

# La unidad de pago por capitación del Sistema de Seguridad Social en Salud, 1996-2006

■ Jairo Humberto Restrepo Zea  
Economista y magíster en Políticas Públicas.

■ Aurelio E. Mejía Mejía  
Pasantía en investigación en el Grupo de Economía de la Salud, programa Jóvenes Investigadores, Universidad de Antioquia.

**Palabras clave**

*Formas de contratación, políticas de salud.*



La unidad de pago por capitación (UPC) corresponde a la prima del seguro en el sistema de seguridad social en salud de Colombia. El análisis de su comportamiento y proyección hacia el futuro es de suma importancia, puesto que de él dependen en gran medida aspectos como la capacidad del sistema de lograr sus objetivos en términos del estado de salud de la población colombiana, el acceso a los servicios y su sostenibilidad financiera; además, a nivel micro, la UPC es una variable sobre la que se toman decisiones por parte de los administradores de los regímenes contributivo y subsidiado, lo cual incide en la situación de los prestadores de servicios y la calidad de éstos para el usuario.

El presente artículo constituye un aporte para la comprensión de la dinámica que ha tenido la UPC desde su implantación en 1995 y para precisar los puntos críticos que marcan su desempeño en el futuro. El artículo se organiza en tres partes: en la primera se hace una breve referencia al funcionamiento de la UPC y su lógica dentro del sistema de seguridad social en salud; en la segunda se analiza el comportamiento de la UPC en cada uno de los dos regímenes del sistema, con una aproximación a su comportamiento real durante el período 1996-2006; finalmente, en la tercera parte se presentan las conclusiones más relevantes.

## La UPC en el sistema de seguridad social en salud

Un seguro de salud busca solucionar un problema característico del mercado de salud, el cual se desprende de la incertidumbre asociada a la enfermedad. Se trata de las pérdidas financieras que ocasionan las enfermedades, tanto por la merma de ingresos para el individuo que las padece, al no poder trabajar, como por los gastos para la atención que en muchos casos pueden llevar a la ruina. Además, sin la existencia del seguro, no hay incentivos para el establecimiento de una oferta adecuada, al no existir claridad sobre los pagos para sostener dicha oferta; en otras palabras, no hay quién pague por los servicios más costosos.

El seguro de salud se crea para ofrecer a sus afiliados alguna compensación por incapacidad y una cobertura de servicios, al tiempo que se da un incentivo a los prestadores para ofrecer los servicios,

TABLA 1  
UPC, CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, 2006

1. UPC ajustada por riesgo (anual)	Régimen contributivo		Régimen subsidiado	
	Valor	Ponderación	Valor	Ponderación
UPC ponderada	386.881		215.712	
Menores de 1 año	955.597	2,47	215.712	1
De 1 a 4 años	495.208	1,28	215.712	1
De 5 a 14 años	263.079	0,68	215.712	1
De 15 a 44 años (hombres)	232.129	0,60	215.712	1
De 15 a 44 años (mujeres)	479.733	1,24	215.712	1
De 45 a 59 años	313.374	0,81	215.712	1
Mayores de 60 años	882.089	2,28	215.712	1
<b>2. Cuotas moderadoras</b>				
Nivel 1	1.600		0,00	
Nivel 2	6.300		0,00	
Nivel 3	16.600		0,00	
<b>3. Copagos (*)</b>				
	Valor límite por evento	Valor máximo	Valor límite por evento	Valor máximo
Nivel 1	117.100 (11,5%)	234.600	No aplica	No aplica
Nivel 2	469.200 (17,3%)	938.400	10.2000 (5%)	204.000
Nivel 3	938.400 (23%)	1'876.800	204.000 (10%)	408.000

Fuente: informes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS).

Nota: En el régimen contributivo, el nivel 1 corresponde a ingresos inferiores a dos salarios mínimos mensuales; el nivel 2, entre dos y cinco salarios mínimos, y el nivel 3, a más de cinco. En el régimen subsidiado, corresponden a indigencia, Sisben 1 y Sisben 2, respectivamente. Los valores de la UPC tienen un recargo del 20% para los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, La Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá. Se exceptúan de este incremento las ciudades de Arauca, Florencia, Riohacha, Sincelejo, Villavicencio, Yopal y sus respectivas áreas de influencia, en las cuales se aplicará la UPC del resto del país.

