

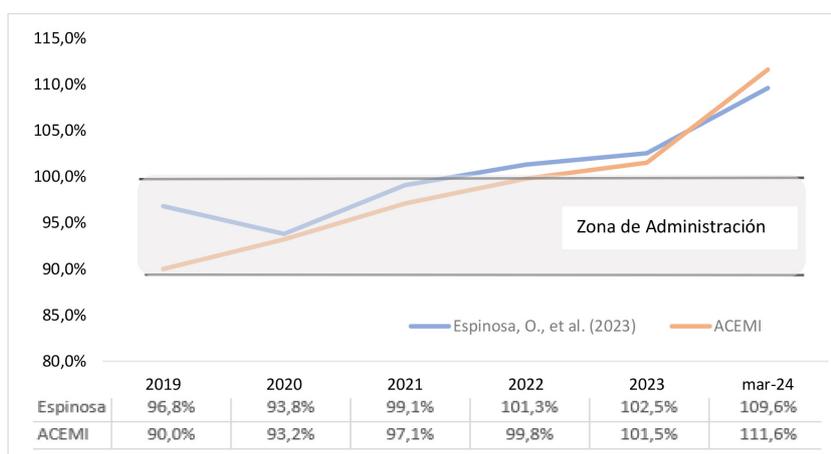


Medellín, Junio de 2024, Año 23 N° 45
ISSN 1657-5415

Observatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD ~ GES

Situación financiera y perspectivas de reforma del sistema de salud colombiano



Gráfica 1. Colombia: índice de siniestralidad en el seguro de salud, 2019-2024

Fuente: Elaboración del GES con base en ACEMI (2024).

Nota: el índice de siniestralidad se refiere al costo promedio de atención de la población afiliada como proporción de los ingresos de las EPS (la unidad de pago por capitación, UPC), sin incluir gastos de administración. La zona de administración corresponde al porcentaje de la UPC permitido por la ley para gastos de administración en el régimen contributivo. Prácticamente en ningún año se logra un índice inferior a 90%, y en los últimos años es superior al 100%, consistente con las pérdidas que se registran en el sistema.

Contenido

1. El sistema de salud en el marco del derecho y la sostenibilidad	3
a. El derecho a la salud y las obligaciones del Estado en la financiación	3
b. Principales avances y retos para la sostenibilidad	4
2. Análisis de la situación financiera del sistema de salud	6
a. Financiación del PBS y suficiencia de la UPC	6
b. El desequilibrio que evidencian las reservas técnicas y los indicadores financieros	9
c. Financiación de tecnologías no incluidas en la UPC: presupuestos máximos	10
3. Consideraciones sobre la propuesta de reforma del gobierno Petro	14
a. Gestión de riesgo, tipos de riesgo y fallas de gestión	14
b. Consideraciones financieras sobre la reforma	16
c. ¿Por qué la propuesta del gobierno empeoraría la situación financiera?	18
4. Conclusiones	20



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1 8 0 3

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Resumen

El sistema de salud colombiano ha presentado avances significativos en cuanto a cobertura y protección financiera. Sin embargo, la sostenibilidad es una preocupación creciente para mantener estos logros y enfrentar la presión por el aumento del gasto debido especialmente a la adopción de nuevas tecnologías, al envejecimiento de la población y a la creciente demanda de servicios. Mediante la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud, se reguló en el país el derecho fundamental a la salud y se establecieron los principios para asegurar un acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud para todos los ciudadanos, responsabilidad que recae sobre el Estado, como lo había reafirmado la Corte Constitucional en Sentencia T-760 de 2008.

El análisis del comportamiento del gasto en salud en los años recientes muestra un desfase creciente en el reconocimiento del recurso destinado a cubrir el plan de beneficios en salud, la unidad de pago por capitación (UPC). Este desfase se presenta entre la UPC calculada por la autoridad, por una parte, y los costos reales que reportan las EPS, por la otra, lo que genera un déficit financiero que compromete la sostenibilidad del sistema. Se estima que el desfase de la UPC en 2022 fue del 7,2% y en 2023 del 4,9% frente a los valores definidos por el gobierno. De manera que para reconocer los gastos reales que comprenden la prestación de servicios sería necesario un ajuste de unos \$7,1 billones.

Por otra parte, en cuanto al mecanismo para financiar las tecnologías no cubiertas por la UPC, mediante los denominados presupuestos máximos, se presentan diferencias entre los cálculos iniciales y los ajustes que reconoce el propio gobierno en la marcha, con un faltante de unos \$2 billones entre 2022-2023. Además, se presentan retrasos considerables en los reajustes, lo que implica aumentos en la cartera y lo que ha llevado a la Corte Constitucional a llamar la atención para que el gobierno se ponga al día con los pagos correspondientes.

Ante este escenario, la propuesta de reforma de origen gubernamental, lejos de abordar estos desafíos, podría agravar la situación financiera al no contemplar medidas eficaces para gestionar la creciente demanda y mejorar la eficiencia del gasto, lo cual pone en riesgo la cobertura y la calidad de los servicios de salud.

En esta Observación se reúnen los análisis elaborados por un equipo de expertos. El texto se estructura en cuatro secciones: una primera sección con el contexto de la evolución y los retos de la sostenibilidad financiera y algunas precisiones sobre el marco institucional en el que se desenvuelve el sistema de salud, muy especialmente lo que respecta a las obligaciones del Estado en materia de financiación. A continuación, se examina la financiación del plan de beneficios y la suficiencia de recursos, y se analiza la financiación de las tecnologías financiadas mediante el mecanismo de presupuestos máximos. En la tercera sección se presentan unas consideraciones sobre la reforma propuesta por el gobierno, y finalmente, en la cuarta sección, se plantean las conclusiones.

Palabras clave: sistema de salud, financiación, reforma, Colombia.

Información de los autores

Jesús Alonso Botero García

Economista y especialista en Política Económica.
Profesor emérito, Universidad EAFIT.

Marcela Brun Vergara

Economista y magíster en Economía.

Ramón Abel Castaño Yepes

Médico y PhD en Políticas y Salud Pública.
Consultor en sistemas de salud.

Diego Fernando Gómez Sánchez

Ingeniero de Producción y PhD en Ingeniería de
Sistemas. Director ECSIM.

Daniel Medina Gaspar

Economista y magíster en Economía. Profesor,
Universidad EAFIT.

Julio Mario Orozco Africano

Médico y magíster en Gestión Sanitaria. Profesor,
Universidad de la Costa.

Jairo Humberto Restrepo Zea

Economista y magíster en Gobierno y Asuntos
Públicos. Profesor, Universidad de Antioquia.

1. El sistema de salud en el marco del derecho y la sostenibilidad

Ningún país en el mundo tiene los suficientes recursos para proveer a todos sus ciudadanos la totalidad de los servicios con los máximos estándares de calidad posibles; cualquiera que crea lo contrario vive en “el país de las maravillas”.

Sir Michael Rawlins (Rawlins, 2011)

a. El derecho a la salud y las obligaciones del Estado en la financiación

El derecho a la salud fue establecido en el artículo 49 de la Constitución colombiana de 1991, como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, pero fue a partir de la Sentencia T-760 de 2008 que la Corte Constitucional le otorgó el estatus de derecho humano fundamental autónomo. Apelando al principio *pacta sunt servanda*, la Corte reconoció que el Estado colombiano se hallaba obligado a considerarlo como tal en vista de haber aprobado el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. y, por tanto, la Observación No. 14 del comité sobre estos asuntos a instancias de Naciones Unidas, en la cual se aclara el alcance del artículo 12 de dicho pacto sobre la declaración del derecho a la salud como fundamental (ONU, 2000).

Posteriormente, mediante la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria de Salud, el congreso colombiano reguló el derecho fundamental a la salud y determinó los atributos, elementos y principios del acceso efectivo y los deberes del Estado frente al mismo (Jiménez et al, 2016). El carácter autónomo e irrenunciable del derecho a la salud, tanto en lo individual como en lo colectivo, implica que los servicios deben prestarse de manera oportuna, eficaz y con calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Esta autoridad y responsabilidad gravita en cabeza del Estado, quien debe adoptar políticas que aseguren la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

En este contexto, la salud adquiere el carácter de bien meritorio o bien común (Guerrero et al, 2021). No es necesario adquirir la condición de ciudadano para acceder al derecho a la salud pues se obtiene por el sólo hecho de

nacer. Además, por su íntima relación con el derecho a la vida, se convierte en un bien especial sin el cual sería imposible disfrutar a plenitud del derecho a la vida.

Ahora bien, además de ser reconocido como derecho de índole prestacional, la salud también es declarada como servicio público. La Carta Magna determinó que corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, así como los servicios de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La prestación del servicio público esencial de salud se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

Es así como el sistema de salud, de acuerdo con la Constitución, establece la participación del sector privado en la prestación de los servicios. Le corresponde al Estado establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

Del mismo modo, en el mismo artículo 49 de la Constitución se determina que los servicios de salud sean organizados en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. El Estado puede asumir la prestación del servicio de manera directa mediante entidades públicas o a través de particulares o de sociedades de economía mixta.

La norma constitucional establece la responsabilidad del Estado de asegurar el adecuado financiamiento del derecho fundamental a la salud, y así quedó establecido en la sentencia T-760 de 2008 y en la Ley Estatutaria en Salud, en donde de manera específica se señalan los procedimientos y mecanismos para cumplir con esta obligación constitucional. En la sentencia se imparten 35 órdenes, entre las cuales se destacan, respecto a

la cobertura y financiación del sistema de salud: la actualización integral y periódica del plan de beneficios (órdenes 17 y 18), la unificación del plan de beneficios del régimen subsidiado con el del contributivo (órdenes 21 y 22), asegurar el flujo de recursos al interior del sistema y su sostenibilidad financiera (orden 24), y asegurar la cobertura universal (orden 28) (Corte Constitucional, 2008). Acogiendo estas órdenes para que se incorporen al marco normativo del país, la Ley Estatutaria de Salud establece, en el artículo 5 numeral i), la obligación del Estado de *financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población*.

Lo que se ha comentado hasta acá guarda correspondencia con los propósitos de la Ley 100 en materia de cobertura universal en salud. En el artículo 156 de la Ley 100 se estableció que todos los habitantes en Colombia deberían estar afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financia con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales. Para garantizar dicha cobertura, y consistente con la idea del aseguramiento en salud, en la misma Ley 100 se estableció la unidad de pago por capitación (UPC), equivalente al monto de recursos reconocido a cada EPS por persona afiliada para garantizar la atención en salud. Esta UPC debe ser establecida anualmente, procurando el equilibrio o suficiencia con los costos del plan de beneficios en salud (PBS).

b. Principales avances y retos para la sostenibilidad

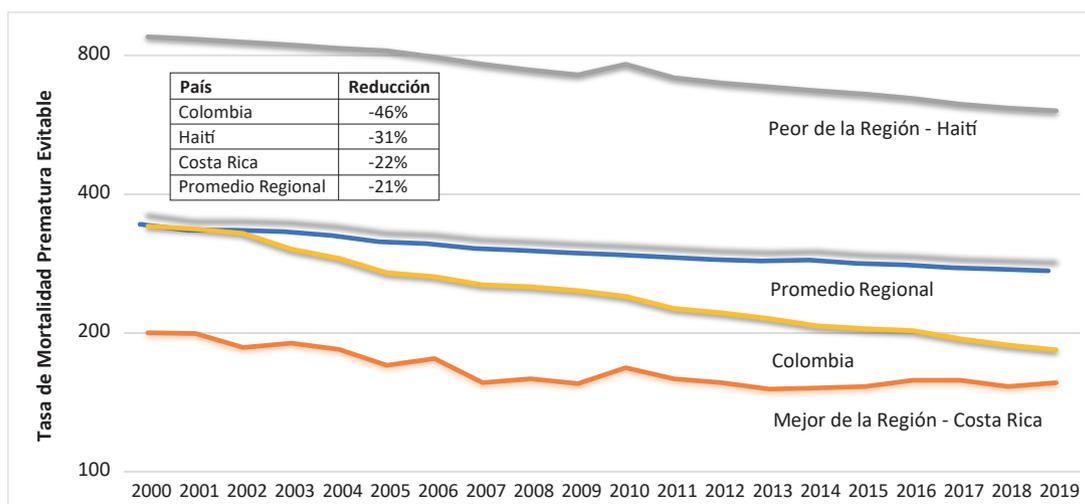
El sistema de seguridad social en salud fue adoptado en Colombia mediante la Ley 100 de 1993 y comenzó a operar en enero de 1995. Dicha ley, referida a la seguridad social integral, fue discutida en desarrollo de las expectativas que siguieron a la Constitución de 1991, de manera especial en lo que respecta a la consagración del Estado Social de Derecho (Garay, 2002). Las aspiraciones por un Estado más grande y garantista habrían de tocar a la salud, y fue así como la reforma de 1993 se diferenció en varios aspectos de las recomendaciones que dominaban la agenda internacional (Restrepo, 2022), en particular por cuanto esta reforma se produjo en un escenario de

buen crecimiento económico y no de crisis como en otros países, la misma estuvo acompañada de un aumento sustancial de recursos públicos y, además, implicaba la búsqueda de la cobertura universal prometiendo el acceso de toda la población a todos los niveles de atención, de manera que no seguía la tendencia dominante en ese momento, acerca de los paquetes básicos o esenciales para la atención de la salud (Banco Mundial, 1993).

