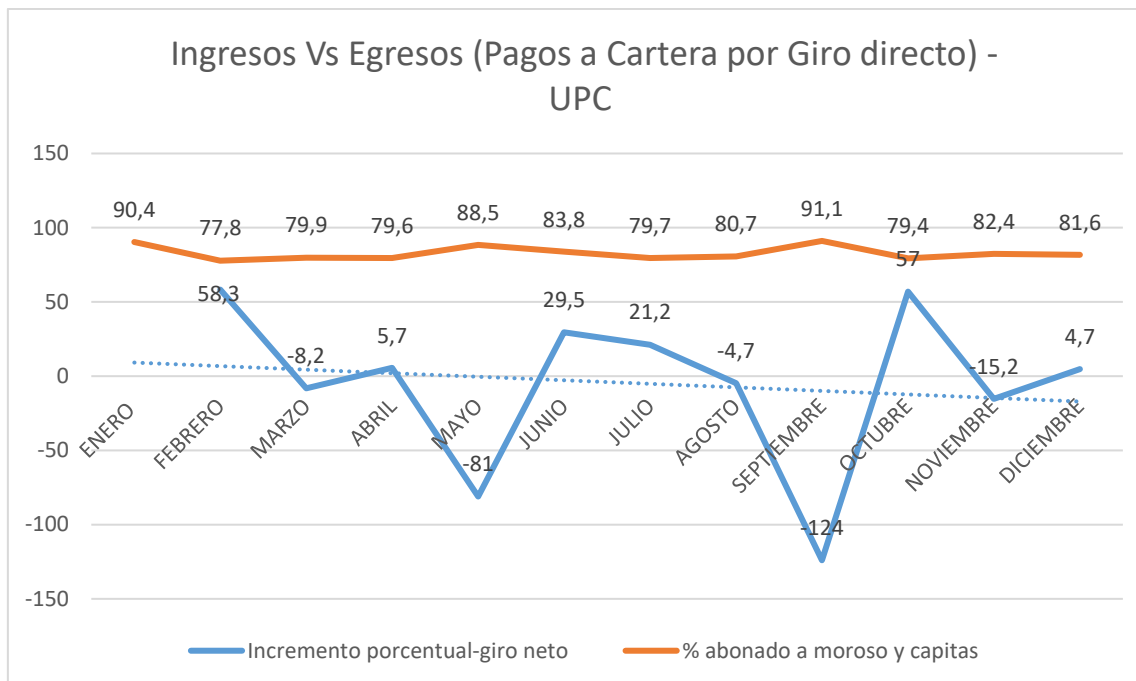


Gráfico 2.0 Porcentaje Recursos netos percibidos por UPC-Vs Giro directo neto a IPS, percibidos como egresos en pago de cartera vigencia 2020.

En el análisis de los ingresos sobre egresos, estos últimos representados como giro directo neto a las IPS, observamos una tendencia fluctuante con una variación promedio del 7.8% positivo al terminar la vigencia. Esto quiere decir que el flujo de recursos a los prestadores fue constante y creciente en contraste con el incremento porcentual de giro neto al asegurador el cual presentó un resultado negativo al final del periodo y tiene una tendencia decreciente en relación con los recursos percibidos para administración del plan de beneficios con cargo a UPC, pago de parafiscales, proveedores y cartera pagada por consignación directa.

Utilidad de unidad de pago por capitación vs recursos percibidos por giro directo

Mes	Total facturado (egresos)	Giro LMA bruto	Diferencia	% Utilidad UPC	% Uso prospectivo de UPC
Marzo	9.702.670.632	6.999.867.258	-2.702.803.374	-38,6	138,6
Abril	8.234.935.777	7.303.226.754	-931.709.023	-12,8	112,8
Mayo	5.338.028.836	7.186.438.026	1.848.409.190	25,7	74,3
Junio	7.785.308.864	7.214.970.263	-570.338.601	-7,9	107,9
Julio	7.439.742.781	7.299.075.631	-140.667.150	-1,9	101,9
Agosto	6.497.977.765	7.330.364.160	832.386.395	11,4	88,6
Septiembre	6.910.357.044	7.112.023.915	201.666.871	2,8	97,2
Octubre	7.000.971.179	7.137.236.280	136.265.101	1,9	98,1
Noviembre	7.650.581.326	7.279.215.817	-371.365.509	-5,1	105,1