Luego de tres décadas el sistema ha presentado avances importantes, algunos incumplimientos y puntos débiles. Entre los logros se destacan la cobertura y la protección financiera. La población cubierta por el seguro de salud pasó de un 22% en 1993 al 99% en 2022 (MSPS, 2023); en cuanto a protección financiera, los pagos de bolsillo pasaron de representar el 38% al 14% del gasto total en salud en el mismo período (Maldonado, Martínez, Restrepo y Prada, 2023), alcanzando así un indicador muy destacado en el plano internacional.

En forma simultánea con estos logros, también se aprecian mejoras en la salud de la población. Por ejemplo, la mortalidad infantil pasó de 29 defunciones en menores de un año por cada mil nacidos vivos en 1990 a 11 en 2021, y la esperanza de vida al nacer pasó de 65 a 72 años entre uno y otro año (Banco Mundial, 2023). Cifras recientes acerca de la mortalidad prematura potencialmente evitable dan cuenta que Colombia ha descendido más rápido en este indicador frente al promedio de los 20 países más grandes de América Latina y el Caribe; el país registraba una mortalidad prevenible en 2000 superior al promedio, y en 2020 se encontraba por debajo, y en cuanto a la mortalidad tratable, desde 2000 era inferior al promedio y en estas dos décadas se alejó aún más de ese valor (gráfica 2). No obstante, estos resultados se discuten en el marco de los determinantes sociales de la salud (Agudelo, Cardona, Ortega y Robledo, 2011), planteando además que no necesariamente se corresponden con el desempeño del sistema y teniendo en cuenta desarrollos desiguales en el territorio nacional y entre grupos de población según sus condiciones sociales y económicas (Rojas, Fernández y Borrero, 2022).

Además del avance del sistema, que puede examinarse a partir de indicadores como los sugeridos atrás, es importante tener en cuenta también su evolución en términos institucionales y normativos (Restrepo, 2022). A lo largo de estas tres décadas se han promulgado diversas normas con ajustes al sistema, entre las que se destacan



Gráfica 2. América Latina y el Caribe: mortalidad prematura evitable, 2000-2019

Fuente: Elaboración propia con datos de Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019). Número total de muertes en tres grupos de carga mundial de enfermedad, por año, sexo y subregión, Región de las Américas, 2000–2019

Nota: Las muertes prematuras evitables son las que tienen lugar antes de cumplir 75 años y que no deberían ocurrir. Las muertes prematuras evitables pueden ser prevenibles (mediante acciones de prevención primaria) o tratables (mediante atención médica oportuna y de calidad). (OPS, 2019)

las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se han dado varios momentos en los que se han discutido propuestas de reforma que no han prosperado, particularmente en 2013 y 2021 (GES, 2013; Jaimes, 2021). Un momento crucial en el desarrollo del sistema, como parte de las aspiraciones por la materialización del Estado social de derecho, se dio con la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud en 2015, la cual regula el derecho fundamental a la salud (Jiménez et al, 2016).

En cuanto a las debilidades y los problemas que deben atenderse para cumplir la promesa de la cobertura universal, se destaca precisamente que el acceso efectivo no se realiza de manera universal y equitativa. Se presentan barreras al acceso que afectan principalmente a población pobre y a comunidades ubicadas en territorios en donde la oferta de servicios es insuficiente (Restrepo, Silva, Andrade y Dover, 2014). Como parte de una gobernanza débil, el sistema presenta fallas en la coordinación entre actores y la articulación con otros sectores que resultan claves en la medida en que están a cargo de determinantes sociales de la salud (Restrepo y Zapata, 2022). Además, pese a los avances en cobertura, en el país podrían hacerse mayores esfuerzos en acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención primaria.

Ahora bien, en el marco de los avances en cobertura y los desafíos para responder En los últimos años se ha acentuado la preocupación por la sostenibilidad financiera del sistema de salud (Brun, Barón y Restrepo, 2023), de manera más protuberante en el marco de la pandemia del covid-19 y ante las nuevas ampliaciones del plan de beneficios en salud, muy especialmente la que fue adoptada en 2021, la que constituye la ampliación más ambiciosa a lo largo de la historia del sistema (GES, 2022).

En este contexto, el gobierno nacional propuso en 2023 una reforma estructural bajo la consideración de que el sistema no permite el goce efectivo del derecho a la salud. Inicialmente propuso eliminar a las aseguradoras, las empresas promotoras de salud (EPS), y erigir como base del nuevo sistema la provisión de servicios a través de los centros de atención primaria (MSPS, 2023a). Aunque en la propuesta se tocaban puntos fundamentales para conducir una reforma, no se presentó un análisis completo sobre la situación financiera del sistema de salud, a manera de una línea base, y mucho menos se dio buena cuenta de los costos que tendría la reforma, la cual fue archivada por el Congreso de la República en abril de 2024. Sin duda, la financiación del sistema quedó como un tema de la mayor relevancia de cara a garantizar la atención de la población colombiana.

2. Análisis de la situación financiera del sistema de salud

a. Financiación del PBS y suficiencia de la UPC

Luego de ser una función primordial del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, entre 1994 y 2009 a la luz de la Ley 100 de 1993, y de la Comisión de Regulación en Salud entre 2009 y 2012, siguiendo la Ley 1122 de 2007, con la desaparición de ambas instancias en 2012 la UPC es definida anualmente desde entonces por el Ministerio de Salud y Protección Social. Para esto, el ministerio tiene en cuenta recomendaciones de la comisión gubernamental de beneficios, costos, tarifas y condiciones de operación del aseguramiento en salud.

En los últimos días del año anterior, el ministerio publica una resolución en la que define el ajuste que se aplicará a la UPC para el año siguiente, definiendo además el costo de los nuevos servicios y tecnologías que se incluirán en el PBS. Para realizar el análisis se parte de la información del año anterior (es decir, dos años atrás del año en que estará vigente la UPC), y se aplican las tendencias previstas en cuanto a precios y frecuencias de demanda. Las primeras se determinan a partir de la inflación del año corriente (es decir, del año que está terminando cuando se analiza la UPC) y de la inflación esperada para el año en el que estará vigente la UPC. En cuanto a frecuencias, se analizan mediante modelos de series de tiempo de la evolución de la demanda, y se pronostica cuál será la demanda de servicios. El valor se ajusta por un factor de compensaciones faltantes (los siniestros ya ocurridos que no se han pagado) y por un factor de siniestros ocurridos pero no reportados. Con esos elementos, se determina el incremento necesario para atender el PBS y se define la UPC que regirá el año siguiente.

La determinación de la UPC para el año 2022, a partir de la información disponible en diciembre de 2021 y que correspondía al año 2020, implicaba grandes retos para el Ministerio de Salud y Protección Social. Para tomar esta decisión era necesario resolver dos interrogantes mayores: cómo proyectar la inflación para 2022 y cómo calcular los cambios en frecuencias de uso de los servicios (*trending* de frecuencias), habida cuenta de que el COVID había operado como un shock exógeno a la serie histórica de datos que debería ser

corregido en el análisis estadístico de la serie. En cuanto a la inflación, el Ministerio asumió implícitamente para 2022 un valor esperado de 3,4%, teniendo en cuenta la proyección del índice de precios al consumidor (IPC) para diciembre de ese año. En el *trending* de frecuencias, asumió una variación del 3,45% (Estudio de suficiencia 2022, pág. 122). Además, era necesario considerar las inclusiones de nuevos procedimientos y medicamentos en el PBS, las cuales se valoraron para 2022 en \$119.509 por afiliado (12,73% de la UPC anterior) y con lo que se buscaba reducir de manera significativa los pagos por tecnologías no incluidas, correspondientes a lo que se denomina en el sistema “presupuestos máximos”.

Con esos supuestos se aplicó el procedimiento estándar de determinación de la UPC del período “t”, a partir de la información disponible en el período “t-2” (que ya estaba consolidada en el sistema). El incremento resultante, respecto a la UPC de 2021, fue 18,15%, quedando así la UPC promedio del régimen contributivo en \$1.109.221 para 2022.

Sin embargo, las disrupciones en las cadenas de valor globales, la guerra en Ucrania y los riesgos de recesión en el mundo, afectaron sustancialmente la evolución de la economía, de modo que en 2022 la inflación colombiana cerró en 13,1%, y no en 3,4% como se supuso al momento de estimar la UPC, y la devaluación de la moneda, que incide de manera importante en costos de medicamentos y dispositivos y equipos médicos, cerró por encima del 20%. Por otra parte, el dinamismo económico alcanzado en 2022, con una tasa de crecimiento anual del 7,3% y el progresivo retorno a patrones de demanda de servicios y de atención convencionales, fueron moldeando la evolución de las frecuencias en el sistema de salud, generando ajustes difíciles de apreciar y de evaluar debido a la adaptación de los modelos de contratación para enfrentar las presiones crecientes de costos.

Dos fenómenos adicionales hicieron más complejo el panorama. Por una parte, la ampliación del PBS con cargo a la UPC presenta limitaciones de información al momento de pretender una evaluación de los efectos de pasar de su financiación vía presupuestos máximos a la UPC. Por otra parte, los problemas de selección adversa se han agudizado en el sistema, recargando los riesgos en

aquellas EPS que son reconocidos por la calidad de su servicio y que han recibido de manera forzosa población que estaba afiliada a EPS liquidadas.

En una primera aproximación, revisando los supuestos según el comportamiento real a lo largo de 2022, la UPC debió estar como mínimo en \$1.188.722 para reflejar la inflación realmente ocurrida, las presiones de costo por ello generadas y el comportamiento de la demanda de los procedimientos y tecnologías ya contempladas en la UPC. Los cambios en frecuencias y en costos de las nuevas inclusiones, que se debieron presentar en este complejo período de recuperación postpandemia, no se incluyen en el análisis por la dificultad de obtener información detallada sobre el tema. Para el cálculo se ajusta la inflación mes a mes, con los valores realmente observados, y se calcula el aumento real de frecuencias

a partir de la información de SISPRO de 11 EPS que representan el 72,1% de las atenciones prestadas. El resumen del cálculo se presenta en la tabla 1, indicando que hubiera sido necesario un ajuste adicional del 7,2% a la UPC para restituir las condiciones previas al ajuste.

Para convalidar el orden de magnitud de esta subvaluación, en la tabla 2 se analizan las cifras de un conjunto representativo de EPS y se calcula en cuánto tendrían que incrementarse sus ingresos para alcanzar el margen bruto que tenían esas mismas EPS antes de la pandemia, en 2019, considerando los ingresos de las cuentas 4101, 4102 y 4103 de los catálogos de información financiera con fines de supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud, y los costos correspondientes a los códigos 6101, 6102, 6103, 6104, 6105 y 6106. De ese ejercicio se concluye que los ingresos deberían incrementarse en por lo menos un 4,9%.