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Diciembre	12.612.980.586	7.319.069.781	-5.293.910.805	-72,3	172,3
Total general	79.173.554.790	72.181.487.885	-6.992.066.905	-9,7	109,7

Tabla 2.2, Consolidado y distribución de los ingresos vs Egresos representados en cartera; porcentaje de utilidad de la UPC percibida Vs Uso de la misma, Vigencia 2020, BDUADRES- GEMA EPS

En la determinación de la utilidad neta de la unidad de pagos por capitación (UPC), se tomó base la variable de ingresos, percibida como recursos entregados a la entidad mediante giro el directo, versus las cuentas por pagar (evento) radicadas en la entidad durante la vigencia 2020. Este análisis arrojó resultados negativos tanto en el balance mensual como en el acumulado total de la vigencia evaluada, sabiendo que los pagos realizados a la EPS son un cálculo prospectivo del costo en salud de la población, y la facturación radicada evento, tiene características retrospectivas del valor y uso de los servicios de la población analizada. Por lo que el presente indicador de gestión es uno de los más importantes en la evaluación de la administración de los recursos salud, que se realiza por parte de los organismos de control y el ministerio de la protección social.

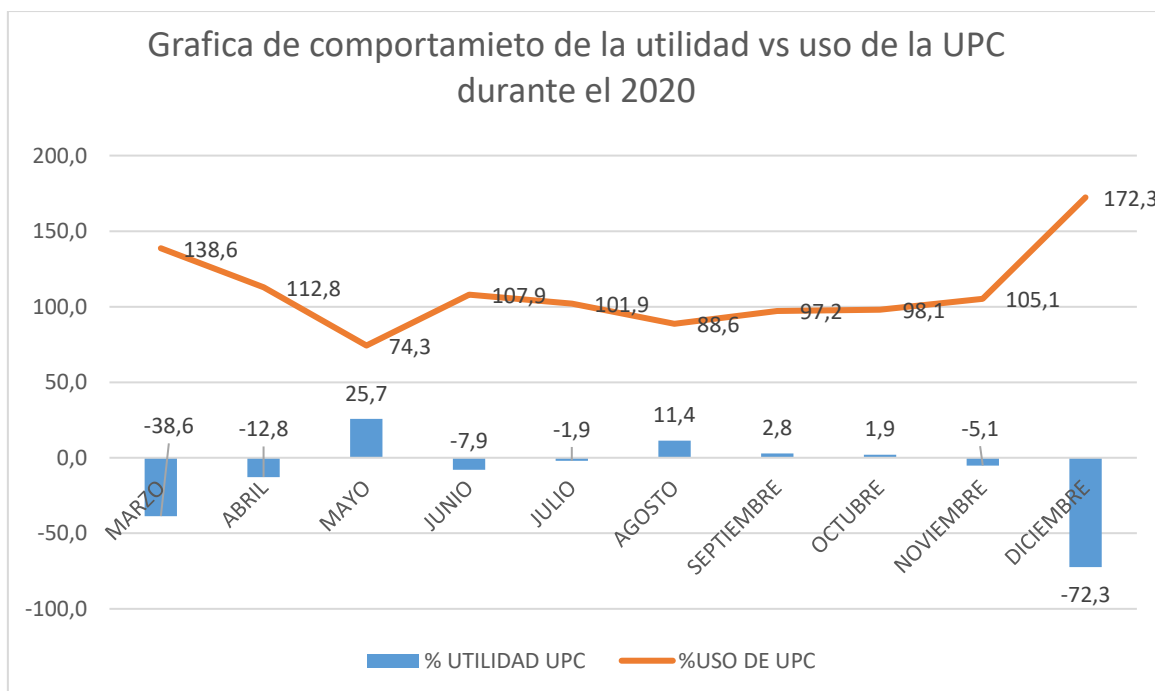


Gráfico 2.1 Utilidad UPC percibida-Vs USO de UPC, presentados como indicadores financieros derivados de la prestación de servicios en la pandemia, vigencia 2020, BDUADRES- GEMA EPS

En el análisis final se consolidó el gasto (Índice de uso de UPC) en contraste con los ingresos netos percibidos (utilidad neta UPC) representados porcentualmente. Evidenciando un sobre uso de la UPC, es decir los egresos presentan un costo mayor a

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

los ingresos según la cartera analizada, debido al incremento sustancial de la demanda y de los costos por servicios. Sustancialmente este fenómeno afecta la utilidad que pueda llegar a tener sobre la UPC girada, la cual presenta un déficit y afecta inclusive el costo por la administración de los recursos el cual no debe ser mayor al 8%.

Conclusiones y discusión

Según la información encontrada analizada y documentada sobre el impacto financiero de la pandemia COVID-19 en la administración de los recursos de salud de la EPS Pijaos Salud, entendemos este como el sobre costo que sufrió el sistema por todos los sucesos sociales y sanitarios que trajo consigo la pandemia.

En el acumulado total de cada uno de los periodos analizados y comparados se identificó una diferencia de \$6.017.519.375 del periodo 2020 respecto con el de la vigencia inmediatamente anterior, variación que representa un 10,9% sobre el total de los egresos representados en la cartera. Situación que no es ajena al aumento de la demanda de servicios de alto costo, como lo son las unidades de cuidados intensivos y las internaciones de instituciones de alta complejidad.

Que el comportamiento de las tendencias de las cuentas por pagar (cartera) y el moroso de la institución es positivo y exponencial, lo que supone una intervención prioritaria por parte del estado en aras de ayudar a contener y financiar el costo en salud, dadas las circunstancias epidemiológicas que está atravesando el país, mostrando incrementos en la demanda de servicios de alto costo en más del 70% en muchas regiones del territorio.

A pesar de que las variaciones que se evidenciaron en el comportamiento de los giros a través del ADRES donde la liquidación de los montos consignados a la EPS Pijaos salud fueron negativos mes a mes en algunos de los periodos aquí descritos, el comportamiento de los pagos a la red prestadora de servicios fue constante y creciente al realizar la comparación de las respectivas vigencias, situación que demuestra una desfinanciación del modelo.

Los efectos fisiopatológicos del virus SARS-COV -2, guardan una relación directa con el aumento con la siniestralidad de la población afiliada a la EPS Pijaos salud y proporcionalmente con la utilidad de la UPC la que presento un reporte del -9.7 % al finalizar la vigencia.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

El cálculo de las unidades de pago por capitación usuario deben ser reevaluadas tras lo sucedido en la pandemia, debido a que el porcentaje de uso la UPC fue del 109,7% (promedio año 2020) para el caso de la EPS Pijaos salud, lo que demuestra un sobre apalancamiento del recurso y un déficit del 28.3%, si se establece como punto de equilibrio financiero un 80% del uso de UPC.

A pesar de que se creó el FOME para la financiación y pago de las actividades en salud prestadas durante el desarrollo de la pandemia, la regulación estatal en términos de precios y mecanismos de pago solo se normatizó hasta el mes de agosto de 2020, situación que impactó negativamente en el pago de las obligaciones por evento a la red de prestadores, e incrementó el moroso de la EPS Pijaos salud, además dichas medidas solo establecieron cobertura para el reconocimiento de las actividades de tamizaje, búsqueda y detección (PCR, tomas de muestras y Antígenos), excluyendo las atenciones de mayor costo como las internaciones en todas las complejidades o el uso de tecnologías y medicamentos en el manejo tratamiento de la enfermedad.

La disminución en la demanda a servicios de protección específica y detección temprana, así como la disminución en acceso a los programas de control y seguimiento de enfermedades no transmisibles, durante la vigencia 2020. Este fenómeno representa un riesgo inminente en el incremento de la siniestralidad por patologías crónicas y prevenibles durante la vigencia 2021, por lo que se hace imperativo establecer estrategias integrales de gestión del riesgo en convenio con los entes territoriales, entes de control, red de prestadores y gobierno nacional.