Tabla 1. Cálculo de la UPC para 2022: definición oficial y monto estimado con cifras reales

Concepto	Definición en dic. 2021		Estimado con cifras reales	
	Valor	Variación	Valor	Variación
1. UPC 2021 (régimen contributivo)	938.826		938.826	
2. UPC 2022 por ajuste de frecuencia o severidad	989.712	5,42%	1'060.647	12,98%
3. Nuevas inclusiones (% UPC 2021)	119.509	12,73%	128.075	13,64%
4. UPC 2022 (2 + 3)	1'109.221	18,15%	1'188.722	26,62%
Ajuste adicional requerido				7,2%

Fuente: Cálculos propios a partir de metodología de determinación de la UPC del Minsalud; información del cubo SISPRO e información de inflación del DANE.

Tabla 2. Ingresos de actividades ordinaria y costos de EPS en 2019 y 2022 (cifras en billones de pesos corrientes)

EPS	2019			2022		
	Ingresos	Costos	Costo/ ingreso	Ingresos	Costos	Costo/ ingreso
Nueva EPS S.A.	7,92	7,53	95,0%	14,73	14,14	96,0%
EPS Sura	4,70	4,45	94,7%	9,02	9,00	99,8%
E.P.S. Sanitas S.A.	3,97	3,70	93,4%	8,57	8,67	101,3%
Famisanar Ltda.	2,43	2,33	96,0%	3,94	4,60	116,6%
Salud Total S.A. EPS	3,05	2,77	91,0%	6,00	5,59	93,1%
Mutual Ser	1,69	1,58	93,4%	3,18	3,14	98,7%
Compensar	2,73	2,65	97,1%	4,30	4,24	98,6%
Asmet S.A.S.	1,77	1,79	101,2%	2,41	2,37	98,2%
Coosalud	2,12	1,99	94,0%	3,98	3,73	93,5%
Emssanar S.A.S	1,95	1,92	98,4%	2,51	2,83	112,7%
EPS Sos S.A.	0,98	0,98	100,0%	1,34	1,52	113,8%

EPS	2019			2022		
	Ingresos	Costos	Costo/ ingreso	Ingresos	Costos	Costo/ ingreso
Comfenalco Valle	0,32	0,30	93,1%	0,50	0,53	106,5%
Ecoopsos S.A.S.	0,31	0,29	91,4%	0,42	0,43	101,8%
Ccf Del Choco	0,16	0,14	89,2%	0,20	0,19	91,2%
Total	34,07	32,40	95,1%	61,11	60,96	99,8%
Valor ajustado					64,11	
Incremento para mantener margen de 2019					4,9%	

Fuente: Minsalud. Informe FT001_EPS, 2019 y 2022.

Cabe anotar, sin embargo, que no necesariamente el margen bruto de 2019 correspondía al margen de equilibrio del sistema, de acuerdo con la provisión establecida en la Ley 1438 de 2011, y según la cual los topes máximos en el total de la prima para gastos administrativos, incluyendo utilidad, debe ser el 10% para el régimen contributivo y el 8% para el régimen subsidiado. De hecho, el margen

bruto en 2019 equivalía al 4,9%, y podría, por ello, estar así mismo subvaluado. Para ajustar los ingresos a un margen del 10% en el régimen contributivo y del 8% en el régimen subsidiado, hubiera sido necesario un incremento adicional de la UPC del 7,2%, como lo ilustra la Tabla 3, cifra que coincide con el cálculo del ajuste adicional requerido para la UPC de 2022.

Tabla 3. Ingreso necesario para cubrir los costos en salud de 2022 con márgenes establecidos en la Ley 1438 de 2011 (cifras en billones de pesos)

EPS	Ingresos de actividades ordinarias (1)	Costo de atención en salud (2)	Otros ingresos (3)	Ingresos requeridos (4)
Nueva EPS S.A.	14,73	(14,14)	0,05	15,50
EPS Sura	9,02	(9,00)	0,29	9,68
E.P.S. Sanitas S.A.	8,57	(8,67)	0,16	9,44
Salud Total S.A. EPS	6,00	(5,59)	0,21	5,97
Compensar	4,30	(4,24)	0,12	4,56
Coosalud	3,98	(3,73)	0,10	3,96
Famisanar Ltda.	3,94	(4,60)	0,31	4,78
Mutual Ser	3,18	(3,14)	0,18	3,24
Emssanar S.A.S	2,51	(2,83)	0,02	3,07
Asmet S.A.S.	2,41	(2,37)	0,09	2,49
EPS Sos S.A.	1,34	(1,52)	0,01	1,68
Comfenalco Valle	0,50	(0,53)	0,01	0,51
Ecoopsos S.A.S.	0,42	(0,43)	0,00	0,47
Nueva EPS S.A.	0,20	(0,19)	0,01	0,19
Total	61,11	(60,96)	1,60	65,53
Incremento para restituir margen: (4) / (1)				7,2%

Fuente: Minsalud. Informe FT001_EPS, 2022.

A partir de este cálculo ajustado, en la Tabla 4 se considera el incremento de la UPC para el año 2023. La fórmula de cálculo es:

$$UPC_{2023} = \frac{UPC_{2022} (1+IBNR)(1+INF)(1+FREC)}{(1+FAF)}$$

Donde:

IBNR: Ajuste por Siniestros ocurridos, pero no reclamados.

FAF: Ajuste por compensaciones faltantes

INF: Inflación

FREC: Tendencia de frecuencias.

Frente a un incremento decretado del 16,2% para 2023, el ajuste real de la UPC base debió estar en el 23,1% para compensar los desajustes presentados en 2022 y reflejar la inflación realmente ocurrida en 2023, en lugar del 7,5% asumido como *trending* de inflación en el cálculo del ministerio. De manera que para ajustar la UPC a su nivel adecuado en 2023, sería necesario un incremento adicional del 5,9%.

Tabla 4. Cálculo de la UPC para 2023: definición oficial y monto estimado con cifras reales

Concepto	Valores
1. UPC 2022 (valor estimado en tabla 2)	1.188.722
2. Factor de ajuste por compensaciones faltantes	1,86%
3. IBNR (ajuste por siniestros ocurridos pero no reportados)	3,46%
4. Inflación observada en 2023	9,28%
5. Trending de frecuencia	3,45%
6. VALOR ESTIMADO UPC 2023	1.364.961
7. UPC oficial 2022	1.109.221
8. Incremento necesario para 2023: (6) / (7)	23,06%
9. UPC oficial 2023	1.289.246
Ajuste adicional necesario: (6) / (9)	5,87%

Fuente: Cálculos propios siguiendo la metodología de Minsalud (2022).

Un ajuste adicional como éste permitiría restituir, en 2023, las condiciones financieras básicas que el sistema tenía en 2021. A ello habría que agregar una compensación transitoria por la insuficiencia de la UPC en 2022, equivalente al 7,2% del valor de la UPC generado en ese año, que compensaría los desequilibrios financieros

ya generados, permitiendo abordar de manera sostenible los retos que enfrenta el sistema por la evolución de la demanda, el envejecimiento de la población y el loable propósito colectivo de mejorar el acceso y la equidad del sistema. El valor total del ajuste y de la compensación se muestra en la Tabla 5, y equivale a 7 billones de pesos.

Esa compensación de los desequilibrios financieros permitiría reponer las reservas técnicas que, como se explica a continuación, se han deteriorado por la insuficiencia de UPC, y que son indispensables para atender servicios previsibles que no se han causado todavía.

b. El desequilibrio que evidencian las reservas técnicas y los indicadores financieros

Las reservas técnicas son la parte de las primas de seguros que corresponden a los servicios o siniestros que deberán ser atendidos por las aseguradoras, por lo tanto, son los pasivos que estas deben incluir en los cálculos actuariales por aquellos servicios que son previsibles pero que no están aún causados contablemente. Ahora bien, el que se tengan contabilizadas en las cuentas del pasivo las reservas técnicas, ello no implica necesariamente que se cuente con el respaldo debido en el activo, pero el ideal es que esos recursos estén constituidos en activos líquidos para garantizar el pago de los servicios. Para esto se cuenta con régimen de inversiones de las reservas técnicas, definido por autoridad regulatoria.

En el caso del sistema de salud colombiano, el método actuarial para el cálculo de las reservas técnicas debe ser aprobado por la Superintendencia Nacional de Salud. A partir de 2014 se inició un proceso de normalización de las EPS como aseguradoras, exigiéndoles la conformación de reservas técnicas y su régimen de inversión, el cumplimiento de los indicadores de capital mínimo y patrimonio adecuado, quedando las condiciones requeridas establecidas por el Decreto 780 de 2016 y los decretos 2117 de 2016 y 718 de 2017 para los planes de ajuste. Las EPS adoptaron los planes de normalización (planes de reorganización o de ajuste financiero) y, además, las que están en procesos de seguimiento por la Superintendencia pueden aún no cumplir los requerimientos de indicadores pero sí estar cumpliendo los acordados en los procesos con la entidad. Esto hace que se dependa de la evaluación

Tabla 5. Cálculo del faltante de financiación por concepto de insuficiencia de la UPC

AÑO	Afiliados Rég. Contributivo (No. personas)	Afiliados Rég. Subsidiado (No. personas)	UPC Rég. Contributivo (\$)	UPC Rég. Subsidiado (\$)	Gasto total en \$ billones (UPC X No. afiliados)	Ajuste adicional necesario		
						%	\$ billones	
2022	23.755.960	24.988.317	1.109.221	946.807	50,4	7,2%	3,6	
2023	22.173.152	26.071.898	1.289.246	1.121.396	59,6	5,9%	3,5	
AJUSTE TOTAL								7,1

Fuente: Cálculos propios, a partir de las tablas 1 y 4 y BDUA ADRES.

que publique la Superintendencia sobre el cumplimiento de las condiciones requeridas.

En el último informe de la Superintendencia, “Informe de evaluación del cumplimiento de los indicadores de capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica – diciembre de 2023”, se hace una relación de las EPS que están cumpliendo el régimen de Inversiones requeridas para respaldar las reservas técnicas. Solo seis EPS estarían cumpliendo este indicador. Sin embargo, este informe no publica el valor de incumplimiento mientras el anterior informe, con datos a octubre 2023, indicaba que de la reserva técnica requerida de 11,8 billones de pesos había un déficit de 6,33 billones.

Teniendo en cuenta las provisiones para reservas técnicas y las inversiones e instrumentos derivados de las EPS, las provisiones corresponden al 14,7% de los ingresos totales del año y equivalen a 1,8 meses de operación. De estas, solo el 42,6% tienen un respaldo en inversiones que totalizan 5,4 billones de pesos, concentrados en un 80% en tres EPS: Sura, Salud Total y Sanitas, las mismas que cumplen con más del 100% de las reservas requeridas. En los informes financieros de marzo de 2024 el patrimonio consolidado de las EPS es negativo en 5,33 billones de pesos. Las inversiones que pueden respaldar reservas técnicas totalizan 4,9 billones y estas pertenecen en un 90% a solo cuatro EPS.

El deterioro de las cuentas de las principales EPS en la medida que aumenta el costo de atención con relación a los ingresos se hace evidente en el comparativo de los estados financieros de cierre de los años 2021 a 2023. Al cierre de 2021, solo una EPS tenía resultados positivos, con un balance de \$ 611.020 millones. Para 2022, el acumulado fue negativo en \$ 118.129 millones, y para 2023 fue negativo en \$ 1,14 billones. La participación

del costo en los ingresos pasó del 95,3% en el 2021 al 98,3 en el 2023. Estos costos y resultados condujeron a un progresivo deterioro patrimonial, que pasó de 2,6 billones a 1,23 en 2023.

Es altamente probable que las demás EPS no estén cumpliendo ni con las reservas técnicas ni con el régimen de inversiones requerido. Los costos en el sistema de salud totalizaron para este primer trimestre 14,8 billones y el monto requerido de reservas técnicas debe ser de ese orden de magnitud, luego el faltante de reservas técnicas estará entre 8 y 10 billones representados en una parte importante en cuentas ya conocidas y debidas a los prestadores.

c. Financiación de tecnologías no incluidas en la UPC: presupuestos máximos

Los Presupuestos Máximos son un presupuesto adicional que se calcula anualmente y busca cubrir servicios y tecnologías que aún no son financiados por la UPC por sus condiciones inciertas, por su alta variabilidad de precios o por ser servicios sociales complementarios ordenados por un juez, pero que no necesariamente deben ser cubiertos con recursos de salud (suministro de agua potable, por ejemplo). En este sentido, mediante el mecanismo de presupuestos máximos se financian: algunos medicamentos para enfermedades huérfanas, servicios sociales complementarios, medicamentos nuevos, algunos suplementos y complementos nutricionales, y medicamentos utilizados para una indicación diferente a la aprobada por el INVIMA.

El presupuesto máximo se fundamenta en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el cual modificó la forma como

se administran y gestionan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC, pasando de los recobros (mecanismo *ex post*) a un monto global anticipado (mecanismo *ex ante*). Este artículo establece, en términos generales, lo siguiente:

- Estos servicios y tecnologías se gestionarán por parte de las EPS.
- Se financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que para tal efecto les transfiera la ADRES mensualmente.
- El monto del techo o presupuesto máximo de calculará de acuerdo con la metodología que defina el Ministerio de Salud y Protección Social.

Esta disposición obedece a la necesidad de encontrar una fórmula que le permitiera al gobierno cumplir con lo previsto en el literal i) del artículo 5 y el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015, en donde se determina la necesidad de que el Estado adopte la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos, y que los servicios y tecnologías en salud sean suministrados de manera integral para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, el cubrimiento o la financiación que haya definido el legislador. Asimismo, se plantea como una forma de solucionar el problema de auditoría que para el momento tenía la ADRES, el cual hizo aún más evidente la problemática administrativa y financiera alrededor de los recobros. Lo anterior, al tiempo que pretendía trasladar a las EPS parte del riesgo y la gestión integral de las atenciones, tanto desde la perspectiva de la gestión del riesgo en salud como de la financiera (precios y frecuencias). Esta medida concluye con la disposición de que la Nación reasuma la responsabilidad sobre los servicios y tecnologías no financiados por la UPC del régimen subsidiado, la cual estaba a cargo de las entidades territoriales.

Los presupuestos máximos son definidos para cada EPS teniendo en cuenta el gasto histórico de cada una las tecnologías consideradas y los usuarios a los que se les proporciona. El valor al que se reconoce cada tecnología se establece en base a un valor de referencia teniendo en cuenta como mínimo la mediana de lo informado por los aseguradores y, como máximo, el precio de regulación en el caso de los medicamentos. A continuación, se

analizan las asignaciones y flujos para cada año, desde la implementación del mecanismo en marzo de 2020 (ver tabla 6).

Tabla 6. Asignación de presupuestos máximos (\$ billones)

Año	Régimen	Asignación inicial	Ajustes	Asignación final
2020	Contributivo	\$3,3	\$0,42	\$3,75
	Subsidiado	\$0,58	\$0,43	\$1,02
	Total	\$3,92	\$0,84	\$4,76
2021	Contributivo	\$4,1	\$1,1	\$5,2
	Subsidiado	\$0,96	\$0,68	\$1,6
	Total	\$5,06	\$1,78	\$6,84
2022	Total	\$2,16	\$0,82	\$2,98
2023	Contributivo	\$2,77	N.D.	N.D.
	Subsidiado	\$1,14	N.D.	N.D.
	Total	\$3,91	N.D.	N.D.
2024	Contributivo	\$1,3	N.D.	N.D.
	Subsidiado	\$0,53	N.D.	N.D.
	Total	\$1,83	N.D.	N.D.

N.D.: Información no disponible.

Fuente: Administradora de recursos del sistema de salud (ADRES).

Para la vigencia 2020 se asignó el valor de \$4,76 billones para el periodo de marzo a diciembre. Esto corresponde a la asignación inicial de \$3,92 billones, con un primer ajuste en diciembre de 2020 por \$207.761 millones, y un segundo ajuste en octubre de 2021 por \$632.872 millones. Los dos ajustes ascendieron a un valor agregado de más de \$840 mil millones, equivalentes a un 21% adicional, los cuales fue necesario reconocer teniendo en cuenta que la información suministrada fue superior a la inicialmente estimada. Ahora bien, desde el inicio de la implementación se tenía previsto que se requeriría ir ajustando, en la medida en que se conociera mejor la información, en especial la del régimen subsidiado, y que se conociera también la respuesta frente a la prescripción de los servicios y tecnologías en la población de este régimen debido al cambio de pagador, de las entidades territoriales a la Nación, a través de ADRES.

Para la vigencia 2021 se asignó inicialmente un valor de \$5,06 billones. Adicional a estos recursos, se reconoció un primer ajuste parcial en diciembre de 2021 por \$558.982 millones, un segundo ajuste en octubre de 2022 por un valor de \$480.948 millones, y un tercer y último ajuste en febrero de 2023 por un valor aproximado de \$760 mil millones. Lo anterior permite identificar una asignación a la fecha de alrededor de \$6,8 billones para la vigencia 2021. Estos ajustes implicaron una variación entre el presupuesto final y el inicial de cerca del 35%, superior a las variaciones observadas respecto a la vigencia 2020. Ahora bien, al analizar estas variaciones por régimen, llama la atención el Régimen Subsidiado, donde se evidenció una necesidad del 60% adicional a la asignada inicialmente, en comparación con un 27% en el Régimen Contributivo. Asimismo, es de anotar que el último ajuste solo se da hasta el año 2023, más de un año después del cierre de la vigencia.

Los presupuestos máximos, siempre estuvieron previstos como una medida transitoria y en este sentido se avanzó en ampliar las coberturas de financiación a través de UPC, del 89% al 97% de los procedimientos y del 69% al 94% de los medicamentos aprobados en el país, a partir del 1 de enero de 2022. Con esta medida, se estimaba que en presupuestos máximos la asignación pudiera bajar a la mitad.

Para la vigencia 2022 se han asignado a la fecha \$2,16 billones, valor considerado inicialmente transitorio para el periodo de enero a diciembre, hasta tanto se concluyera la revisión pormenorizada, la cual correspondía a un proceso sistemático y documentado, mediante el cual se analizaría la información reportada por las EPS o entidades adaptadas para algunos de los grupos relevantes de tecnologías objeto de financiación por presupuestos máximos. La necesidad de realizar esta revisión surge del incremento desbordado, sin explicación aparente, que se encontró al momento de calcular el segundo ajuste para la vigencia 2021. En marzo de 2024 se conocieron los resultados de esta revisión y el ajuste definitivo de los presupuestos máximos de 2022. La asignación inicial ascendió a \$2,16 billones para ambos regímenes, y el ajuste ha sido hasta el momento de \$0,82 billones, para una asignación total de \$2,98 billones.

Ahora bien, para el año 2023, las asignaciones no sólo fueron más irregulares en su asignación y giro, debido

a que se fueron definiendo durante algunos meses, con intervalos de meses sin giro, sino que sólo se conoció la metodología de asignación como tal hasta febrero de 2024, es decir, posterior al año sobre el cual se esperaba la gestión de estos presupuestos. En febrero de 2024 se conoció también el monto definitivo por EPS para 2023, para un total de asignación de \$2,77 billones para el régimen contributivo y \$3,91 billones para el régimen subsidiado.

El mecanismo de presupuestos máximos, si bien ha tenido algunas ventajas como mejoras en la información de tecnologías para poder migrarlas a la financiación con UPC, lo cierto es que su cálculo y reconocimiento no ha resultado como se esperaba, dado que no se ha logrado estabilizar el mecanismo a tal punto que pueda asignarse la totalidad de los recursos de manera *ex-ante*, y con esto poder establecer a la EPS el monto máximo a gestionar con anterioridad, como estaba previsto en su diseño inicial, tal como se presenta al inicio de este segmento.

Por último, respecto a 2024, no es posible realizar un análisis respecto a la asignación del presupuesto dado que a julio aún no se ha definido el monto para la vigencia y las asignaciones parciales realizadas no han sido publicadas. Sin embargo, al analizar los montos presupuestados y girados desde la ADRES a junio de 2024, se evidencian las siguientes cifras: un presupuesto de \$1,3 billones para el régimen contributivo, de cuyo monto se han girado \$0,96 billones, y un presupuesto de \$0,53 billones para el régimen subsidiado, de los cuales se han girado \$0,42 billones. Esto evidencian que al mes de junio se habían ejecutado más del 70% de los recursos presupuestados, lo cual, aún sin conocer la cifra de asignación total, representa una alerta importante de insuficiencia de recursos para cubrir la totalidad del año.

En este contexto y teniendo en cuenta lo planteado anteriormente, acerca de la responsabilidad del Estado en la financiación del sistema de salud, desde la Implementación de los presupuestos máximos la sala Especial Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 reconoció las bondades que pudiera traer este mecanismo dentro del sistema de salud, lo cual se vería reflejado en un menor uso de los recobros, la mejoría en el flujo de los recursos y la posibilidad de reajustar estos valores, lo que a su vez podría representar un avance hacia la suficiencia. Sin embargo, en los diferentes autos de seguimiento, la

Corte ha identificado problemas que impiden obtener la suficiencia esperada, dando lugar a un déficit y provocando que las EPS asumieran una siniestralidad superior, soportando moras en el trámite y pago de los reajustes y padeciendo el surgimiento de una nueva cartera por presupuestos máximos. En consecuencia, la Sala verificó que no se contaba con techos suficientes para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías del plan de beneficios.

En cuanto a la fijación de los presupuestos máximos la Corte ha identificado problemas en la relacionados con la recolección y análisis de la información, que a su vez retrasan la adopción de la metodología para calcular los techos y establecer los montos del período, provocando que se establezcan montos parcializados y no anuales, como se había establecido desde que se implementó el mecanismo. En cuanto los reajustes de los techos se presentan en consecuencia de la insuficiencia de los presupuestos máximos, la Corte advierte que solo una metodología con información clara y oportuna ayudaría a obtener unos techos suficientes; la necesidad de realizar reajuste resalta una falla en el mecanismo de presupuestos máximos que requiere modificaciones estructurales con prontitud.

Por último, el retraso en los pagos se ha presentado desde la puesta en marcha del mecanismo. Por ejemplo, como se vio atrás, los reajustes de 2021 tan solo se aprobaron definitivamente hasta febrero de 2023, los reajustes de 2022 no se habían aprobado en el primer semestre de 2023, y los techos de julio, agosto y septiembre de 2023

no se habían calculado a octubre primero del 2023. El no pago de los dineros por este concepto ha amenazado la prestación efectiva de los servicios y tecnologías en salud PBS no UPC por parte de los prestadores, y a la fecha el Gobierno no ha acreditado que estos recursos sean suficientes a pesar de que las EPS siguen manifestando que no alcanzan para cumplir su cometido. Estos recursos tampoco se están entregando de manera anticipada como había sido establecido.

Es así como la Corte Constitucional ha impartido diversas órdenes (Auto 109 de 2021, Auto 996 de 2023 y Auto 2881 de 2023):

1. El Ministerio de Salud y Protección Social debe cancelar efectivamente los valores pendientes a los que ascienden los reajustes reconocidos para la vigencia de 2021.
2. La Corte dispondrá que el Ministerio de Salud y Protección Social presente un cronograma en el que establezca las acciones necesarias para reconocer y pagar los valores pendientes a los que ascienden los reajustes a los techos o presupuestos máximos de la vigencia 2022. Este plan de trabajo no podrá exceder el término de seis (6) meses para su culminación.
3. Profiera un cronograma que permita definir, dentro de los seis (6) meses siguientes a la terminación de la vigencia de 2023, la metodología de reajuste definitivo de los techos de dicha anualidad, y se fijen y cancelen los reajustes finales
4. El Ministerio de Salud y Protección Social debe crear una metodología unificada.