Al evaluar la demanda de servicios de salud durante la pandemia, a través de la reserva técnica presentada en este estudio, es importante tener en cuenta que este dato es un indicador parcial del costo real que al final presentará el servicio dadas las características adicionales que tiene el producto final visto como facturación de evento presentada ante la entidad en muchos casos hasta ciento ochenta días después de la prestación por parte de las IPS(s).

Si bien es cierto que la facturación vista como cuentas por pagar (pasivos) son un indicador determinante de los estados financieros de la entidad, esta tiene una naturaleza retrospectiva lo que no supone una evaluación completa de la cartera y del provisionamiento económico de la aseguradora.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Desde el aseguramiento, la financiación (ADRES), regulación, se hace necesario la creación de un fondo para atender los eventos catastróficos de gran magnitud, de la misma manera, establecer mecanismos adicionales y alternativos para el recaudo de los recursos económicos suficientes para la atención de estos fenómenos en las ERP(s) y evitar el endeudamiento del sistema de salud.

Pese a que el alcance del presente estudio es primordialmente descriptivo recomendamos la evaluación de las proyecciones de muestran los indicadores financieros de la entidad de manera que se puedan extrapolar a aseguradoras con poblaciones de igual o mayor número de afiliados.

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Referencias

Alvarez, R. (2020). COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. *Revista chilena de pediatría*, 7.

Administradora de los recursos del sistema General de seguridad social en Salud. (12 de 2020). *ADRES*. Obtenido de Administradora de los recursos del sistema General de seguridad social en salud

Bernal, R. (2011). *Guía Práctica para la evaluación de Impacto*. Bogotá: Universidad de los Andes.

Ciro, M., & Maguiña Vargas, C. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*, 9.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (12 de 2020). *DANE* . Obtenido de <https://www.dane.gov.co/>

David Bardey. (2017). Sistema de salud colombiano bueno o malo. *Universidad de los Andes*, 7.

David Bardey. (2017). Modelo de salud colombiano bueno o mal. *Universidad de los Andes*, 7.

Eheverri, B. (22 de junio de 1993). *LA GRIPE ESPAÑOLA: La pandemia 1918-1919*. Madrid: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836

Evans . (2010). Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud. 8.

Guerrero, R. (2011). Sistema de salud de Colombia. *SciELO*, 6.

Guerrero, R. (2011). Sistema de salud de Colombia. *SciELO*, 5.

Guerreo Ramiro. (2011). Sistema de salud de Colombia. *SciELO*, 6.

Gavaldà, J. (12 de mayo de 2019). *National Geographic*. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/edward-jenner-probablemente-cientifico-que-mas-vidas-ha-salvado-historia_14242

Hopkins, J. (02 de 2021). *CSSEGISandData*. Obtenido de <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19> s. (s.f.).

Jacob Kaindoh. (2020). Jacob Kaindoh. *Impacto Socio economico de Covid*, 7.

Jacob Kaindoh. (2020). Impacto de la pandemia en la Economía. 8.

Londoño y Frenk . (2015). Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud. *Marco conceptual de análisis de los sistemas de salud*, 9.

Londoño y Frenk. (2015). *Marco Conceptual de análisis de los sistemas de salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20>

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

0An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf

Marca España. (junio de 2020). Cornología del Coronavirus . *Marca de España*, pág. 5.

Ministerio protección Social, C. (2002). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud*. Bogotá: Pars.

Ministerio de la Protección social. (Diciembre de 2017). *Ministerio de la Prteccion social*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf Administradora de los recusus del sistema General de seguridad social en Salud. (12 de 2020). *ADRES*. Obtenido de Administradora de los recusus del sistema General de seguridad social en salud

Alvarez, L. (3 de 02 de 2018). *Sistema de salud, en consiste*. Obtenido de issuu: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:tMpafpq7f18J:https://issuu.com/lucianaalvarezm/docs/sistema_de_salud-luciana+&cd=2&hl=es-419&ct=clnk&gl=co

Alvarez, R. (2020). COVID-19 en América Latina: Retos y oportunidades. *Revista chilena de pediatría*, 7.

Bernal, R. (2011). *Guia Paractica para la evaluacion de Impacto*. Bogota: Universidad de los Andes.

Castañeda, C. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *SciELO*, 4.

Ciro, M., & Maguiña Vargas, C. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Medica Herediana*, 9.