Luego de tres décadas, el sistema presenta avances importantes, algunos incumplimientos y puntos débiles. Entre los logros se destacan la cobertura y la protección financiera y también se aprecian mejoras en la salud de la población. Además, se han promulgado diversas normas con ajustes al sistema (leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011). Un momento crucial se dio con la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015). En cuanto a las debilidades y problemas, el acceso efectivo no se realiza de manera universal y equitativa, la gobernanza es débil y podrían hacerse mayores esfuerzos en acciones orientadas a la promoción de la salud y la prevención primaria.

3. Consideraciones sobre la propuesta de reforma del gobierno Petro

a. Gestión de riesgo, tipos de riesgo y fallas de gestión

La sostenibilidad financiera del sistema de salud no depende solamente del recaudo sino también del gasto. La forma como se convierten los recursos recaudados de las diferentes fuentes, principalmente impuestos generales e impuestos a la nómina, en servicios de salud, está determinada por la función de compra y la función de prestación. La función de compra es, en la práctica, un conjunto de modalidades para transferir recursos a los prestadores para que estos los conviertan en servicios de salud efectivamente prestados a los usuarios.

Conceptos básicos de la función de compra y de gestión de riesgo

Las modalidades para transferir recursos a los prestadores pueden ser retrospectivas o prospectivas. Las modalidades retrospectivas son aquellas que pagan al prestador de acuerdo a sus costos o a los servicios efectivamente prestados. Estas van desde los subsidios de oferta y el reembolso de costos hasta el pago por servicio o *fee-for-service* (mal llamado pago por evento). Los subsidios de oferta consisten en que el pagador calcula o reconoce los costos de operación del prestador y le transfiere los recursos necesarios para que este pague su nómina, proveedores y otros gastos, independientemente de cuántos servicios produzca o qué tan eficientemente los produce. El reembolso de costos, por su parte, consiste en pagar los servicios efectivamente prestados con base en los costos incurridos (fijos y variables) y no en precios de mercado. Y el pago por servicio reconoce una tarifa o precio de mercado por cada servicio prestado.

También se pueden transferir recursos al prestador mediante modalidades de pagos prospectivas, que consisten en que el pagador calcula y define un estimativo *ex ante* del costo esperado de un conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos, dispositivos e insumos que se requerirán para satisfacer las necesidades de atención de un grupo de pacientes durante un período de tiempo. Este es el monto que el pagador transfiere al prestador al inicio del período de tiempo, pero el costo

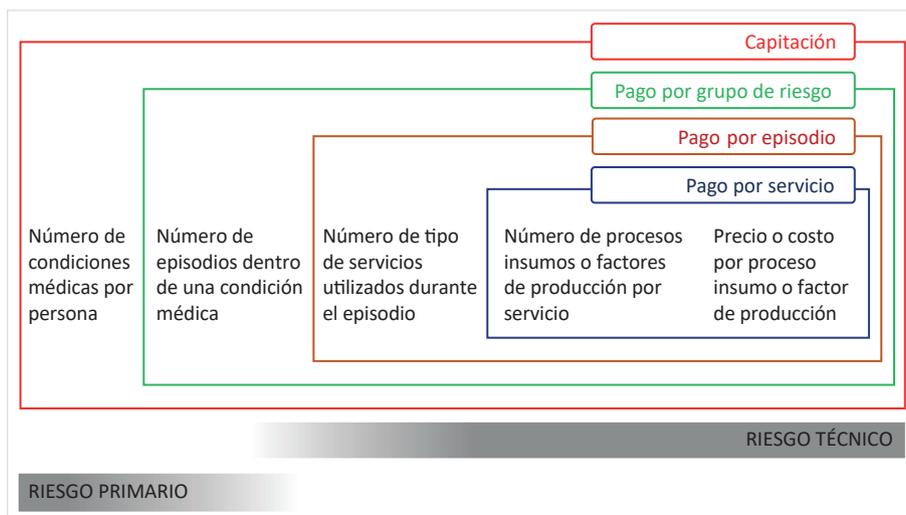
real (*ex post*) de la atención puede ser mayor o menor que el costo esperado. Esto es lo que le da a estos pagos su naturaleza prospectiva: si el costo real es mayor que el esperado, el prestador no podrá exigir pagos adicionales para cubrir sus pérdidas; pero si el costo real es inferior al esperado, el pagador tampoco podrá exigir al prestador la devolución de los excedentes que obtuvo.

Las modalidades de pagos retrospectivas y prospectivas se pueden entender mejor con base en los conceptos de la gráfica 3. Allí se muestra que el gasto en salud por persona al año es el producto de cinco factores multiplicativos (Miller, 2008).

1. Qué condiciones médicas, agudas o crónicas, presenta la persona.
2. Dentro de cada condición médica, cuántos episodios de atención presenta.
3. Dentro de cada episodio de atención, qué número y tipo de servicios se consumen.
4. Dentro de cada servicio consumido, qué insumos o factores de producción se utilizan.
5. El costo o precio de cada insumo o factor de producción.

Estos cinco factores permiten ilustrar los conceptos de riesgo primario y riesgo técnico (Castaño, López, Marín et al, 2019) así como los cuatro mecanismos de pago básicos. El riesgo primario (o riesgo de seguro) se divide en dos subtipos: 1) el riesgo primario de incidencia, el cual se entiende como la variación en la incidencia o en la prevalencia de las condiciones médicas, y 2) el riesgo primario de severidad no evitable, el cual se refiere a la variación en la severidad de las condiciones médicas al momento de ser detectadas.

El segundo tipo de riesgo es el riesgo técnico, también denominado riesgo de desempeño o *performance risk*. Este se divide en dos subtipos: 1) el riesgo técnico de utilización, y 2) el riesgo técnico de morbilidad potencialmente evitable. En general, el riesgo técnico es la variación en los costos de la atención en salud, una vez que ocurre una necesidad, bien sea una enfermedad crónica como la diabetes, una enfermedad aguda como la apendicitis), o un accidente. Es decir, el riesgo técnico se refiere a los costos de la atención individual cuyo objetivo



Gráfica 3. Modalidades de pago y riesgos en salud (factores multiplicativos)

Fuente: Adaptado de Miller HD (2008).

es recuperar y mantener la salud, prevenir complicaciones y secuelas, o paliar la enfermedad.

El riesgo técnico de utilización se refiere a la variación en las conductas médicas que lleva a una mayor o menor utilización de recursos durante el proceso de atención. Aunque es normal que haya variabilidad en las decisiones médicas, en algunos casos esta no se basa en la evidencia ni en la racionalidad técnico-científica y es necesario utilizar mecanismos de control para evitar estas variaciones no justificadas. Estos mecanismos son los controles previos, concurrentes y posteriores.

El riesgo técnico de morbilidad potencialmente evitable se refiere a las complicaciones (agudas o crónicas) de la enfermedad o de su tratamiento, cuyas probabilidades de aparición se pueden reducir con un abordaje lo más integral posible del paciente, su familia y su entorno, buscando el mayor control posible del mayor número posible de variables que influyen en el resultado en salud. Los modelos de atención integrales, centrados en la persona, son el instrumento por excelencia para lograr este nivel de control y para reducir la morbilidad potencialmente evitable.

La función de compra se ha equiparado con la función de gestión del riesgo. La gestión del riesgo en salud se enfoca en los dos tipos de riesgo, tanto el riesgo primario como el riesgo técnico. La gestión del riesgo primario de

incidencia incluye las acciones de promoción de la salud, tales como modificar los determinantes socioeconómicos de la salud; también incluye las acciones de prevención primaria, tales como promover estilos de vida saludables y hábitos saludables. Estos dos tipos de acciones buscan evitar la aparición de condiciones médicas. La gestión del riesgo primario de severidad busca detectar tempranamente las condiciones médicas, cuando resulta costo-efectivo hacer dicha detección temprana.

La gestión del riesgo técnico de utilización consiste en reducir la variabilidad en las conductas médicas a los límites razonables que permite la evidencia y la racionalidad técnico-científica, para lo cual, en el caso colombiano, las EPS establecen los mencionados controles previos, concurrentes y posteriores. Los controles previos son las autorizaciones y la adopción de criterios de pertinencia como guías de práctica clínica o protocolos, así como criterios de acceso a ciertas tecnologías o escenarios de atención. Los controles concurrentes son los que ocurren durante la prestación del servicio de salud, e incluyen las auditorías médicas de pertinencia con base en las guías de práctica clínica y criterios de acceso predefinidos para ciertas tecnologías o escenarios de atención, así como las juntas médicas y las autorizaciones de intervenciones durante el proceso de prestación. Y los controles posteriores analizan la pertinencia de las decisiones médicas para determinar si

se pagan o no los servicios que se prestaron.

Por su parte, la gestión del riesgo técnico de morbilidad potencialmente evitable consiste en gestionar las poblaciones con riesgos ya materializados (por ejemplo, con enfermedades crónicas, gestantes o cáncer) y los procesos de atención para evitar complicaciones agudas o crónicas de la enfermedad o de su tratamiento. Algunas EPS y algunos prestadores se han empeñado en desarrollar modelos de atención integrales para ciertos grupos de riesgo, tales como el VIH, enfermedad renal crónica, diabetes, hipertensión arterial, artritis reumatoide y algunos tipos de cáncer. Estos programas en sus mejores versiones se caracterizan porque hacen un abordaje integral del paciente desde su perspectiva bio-psico-social y no son simplemente una secuencia de citas médicas y entrega de medicamentos. Este abordaje integral es crítico para lograr mejores niveles de adherencia al tratamiento y al programa, y en últimas, lograr el objetivo más importante: mejores resultados en salud.

Los prestadores usualmente prestan sus servicios de manera fragmentada, de acuerdo a aquellos que tienen habilitados, y no desarrollan capacidades de coordinación con otros prestadores, o a lo largo de diferentes etapas de la enfermedad. Esto dificulta la función de gestión del riesgo, en particular del riesgo técnico, y por esta razón, la figura de las EPS se creó para realizar, entre otras, esta función de coordinación, de tal manera que la interacción entre varios prestadores arroje los mejores resultados para el paciente. Sin embargo, esta función no siempre la realizan las EPS de manera idónea y muchas veces termina generando barreras de acceso, justamente por problemas de coordinación que no se logran resolver. Adicionalmente, la función de compra en algunas EPS termina más enfocada en buscar bajos precios que en buscar prestadores de mejor calidad.

b. Consideraciones financieras sobre la reforma

En la propuesta de reforma al sistema de salud, que inició su trámite en el Congreso de la República el 13 de febrero de 2023 (Proyecto de Ley 339 de 2023), se destacan, entre otros, cuatro temas fundamentales, que inciden de manera fundamental en la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema:

- El énfasis en la atención preventiva, que representa sin duda un cambio conveniente para el país desde el punto de vista de la efectividad del sistema y de la búsqueda de una mejor calidad de vida para la población.
- El énfasis en una nueva estructura de la red de atención, articulada en torno a las Centros de Atención Primaria (CAP), que deberían, en la intención del gobierno, cambiar la forma de acceso de la población a los servicios de salud, mejorando la oportunidad y la calidad del servicio. Se ha hablado de cerca de 3.000 Centros, a los que será necesario destinar una inversión aproximada de 24,86 billones de pesos.
- El propósito de mejorar el acceso al sistema, especialmente en zonas rurales o urbanas periféricas, en las que la estructura hospitalaria y la disponibilidad de personal capacitado son deficientes.
- La eliminación de las funciones de compra y de gestión del riesgo y de intermediación de recursos de las EPS, lo que se ha relacionado con la eliminación misma de su papel en el sistema.

Los temas de prevención, atención primaria y acceso responden a problemas de un sistema que, como el actual, presenta importantes logros, pero que tiene todavía grandes oportunidades de mejora que la sociedad estaría seguramente dispuesta a apoyar, si se integran en un desarrollo ordenado y sostenible. En su implementación, los temas esenciales estarán relacionados consecuentemente con la sostenibilidad del sistema y la forma como puedan financiarse. El cuarto punto, en cambio, refleja una visión simplista del sistema que, de imperar, podría poner en riesgo su propia supervivencia, y que la sociedad debe discutir con cuidado, para evitar que, amparados en ese tipo de visiones, se implementen esquemas inadecuados de manejo del sistema, que conduzcan a volverlo insostenible.