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

Congreso Nacional de la Republica. (1993). *Ley 100 de 1993*. Bogota: Diario Oficial No. 41.148 .

Conngreso de la Republica. (2015). *Ley 1751 de 2015* . Bogota: Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015.

David Bardey. (2017). Modelo de salud colomnbiano bueno o mal. *Universidad de los Andes*, 7.

David Bardey. (2017). Sistema de salud colombiano bueno o malo. *Universidad de los Andes*, 7.

Departamente Administrativo Nacional de Estadistica. (12 de 2020). *DANE* . Obtenido de <https://www.dane.gov.co/>

Departamento Administrativo Nacional de Estadistica. (12 de 2020). *DANE*. Obtenido de <https://www.dane.gov.co/>

Eheverri, B. (22 de junio de 1993). *LA GRIPE ESPAÑOLA: La pandemia 1918-1919*. Madrid: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. Obtenido de

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836

Eheverri, B. (22 de junio de 1993). *LA GRIPE ESPAÑOLA: La pandemia 1918-1919*. Madrid: CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/gripe-espanola-primera-pandemia-global_12836

Evans . (2010). Marco conceptual de analisis de lo sistemas de salud. 8.

Evans. (1998). La Reforma al sistema Sanitario. En Evans, *Estudios de Política Sanitaria No 2* (pág. 255). Madrid: OCDE.

Frenk, J. L. (1997). Pluralismo Estructurado. En J. L. Frenk, *Hacia un Modelo Innovador para la reforma a los sistemas de salud* (pág. 312). bogota: Salud y Gerencia N°15.

Gavaldà, J. (12 de mayo de 2019). *National Geographics*. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/edward-jenner-probablemente-cientifico-que-mas-vidas-ha-salvado-historia_14242

GEOGRAPHICS, N. (12 de 2019). *NATIONAL GEOGRAPHICS*. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178/3

Guerreo Ramiro. (2011). Sistema de salud de Colombia. *SciCielo*, 6.

Guerrero, R. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Scielo*, 6.

Guerrero, R. (2011). Sistema de salud de Colombia. *Scielo*, 5.

Hopkins, J. (02 de 2021). *CSSEGISandData*. Obtenido de <https://github.com/CSSEGISandData/COVID-19>

Jacob Kaindoh. (2020). Impacto de la pandemia en la Economía. 8.

Jacob Kaindoh. (2020). Jacob Kaindoh. *Impacto Socio economico de Covid*, 7.

Londoño y Frenk . (2015). Marco conceptual de analisis de los sistemas de salud. *Marco conceptual de analisis de los sistemas de salud*, 9.

Londoño y Frenk. (2015). *Marco Conceptual de analisis de los sistemas de salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Marca España. (junio de 2020). Cronología del Coronavirus . *Marca de España*, pág. 5.

Ministerio de la Protección Social . (2018). *Rutas integrales de atención en Salud*. Bogota: DIARIO OFICIAL AÑO CLIV N. 50674 2 DE AGOSTO 2018 PAG. 22.

Ministerio de la Protección social. (14 de febrero de 2006). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud* . bogota: Programa de Apoyo para la reforma de la salud. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf>

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Ministerio de la Protección Social. (2007). *Decreto 4747 de 2007*. Bogotá: Diario Oficial .

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Resolución 3047 de 2008*. Bogotá: Diario Oficial No. 47.082 de 15 de agosto de 2008.

Ministerio de la Protección social. (Diciembre de 2017). *Ministerio de la Prteccion social*.
Obtenido de
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

Ministerio de la Salud y Protección Social. (2020 | |). *RESOLUCIÓN 385 DE 2020*. Bogotá: Diario Oficial No. 51.254 de 12 de marzo 20.

Ministerio de protección Social, Colombia. (2006). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud*. Bogotá: Pars.

Ministerio de Salud y de la Protección Social. (2020). *RESOLUCIÓN 1161 DE 2020*. Bogotá: Diario Oficial No. 51.376 de 15 de julio de 2020.

Ministerio de Salud y de la Protección Solcial. (2020). *Resolución 1463 de 2020* . Bogotá: Diario Oficial No. 51.418 de 26 de agosto de 2020.