En conjunto, un tema esencial en la reforma debe ser la sostenibilidad financiera. El sistema se encuentra sometido a inmensas presiones de costos, que exigirán destinar al menos 2,8 puntos adicionales del PIB, en el horizonte de los próximos veinte años. Los temas de eficiencia son particularmente complejos, porque, al tiempo que se dan grandes problemas de coordinación en la red de prestación de servicios, conviven en el sistema entidades muy eficientes con instituciones precarias, en las que el uso de los recursos está sometido a complejos problemas de decisión pública y al influjo de intereses

no alineados con los objetivos esenciales de salud en el sistema (Botero et al, 2021).

La visión que orienta la reforma recalca la necesidad de cambiar el énfasis de los mercados a un enfoque de derechos, asumiendo que la operación de mercados en el sistema es el resultado de la irrupción de intereses comerciales espurios en temas de salud. La salud no debe ser un negocio, se repite con insistencia, y los recursos del sistema, de naturaleza pública, no deben ir, en especial en la función de compra, a alimentar las finanzas de agentes privados, que buscan su beneficio y no el bienestar general.

Pero esta es una visión extremadamente simplista, que olvida la esencia del problema: el sistema de salud es un sistema complejo, en el que la clara asimetría de información entre los agentes dificulta enormemente la asignación eficiente de los recursos: los pacientes están en claras condiciones de inferioridad, en lo relativo al conocimiento de temas médicos, respecto a los profesionales que los atienden. Pero también hay algún grado de asimetría en la dirección inversa: el paciente conoce mejor sus propósitos cuando recurre al sistema, que el profesional que lo atiende. Las instituciones que prestan servicios tienen, por supuesto, objetivos económicos, incluso cuando son públicas, porque deben velar por su sostenibilidad. Y en general, hay también una variada incidencia de otros agentes en el sistema: farmacéuticas, por ejemplo, que buscan aprobación para sus productos, a menudo ligados a complejos procesos de inversión. En ese entorno, la gestión de riesgos en el sistema se vuelve el factor esencial de su desempeño: y esa gestión no se da de manera automática entre agentes bienintencionados que se esfuerzan por la gestión eficiente: se logra, en cambio, a través de la gestión empresarial, que cuenta con la experticia y la motivación adecuada para hacerlo.

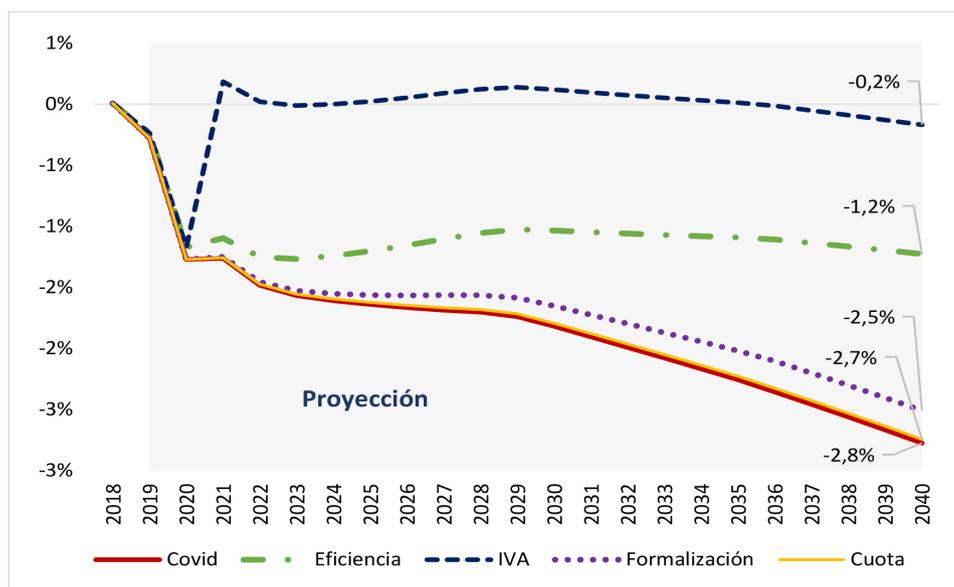
La forma por excelencia de gestionar la eficiencia es la gestión empresarial, que se incentiva a través de mecanismos de mercado: el costo de la gestión corresponde al costo de los recursos que se usan en esa gestión, y tiene dos componentes: el pago a factores variables, como los insumos empleados, el trabajo directo; y el pago a factores fijos, como el capital involucrado en la propia gestión y la estructura administrativa. Este último pago se define como utilidad, y una buena regulación los acota debidamente para evitar abusos de poder de mercado, que lleven a precios excesivos. En Colombia, la suma de gastos y de utilidad

se ha acotado en el 10% para el régimen contributivo y el 8% para el régimen subsidiado: la UPC que reciben las EPS debe permitir prestar con eficiencia los servicios que la población afiliada requiere, cubriendo los gastos de funcionamiento y las utilidades con un margen máximo del 10%, en el caso del régimen subsidiado.

Por supuesto, detrás de todo pago a un factor, bien sea el trabajo o el capital, hay siempre el afán del propietario del factor de obtener un pago adecuado por el uso. Ese afán puede denominarse “afán de lucro”, y es legítimo si su nivel corresponde a una asignación óptima de mercados, y no involucra el ejercicio del poder de mercado. Ese lucro está en la base de toda gestión humana en los mercados: estudiamos y acumulamos capital humano, para obtener lucro de ello; invertimos, para obtener lucro de la inversión. Si ese lucro está delimitado por mercados eficientes, o por una regulación oportuna y bien fundamentada (como, por ejemplo, la que impone límites a los gastos y las utilidades de las EPS), reflejará el verdadero costo social de los recursos involucrados en el servicio (en este caso, el servicio de gestionar el riesgo del sistema), y deberá ser sin duda inferior a los beneficios que resulten de la gestión eficiente del riesgo.

La visión tras la reforma parece omitir ese análisis, y asume que la rentabilidad de las EPS es una comisión indebida asociada a una intermediación financiera, según la cual reciben dineros públicos de la ADRES y los entrega a IPS públicas o privadas. No es así, sin embargo: lo que se paga es la gestión de riesgo, aquel esfuerzo sistemático y riguroso de gestión de la red de prestación de servicio, orientándola al único resultado legítimo del sistema de aseguramiento en salud: la salud de los pacientes.

Sin duda, hay que mejorar las formas de contratación para hacer más eficiente el resultado de la gestión; mejorar el acceso al sistema (lo que seguramente requerirá inversión en infraestructura de servicio y en formación de personal médico y paramédico, lo que se puede movilizar a través de un articulado sistema de Asociaciones Público Privadas, que garantice un nivel de rentas adecuados a los agentes que participen en él); y sofisticar el cálculo de la prima del sistema, incorporando una UPC específica para condiciones de salud. Pero si se abandona la gestión del riesgo, el sistema estará sometido a variadas presiones (algunas de ellas políticas, pero también, aquellas vinculadas a intereses espurios, que derivan finalmente en corrupción) y el



Gráfica 4. Proyección del déficit del sistema de aseguramiento social en salud.

Fuente: Botero et al (2021).

sistema se verá rápidamente desbordado por ellas, en un entorno ya de suyo complejo, porque la dinámica misma de un sistema como el colombiano, en el que impera el enfoque garantista de la Corte Constitucional sobre el derecho a la salud, generará presiones por cuatro razones fundamentales, legítimas todas ellas:

- Envejecimiento de la población, combinado con mayor esperanza de vida.
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas
- Demanda creciente de servicios
- Inclusión de nuevas tecnologías de alto costo, en un sector caracterizados por el continuo desarrollo tecnológico e innovativo.

A esas presiones se suma la igualación de los planes de beneficios regímenes contributivo y subsidiado, ya alcanzada en el país conforme a los propósitos de la Ley 100 y la necesidad de mejorar el acceso, especialmente en zonas remotas.

Botero et al (2021) estiman que esas tendencias generarán un déficit del sistema del orden de 2,8 puntos del PIB, como lo ilustra la gráfica 4, que muestra además el papel primordial que podrá cumplir la mejora en eficiencia, a partir de la situación de ineficiencia que puede mejorarse

a través de una gestión adecuada de riesgo, apoyada en una profunda transformación de los esquemas de contratación, en los que se incluyan incentivos adecuados para el logro de los objetivos básicos.

Sin duda, la reforma contiene propósitos fundamentales, que deben enfatizarse: la prevención y la atención temprana; los territorios de salud, para la caracterización adecuada de las condiciones de riesgo de las personas; y el fortalecimiento de un sistema de información único e interoperable, que facilite la gestión de salud. Pero sin una gestión profesional y eficiente del riesgo, por parte de instituciones empresariales preparadas para ello, los resultados podrían ser adversos, llevando al colapso del sistema, como se analiza en el capítulo 5 de este informe.

c. ¿Por qué la propuesta del gobierno empeoraría la situación financiera?

Frente a los problemas mencionados, el proyecto de Ley 339 elimina las EPS bajo el supuesto que son intermediarios que no agregan valor. El gobierno asume que al eliminarlas se acabarán las barreras de acceso a los servicios de salud y por fin se cumplirá con la obligación del Estado de garantizar el goce efectivo del derecho a la

salud. Sin embargo, esto no será cierto por tres razones: 1) al eliminar las EPS se eliminan los controles previos y concurrentes, que son críticos para controlar el riesgo técnico de utilización, y los controles posteriores quedan sumamente debilitados. 2) Las Gestoras de Salud y Vida operarán bajo una restricción presupuestal blanda lo que debilita su incentivo a ejercer controles posteriores de manera estricta. Y, 3) los programas especializados quedan atomizados por la lógica del pago por servicio y del pago por episodio, efecto que se empeora por la lógica territorial del modelo propuesto. A continuación, se analizará cada una de estas razones.

En cuanto a la primera razón, los controles previos supuestamente serán reemplazados por la autorregulación profesional, la cual no será efectiva porque esto requiere desarrollos en el sector prestador que tomarán mucho tiempo: 1) cambiar la forma de relacionamiento entre IPS y médico, de una basada en minimizar el riesgo de una demanda laboral, a una basada en los principios y valores de la profesión médica; 2) desarrollar una cultura de rendición de cuentas entre pares, que es más difícil allí donde no hay pares o hay muy pocos pares; y 3) adoptar modelos de ajuste de riesgo para controlar por diferencias entre médicos en intensidad de uso de recursos, que se puedan explicar por sesgos de selección.

La ausencia de controles previos y concurrentes hará que se aumente la frecuencia de prestación de servicios, lo cual no necesariamente equivale a una inducción de demanda fraudulenta o malintencionada. Es claro que las decisiones médicas están rodeadas de incertidumbre, puesto que con mucha frecuencia la evidencia científica no es lo suficientemente sólida para garantizar un resultado estandarizando un proceso de atención (Bohmer, 2021), como ocurre, por ejemplo, en la aviación. Aunque la medicina de precisión ciertamente ha contribuido a reducir la incertidumbre en algunas decisiones médicas aún no ha llegado hasta el nivel necesario para eliminarla (Prasad, Fojo y Brada, 2016).

Esto implica que el médico exhibe una propensión a utilizar más recursos para reducir la incertidumbre, y esa propensión lo lleva, aun buscando el mejor beneficio para el paciente, a unos niveles de utilización en los que el beneficio marginal es inferior al costo marginal. Incluso puede llevarlo, de manera bien intencionada, a causar daño, es decir, un beneficio marginal negativo. Por esta razón los controles previos y concurrentes son necesarios,

y dado que los prestadores (salvo pocas excepciones) no tienen la capacidad para ejercerlos, se necesita de un tercero que haga ese control. Cuando los prestadores desarrollan estas capacidades, como lo muestran experiencias en Colombia de programas integrales por grupo de riesgo, la EPS va trasladando progresivamente la gestión del riesgo técnico a la IPS. Pero hoy en día estos programas son más la excepción que la norma, y pretender que el resto de prestadores del país van a entrar en esa lógica por el mero hecho de que lo ordene una ley, es un error de cálculo que llevará a un incremento substancial en el gasto agregado en salud.

En cuanto a la segunda razón, las Gestoras de Salud y Vida operarán bajo una restricción presupuestal blanda porque no recibirán la UPC, como hoy la reciben las EPS, sino una comisión del 5% por realizar estos controles posteriores y unas funciones administrativas más. Más aún, los incentivos del 3% adicional que están previstos no serán suficientes para incentivar a las Gestoras de Salud y Vida ni a las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud para ejercer con rigor los controles concurrentes y posteriores.

En cuanto a la tercera razón, la atomización de los programas especializados, otro elemento crucial en el diseño del sistema de salud que propone el proyecto de Ley 339 es que en la mediana y alta complejidad los prestadores facturarán directamente a la Adres, sin mediar contratos. Aunque el gobierno muestra esto como una gran ventaja porque se le pagará directamente al que presta el servicio, esto representa un enorme riesgo para la sostenibilidad financiera del sistema, por dos razones: 1) al no haber contratos no se pueden establecer los controles previos y concurrentes mencionados anteriormente. Y 2) cada prestador facturará directamente a la Adres, lo que implica que solo se podrán utilizar dos modalidades de contratación: pago por servicio y pago por episodio.

Estas dos modalidades son incompatibles con la gestión integral e idónea de enfermedades crónicas, las cuales representan entre dos terceras y tres cuartas partes del gasto total en salud. Como se mencionó anteriormente, la gestión de estas enfermedades requiere programas especializados integrales, y su mayor fuente de agregación de valor es la prevención de complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad y del tratamiento. Los pagos prospectivos por grupo de riesgo incentivan el abordaje integral de estos pacientes, mientras que el pago servicio

y el pago por episodio desestimulan este abordaje integral, lo que incrementará el riesgo técnico de morbilidad potencialmente evitable, y el riesgo técnico de utilización.

Por último, los programas de gestión integral de grupos de riesgo también van a quedar fragmentados por la lógica territorial, que es un elemento esencial del modelo propuesto por el proyecto de Ley 339. En este modelo los recursos se asignan a cada territorio geográfico, para satisfacer las necesidades de salud de las personas que viven en dicho territorio. Con esta lógica, las personas se asignan a un CAPS para lo concerniente a sus necesidades de atención primaria y atención de baja complejidad, y estos CAPS hacen parte de una Red Integrada e Integral de Servicios de Salud que también está configurada para servir a un territorio geográfico.

Esto implica que las poblaciones con grupos de riesgo específicos quedarán separadas por territorios geográficos. En el caso de grupos de riesgo con patologías de baja prevalencia, tales como VIH o enfermedad renal crónica, el bajo número de casos que haya en un territorio dado impedirá que se avance sobre la curva de aprendizaje en la gestión de estos grupos de personas. Los programas especializados que existen hoy en día han logrado importantes avances en sus respectivas curvas de aprendizaje, que permiten lograr niveles de adherencia al programa y a la terapia farmacológica muy altos, y esto a su vez permite lograr mejores resultados en salud para estas poblaciones. Atomizar estos programas bajo la lógica territorial implicará retroceder en estos logros y llevará a un deterioro de los resultados en salud para los pacientes.

4. Conclusiones

El sistema de salud colombiano ha alcanzado logros importantes, destacándose a nivel internacional por altos niveles de cobertura y protección financiera, lo cual ha estado acompañado de mejoras en indicadores de salud. A pesar de los avances, el sistema tiene importantes oportunidades de mejora, especialmente en lo relativo a la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de la atención primaria; en el acceso efectivo para toda la población, en especial en zonas marginales y en regiones apartadas; en temas de eficiencia en el uso de los recursos, por la falta de incentivos adecuados para que las atenciones y los servicios estén decididamente orientados a producir resultados de salud, y en la efectividad de muchos de los servicios que se prestan.

La reforma que se ha venido planteando desde 2022 por parte del gobierno nacional podría debilitar varios aspectos del sistema en lugar de contribuir a su mejoramiento. Es así que ante el cambio estructural propuesto se generarían mayores problemas, afectando la sostenibilidad del sistema en un momento histórico en el que éste está claramente desfinanciado por efecto de la sistemática subvaloración de la UPC y los faltantes de caja en el giro correspondiente a presupuestos máximos.

El debilitamiento financiero del sistema ha sido notorio en los últimos dos años:

- La situación financiera del sistema de salud se ha tornado bastante crítica desde 2022. A las dificultades y problemas acumulados de años previos, se ha sumado un notorio desbalance entre las necesidades de recursos y la financiación a cargo de la ADRES. La UPC se ha quedado corta en 7,1 billones de pesos entre 2022 y 2023, y debería reajustarse en 7,1%, para evitar que se generen déficits adicionales.
- En cuanto a los presupuestos máximos, el valor faltante en la caja entre lo pendiente de los años 2022 y 2023 fue alrededor de \$2 billones de pesos, donde es importante resaltar que aproximadamente el 40% de este gasto corresponde a medicamentos con uso para una enfermedad huérfana. Lo anterior, aunado al hecho de que los reconocimientos anuales están tardando más de un año, genera problemas, no sólo de afectación de caja, sino también de reconocimiento contable, impidiendo la contabilización de ingresos futuros que contrarresten cuentas por pagar o pérdidas patrimoniales.
- Ante esta situación, y teniendo claro que el gobierno es el responsable de asegurar la financiación del sistema, urge el reconocimiento de los recursos necesarios para garantizar la operación del sistema, y con ello, el goce del derecho a la salud, máxime cuando existen normas y directrices impartidas por la Superintendencia

Nacional de Salud que claramente establecen la imposibilidad de usar los recursos de UPC para los servicios y tecnologías cubiertos a través de los presupuestos máximos, y viceversa. Es importante mantener presente lo que establece la Ley Estatutaria de Salud en el artículo 5 numeral i), en cuanto a la obligación del Estado de *financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades de salud de la población.*

En cuanto a la reforma, tal como quedó planteada en su trámite en la Cámara de Representantes, y en cuyo contenido esencial parece insistir el gobierno, ella no resuelve las dificultades financieras, al menos por tres razones fundamentales:

- Al eliminar las EPS o transformarlas con la remoción de la función de gestión de riesgos, se eliminan los controles previos y concurrentes, que son críticos para controlar el riesgo técnico de utilización, y los controles posteriores quedan sumamente debilitados.
- Las Gestoras de Salud y Vida operarían bajo una restricción presupuestal blanda, lo que debilita su incentivo a ejercer controles posteriores de manera estricta.
- Los programas especializados quedan atomizados por la lógica del pago por servicio y del pago por episodio, efecto que se empeora por la lógica territorial del modelo propuesto.

Así pues, el país está sujeto no sólo a las inmensas presiones que se derivan del envejecimiento de la población, del aumento consistente y permanente de la demanda de servicios y de las necesidades de mejoras en el acceso y la calidad de los servicios de salud, sino que también, en la medida en que se apruebe una reforma como la propuesta por el gobierno, deberá enfrentar el aumento de la demanda que se genera por la laxitud en la gestión del riesgo y la atomización de los servicios en los programas especializados. Un panorama sombrío, sin duda, que llevaría a racionamientos en la prestación del servicio, con particular afectación para quienes no disponen de recursos para contratar planes alternativos de aseguramiento de la salud. Un golpe bajo, sin duda, a las pretensiones de justicia social que rigen la política pública actual en el país.

Una reforma al sistema de salud debería ser el resultado de un proceso de discusión, en el que se cuenta con la voz

de los actores y se considere la opinión de expertos y de la academia. Ella debería contemplar, entre otros aspectos principales, los siguientes (Restrepo et al 2023):

- i. **Gobernanza**, ante lo cual parece apropiado la creación de una instancia nacional, como un consejo o comisión de salud, con participación los distintos actores. Además, es necesario establecer espacios formales de coordinación entre los distintos niveles de gobierno y fortalecer las entidades territoriales (Restrepo y Zapata, 2021).
- ii. **Salud pública**, en el marco de la búsqueda de una mejor gobernanza, este debe ser un capítulo principal para orientar una reforma seria, teniendo en cuenta la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como base del sistema y parte de la rectoría a cargo del ministerio y de las direcciones territoriales, lo cual significa revisar la composición del plan de beneficios en salud, en cuanto a las atenciones asociadas al riesgo individual y otras vinculadas con el interés en la salud pública; de tal modo, es importante propiciar un mayor protagonismo de los territorios.
- iii. **Financiamiento**: mantener y hacer progresiva la cotización individual (4 % como piso y aumento según ingresos); considerar que el monto recaudado por impuestos saludables sea exclusivamente para salud, regular y aumentar el copago en servicios no financiados por la UPC, establecer la UPC ajustada por riesgo, reasignación de recursos de la UPC, con una parte con destino a la prevención en salud y un nuevo cálculo para la atención individual y el alto costo.
- iv. **Depuración del aseguramiento**. Es necesario reducir el número de aseguradoras y procurar que cada una cuente con grandes números de afiliados en los territorios como condición para garantizar accesibilidad. Además, es importante resolver el rol que a futuro sigan jugando las aseguradoras (EPS), si se mantienen con las mismas funciones o se genera una nueva distribución en la que tengan mayor protagonismo la ADRES y los territorios, y además se generalice el giro directo de la ADRES a las IPS.
- v. **Talento humano en salud**: como parte de una reforma al sistema de salud o mediante una ley especial, es necesario regular las condiciones de contratación coherente con los propósitos del trabajo decente. Además, es necesario emprender campañas por el respeto y el trato digno para el personal de salud.

vi. **Prestación de servicios:** considerar la contratación de servicios por redes, y no por prestadores individuales, redes con una mayor articulación público-privada, articular los todos los niveles de atención mediante un pago por desempeño, regular la oferta pública

y privada en servicios con excesos de capacidad instalada, las inversiones del sector público deben priorizar la baja complejidad y las áreas rurales, y fortalecer la Atención Primaria Renovada y robustecer equipos con nutricionistas y odontólogos.