Ministerio protección Social, C. (2002). *Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud*. Bogotá: Pars.

N.Y.HAYS. (2005). Epidemics and Pandemics; Their Impacts on Humans History. En N.Y.HAYS, *Epidemics and Pandemics; Their Impacts on Humans History* (pág. 513). Chicago: ABC-CLIO.

Organizacion mundial de la Salud. (9 de 11 de 2005). *OMS*. Obtenido de
<https://www.who.int/features/qa/28/es/>

Organizacion mundial de la Salud. (2015). *Organizacion mundial para la salud*. Obtenido de
<https://www.who.int/es>

Organizacion Mundial de la Salud. (12 de Septiembre de 2020). *Impacto de La pandemia Covid*. Obtenido de https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiAKJCBhAyEiwAKQBCKp6w_H0GmHUPdB1kr-LP2dxYxiimgymftTurTBhhqzOy49DWenP-ChoCt9cQAvD_BwE

Organizacion mundial de la salud. (2020). *ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de
<https://www.who.int/hiv/topics/universalaccess/es/#:~:text=Desde%201981%2C%20a%C3%B1o%20en%20que,han%20muerto%20unos%2020%20millones.>

Organizacion Mundial de la Salud. (11 de marzo de 2020). *Organizacion Mundial de la Salud: Pandemia COVID-19*. Obtenido de
https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQiA962BBhCzARIsAlpWEL3TB2qcsa3hsv7awFaF2sW4NISOR0rOdbXNzSzPHzeTEg677O0MDQwaAvKeEALw_wcB

Medición del impacto financiero en la administración de los recursos en salud de atenciones secundarias a la prestación de servicios durante la pandemia Covid -19 en la Eps Pijaos salud.

Organizacion Mundial de la Salud. (11 de marzo de 2020). *Organización Mundial de la Salud: Pandemia COVID-19*. Obtenido de https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=Cj0KCQiA962BBhCzARIsAlpWEL3TB2qcsa3hsv7awFaF2sW4NISORORodbXNzSzPHzeTEg677O0MDQwaAvKeEALw_wcB

Organizacion Mundial del la Salud. (09 de 2020). *OMS*. Obtenido de https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiAkJKCBhAyEiwAKQBCKg2rLbBBDHGH21B9G6K1ogJXnrnUp70X0i2_5XFpvSmTE1n_6g2FlhoC7ikQAvD_BwE

Pirazzini, G. (22 de Diciembre de 2018). *NATIONAL GEOGRAPHIC*. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178

Ponce, L. F. (2016). Ebola una verdadera emergencia Mundial. *Acta pediátrica Hondureña*, 10.

Porras, C. M. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Revista Gerencial Política en Salud Universidad Javeriana*, 13.

Presidencia de la Republica. (2020). *Decreto 417 de 2020*. Bogota: Diario Oficial .

Registro Especial de Prestadores de Salud. (12 de 2020). *REPS*. Obtenido de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Registro especial de Prestadores de servicios de salud. (12 de 2020). *Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud*. Obtenido de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Republica de Colombia. (1991). *Constitucion Política de 1991*. Bogota.

Rojas, J. B. (2011). La reforma a la salud en Estados Unidos, comparación y aplicabilidad en nuestro país. *Repositorio Academico de Univerisdad de Chile*, 72.

s. (s.f.).

Sampieri, R. H. (2014). *Metologia de la Investigacion*. Mexico: Mc Grawhill Hills Interamerica Editores.

Secretaria General de Sanidad Española. (2020). *Actualizacion 45 Enfermedad del coronavirus COV-19*. Gobierno de España.

Sousa, V. d. (2007). DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA. *Rev Latino-am Enfermagem*, 7.

Trijillo, A. C. (2014). Estudio Retrospectivo del Nuevo MERS- COV. *Revista La Sallista*, 8.

Trijillo, Celi. (2014). Estudio Retrospectivo del nuevo Coronavirus MERS-COV 2013. *Revista La Sallista*, 8.

Virgili, A. (12 de Agosto de 2012). *NATIONAL GEOGRAPHIC*. Obtenido de https://historia.nationalgeographic.com.es/a/grandes-pandemias-historia_15178/2