Referencias bibliográficas

- Acemi. Comité Financier0 2024. Bogotá D.C.
- Agudelo, C. A., Cardona, J., Ortega, J., & Robledo, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>.
- Banco de la República (2023). Encuesta mensual de expectativas económicas. Agosto 2023.
- Banco Mundial. (1993). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: invertir en salud. Washington, D.C.
- Banco Mundial. (2023). Tasa de mortalidad infantil y esperanza de vida desde 1990. Recuperado de la base de datos del Banco Mundial :<https://datos.bancomundial.org/>
- Bohmer R (2021) Managing care. How clinicians can lead change and transform health care. Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Botero, J., Medina, A., Arellano, M., & Echeverri, F. (2021). Evaluación del Sistema de Salud Colombiano: Una revisión en el Marco de la Ley Estatutaria en Salud de 2015. Anif, EAFIT.
- Brun, M. Acosta, A., Barón, G. y Restrepo, J.H. (2023). Los retos financieros del Sistema de Seguridad Social en Salud. Documento de Política, Así Vamos en Salud. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1MonlD4jshIVh1QuivaFAZf__7-VVwzi7/view?pli=1.
- Castaño RA, López A, Marín F, et al (2019). Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía. Documentos PROESA. # 22.
- Corte Constitucional. (2008). Sentencia T-670 de 2008. Corte Constitucional de Colombia. Disponible en: [Sentencia T760-08.pdf](https://www.corteconstitucional.gov.co/Sentencias/2008/T670-08.pdf) ([corteconstitucional.gov.co](https://www.corteconstitucional.gov.co))
- Espinosa, Oscar; Rodríguez, Jhonathan; Urdinola, B. P.; Do Nascimento Silva, Pedro L.; Sánchez, Alejandra; Arias, Martha-Liliana; Valdez, Emiliano A.; Cheng, Terence; Fisher, Sara-Ellison (2023). Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial-actuarial approach. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, Oct 04;21(1):73. Disponible en: <https://dspace.mit.edu/handle/1721.1/152401>.
- Garay, L. J. (2002). Estrategias, dilemas y desafíos en la transición al Estado Social de Derecho en Colombia. En L. J. Garay (Ed.), *Colombia: entre la exclusión y el desarrollo* (pp. xiii-lxxxix). Contraloría General de la República.
- GES, Grupo de Economía de la Salud. (2013). Aspectos económicos de la reforma a la salud. Observatorio de la Seguridad Social, No. 26, junio. Disponible en: <https://gesudea.co/boletines-oss-2/>
- (2022). Evolución del plan de beneficios en salud en Colombia. Observador del GES, No. 18, marzo-abril. Disponible en: <https://gesudea.co/evolucion-del-plan-de-beneficios-en-salud-en-colombia/>.
- Guerrero, J. E., Hernández, D. M., Martínez, E., Hernández, D., & Restrepo, J. H. (2022). Bienes comunes, acciones colectivas y el derecho fundamental a la salud. *Memorias XII Congreso Internacional de Salud Pública: Salud Global. Sindemias y retos de la Salud Pública*. Universidad de Antioquia. <https://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cms/13cisp/wp-content/uploads/2023/03/Congresov08.pdf>.
- Jaimes, M. C. (2021). Panorama de la salud en Colombia: el impasse de la Ley 100 de 1993 y su último intento de reforma (Proyecto de Ley 010 de 2020). Universidad de los Andes. <https://una.uniandes.edu.co/blog/227-panorama-de-la-salud-en-colombia-el-impasse-de-la-ley-100-de-1993-y-su-ultimo-intento-de-reforma-proyecto-de-ley-010-de-2020>
- Jiménez, W. G., et al. (2016). Ley estatutaria: ¿avance hacia la garantía del derecho fundamental a la salud? *Revista Colombiana de Cirugía*, 31(2), 81-90. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S2011-75822016000200002&script=sci_arttext
- Miller HD (2008). From volume to value: Transforming health care payment and delivery systems to improve quality and reduce costs. Disponible en <https://search.issueelab.org/resource/from-volume-to-value-transforming-health-care-payment-and-delivery-systems-to-improve-quality-and-reduce-costs.html>
- Maldonado, N., Martínez, A. F., Restrepo, J. H., & Prada, S. (2023). Gasto de bolsillo en salud. MESA 2022: El Origen. Universidad Icesi y PROESA, pp. 29-43. <https://doi.org/10.18046/EUI/ee.4.2023>.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2023). Informe al Congreso 2022-2023: Sector salud y protección social. Bogotá. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/informe-congreso-sector-salud-ago-2023.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2023). Cartilla pedagógica. Reforma estructural al sistema de salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/cartilla-reforma-estructural-salud-msp-2023.pdf>.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el plan de beneficios en salud, años 2019, 2020, 2021, 2022, 2023.
- Numeris. (2020). Propuesta de metodología de cálculo de la UPC para el año 2021. Régimen contributivo de salud. Versión 1.1. Documento de trabajo.
- ONU, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas. (2000). Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra, 12 de mayo de 2000.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019). Número total de muertes en tres grupos de carga mundial de enfermedad, por año, sexo y subregión, Región de las Américas, 2000–2019. <https://hia.paho.org/es/visualizaciones>
- Prasad V, Fojo T, Brada M (2016). Precision oncology: origins, optimism, and potential. *Lancet*.17;2:E81-E86.
- Rawlins, M. D. (2011). Commentary: The death of clinical freedom. *International Journal of Epidemiology*, 40(4), 848–849.
- Restrepo, J. H. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿Qué queda de la Ley 100 de 1993? *Revista de Salud Pública*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n2.103013>
- Restrepo, J. H., Silva, C., Andrade, F., & Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 242–265. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Restrepo, J. H., & Zapata, O. L. (2022). La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 83, 241–272. Disponible en: <https://clad.org/wp-content/uploads/2023/11/083-08-RZ.pdf>
- Restrepo, J.H., Agudelo, C., Peñaloza, E., García, J. C., Arias, N. y Bernal, O. (2023). ¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita? Resumen del seminario permanente 2022. *Apuntes de Gestión y Políticas Públicas*, núm. 11, Escuela de Gobierno, Universidad de los Andes. https://gesudea.co/wp-content/uploads/2023/02/La-reforma-en-salud-que-Colombia-necesita_Resumen.pdf
- Rojas, M. L., Fernández, J. A., & Ramos, A. M. (2022). Análisis de la reforma al sistema de salud colombiano del año 2023. Fundación Instituto para el Desarrollo de Antioquia.

Observación Estadística

La UPC en 2024: valores por grupo de edad y sexo

Lina Patricia Casas y Jairo Humberto Restrepo

En el sistema de salud colombiano, la unidad de pago por capitación (UPC) corresponde al valor anual reconocido a las empresas promotoras de salud (EPS) para asumir los costos de atención en salud de la población a su cargo, población afiliada al sistema, según el contenido del plan de beneficios en salud (PBS). Los servicios o tecnologías que no estén financiados con la UPC deberán ser cubiertos con cargo a recursos adicionales, los denominados presupuestos máximos.

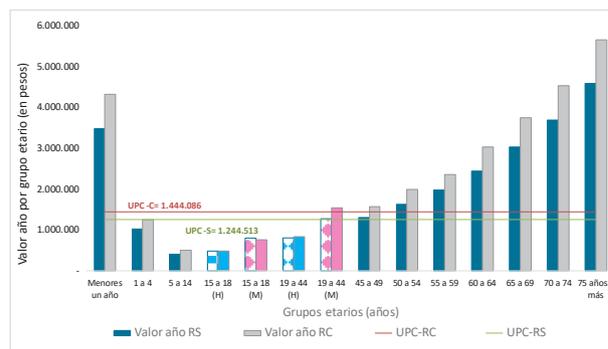
Esta forma de operar el sistema, basado en el aseguramiento individual, resulta similar a lo que sucede en países como Alemania, Holanda, Israel y Uruguay, en donde también se combinan recursos provenientes de las cotizaciones y de impuestos generales, se conforma un fondo único nacional y se asignan los recursos a los aseguradores o redes de servicios (caso Uruguay) mediante un esquema de prima de seguro. Esta prima debe resultar de un cálculo sobre la expectativa de gasto en salud, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, la frecuencia de uso de servicios y los costos o tarifas de estos. En suma, se trata de anticipar el comportamiento de la demanda por servicios de salud.

A propósito de la demanda, en lo que respecta a los servicios de salud, esta presenta diferencias teniendo en cuenta especialmente la edad y el sexo. En cuanto a la edad, la demanda y el gasto en servicios de salud se comporta como una U, de manera que en los primeros años de vida, muy especialmente durante el primer año, el gasto es alto debido a las atenciones que requieren los neonatos y al estado de salud en los primeros meses, en muchos casos con hospitalizaciones prolongadas, y desciende hasta un gasto mínimo para edades entre los 15 y los 18 años, pero a partir de este grupo de edad el gasto se vuelve creciente para atender enfermedades crónicas y todos los eventos agudos que se presentan en población mayor.

En cuanto al sexo, sin dejar de lado diferencias que puedan existir por razones biológicas o genéticas, así como aspectos culturales que hacen más demandante de servicios a mujeres u hombres, es un hecho que durante la

etapa productiva será más alto el gasto entre las mujeres para la atención prenatal, del parto y el puerperio.

En Colombia se reconoce esta estructura del gasto y es así como se define un monto anual para la UPC, el cual se complementa con unos ponderadores para cada grupo de edad. En la gráfica puede apreciarse el valor de la UPC para cada uno de los regímenes, y las barras representan el valor reconocido para cada grupo de edad; para los menores de un año y los mayores de 45 años, el valor anual será superior a la UPC promedio, y para las edades 1 y 44 años será inferior. Además, se nota la diferencia en los valores para mujeres (M) y hombres (H) en las edades de 15 hasta 44 años. Es importante tener en cuenta que sobre estos valores se reconocen montos adicionales para reconocer mayores costos de atención; por ejemplo, para la población urbana debido a la mayor incidencia de enfermedades crónicas, o para la población dispersa en atención a mayores costos para garantizar la oferta de servicios en esos territorios, y para la población de la Nueva EPS, en donde predomina población mayor.



Gráfica. UPC del sistema de salud colombiano en 2024 (\$ por grupo de edad y régimen)

Fuente: Resolución 2364 de 2023, Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota: Valores anuales reconocidos a las EPS por cada afiliado, según sexo y grupo etario. Las líneas horizontales corresponden a la UPC promedio del régimen contributivo (UPC-RC) y del régimen subsidiado (UPC-RS) definidas por el gobierno. No se tienen en cuenta valores adicionales por la ubicación geográfica o a población de la Nueva EPS.

Actualidades del GES

Proyectos de investigación:

“Capacidades del sistema de salud en los territorios: estudios de caso en el departamento de Antioquia”. Este proyecto se formuló en asocio con la Escuela de Gobierno de la Universidad de los Andes y fue aprobado en convocatoria de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia.

Publicaciones recientes:

Arias, N. y Restrepo Zea, J H (2023). Desafíos de la gobernanza del sistema de salud y lecciones del covid-19 para Colombia. Revista de Salud Pública, 25(5), 1–8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n5.111796>.

Restrepo, JH (2024). ¿Viene un colapso del sistema de salud? Razón Pública, febrero 25. <https://razonpublica.com/viene-colapso-del-sistema-salud/>

Semana de la seguridad social:

Seminario permanente:

Hacia dónde puede ir la reforma a la salud

Entre el 20 de marzo y el 29 de mayo se realizaron cuatro sesiones de este seminario, una iniciativa de la que hace parte el GES, en alianza con otros profesores de la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de los Andes y la Pontificia Universidad Javeriana. El GES estuvo a cargo de la tercera sesión, con la pregunta ¿Hacia dónde puede ir la financiación en salud en Colombia? Disponible en el canal de YouTube: https://www.youtube.com/watch?v=sMfncl_tvAM&t=14s.

Semana de la seguridad social:

En la semana del 22 al 27 de abril, en asocio con Bienestar Universitario, el GES desarrolló varias actividades enfocadas en el sistema de seguridad social. Se contó con el seminario “El futuro de la seguridad social en Colombia”, con los desafíos y perspectivas de reforma. También se llevó a cabo un conversatorio en el que se exploró cómo los jóvenes pueden participar activamente en la transformación y el fortalecimiento del sistema de seguridad social. También se realizaron talleres y charlas sobre salud mental, manejo del dolor físico, derechos en salud, y estrategias para reducir riesgos psicosociales.

Educación permanente:

En el primer semestre de 2024 se desarrolló la versión No. 13 del Diplomado virtual Evaluación Económica en Salud. En esta oportunidad participaron 19 profesionales de Colombia (16) y México (3).

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

John Jairo Arboleda Céspedes

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Jair Albeiro Osorio Agudelo

Jefe, Departamento de Economía

Ramón Javier Mesa Callejas

Director, Centro de Investigaciones y

Consultorías:

Mauricio López González

Profesores en el GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea (coordinador)

Sara Catalina Atehortúa Becerra

Carlos Felipe Gaviria Garcés

Daysi Sanmartín Durango

Paula Andrea Castro García

Profesionales y estudiantes de maestría:

Carolina Moreno López

Natalia Arias Monsalve

Lesny Dahiana Palacios Romaña

Sebastián Londoño Dávila

Jóvenes investigadores y estudiantes en formación:

David Andrés Salgado Sánchez

Diana Zapata Torres

María Alejandra Ochoa Arboleda

Practicante de comunicaciones:

Juanita Uribe Ramírez

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo Zea

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

E-mail: grupoges@udea.edu.co

Sitio web: www.udea.edu.co/ges; www.gesudea.co

Las ideas y opiniones aquí expresadas sólo comprometen al GES o a sus autores cuando sean artículos firmados.

Para el desarrollo de este número del Observatorio se contó con recursos del convenio de cooperación entre Sura y la Universidad de Antioquia (Facultad de Ciencias Económicas) con el objeto de aunar esfuerzos para fortalecer el Observatorio de la Seguridad Social del GES, 2020-2024.