(\*) El valor límite corresponde al máximo cobro por un mismo evento. Entre paréntesis el porcentaje del costo a cargo del beneficiario. El valor máximo es el monto por año calendario permitido por concepto de copagos.

en tanto el seguro paga. Para esto, los ingresos de las compañías aseguradoras están constituidos por la prima o precio del seguro, el cual consiste en un monto de dinero que se corresponde con una cobertura de riesgos, de modo que al sumar las primas de todos los afiliados, esta cantidad sea suficiente para garantizar la atención de quienes se enferman en un período determinado.

### La UPC en el régimen contributivo

En el régimen contributivo, la prima es la UPC monto percibido anualmente por las empresas promotoras de salud EPS como un valor fijo por cada afiliado-, con un ajuste según edad, sexo y ubicación geográfica (véase Tabla 1), el cual es complementado con las cuotas moderadoras de parte de los cotizantes y beneficiarios -para recibir servicios ambulatorios como consultas

TABLA 2

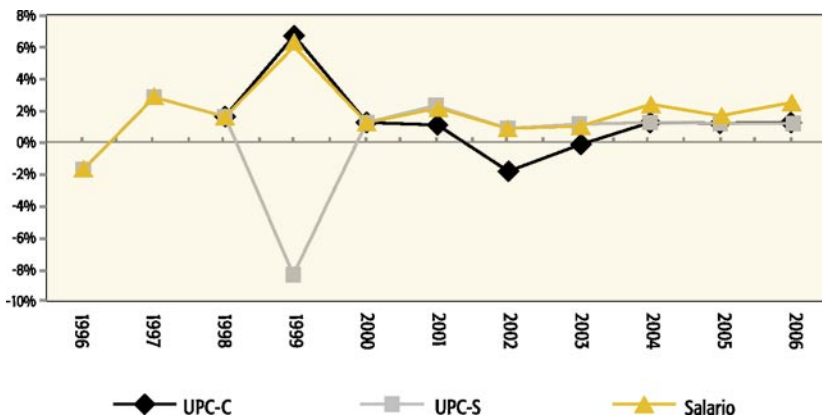
## COBERTURA, RECURSOS Y NÚMERO DE ADMINISTRADORAS (ARS) DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO, 1997-2003

	Fuente	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Cobertura	Afiliados	7'026.691	8'527.061	9'325.832	9'510.566	11'069.182	11'444.003	11'867.947
	Cobertura específica	47,0%	57,0%	61,4%	62,0%	68,5%	70%	72,6%
	Cobertura total	17,6%	20,8%	22,5%	22,5%	26,3%	26,7%	26,9%
Financiamiento	Total recursos (\$ billones)	0,80	1,12	1,25	1,24	1,71	2,13	2,45
	Variación recursos (% anual)		40,6%	11,3%	-0,3%	37,7%	24,6%	15,0%
	Participación de las fuentes:							
	Fosyga	46,7%	51,3%	38,0%	34,6%	36,0%	29,4%	31,7%
	SGP (*)	44,0%	37,2%	50,0%	52,0%	51,0%	67,9%	62,0%
	Esfuerzo propio	3,8%	4,5%	3,9%	5,1%	3,0%	2,0%	4,2%
	Rentas cedidas	1,8%	2,2%	3,4%	2,1%	9,0%		
Cajas de compensación	3,7%	4,8%	4,8%	6,2%	2,0%	0,6%	1,8%	
Mercado	ESS	175	203	178	176	19	9	10
	EPS	19	19	18	16	13	13	13
	Cajas de compensación	49	50	43	42	10	13	14
	EPS indígenas					10	8	8
	Total ARS	243	272	239	234	52	43	45

(\*) Sistema General de Participaciones. Comprende, en los años anteriores a 2002, la suma del situado fiscal y la participación de los municipios en los ingresos corrientes de la nación (ICN).

GRÁFICO 1

## EVOLUCIÓN REAL DE LA UPC (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO) Y SALARIO MÍNIMO, 1996-2006



Fuente: CNSSS (UPC); Ministerio de la Protección Social (salario mínimo). Cálculos de los autores.  
Nota: El valor de 2006 se calcula basándose en una inflación estimada de 4,5% para el final de año.

Se destaca, a diferencia del contributivo, que en el régimen subsidiado sólo se reconocen diferencias en la UPC según la región, de manera que no se tienen en cuenta variables tan importantes para estimar el gasto en salud como la edad y el sexo. Además, basados en el argumento de que no pueden darse barreras al acceso, en particular para la población sin capacidad de pago, en este régimen no se cobran cuotas moderadoras pero sí los copagos, teniendo en cuenta la capacidad económica de los afiliados.

médicas y odontológicas, exámenes de laboratorio y medicamentos– y los copagos por parte de los beneficiarios –para pagar un porcentaje del valor de las atenciones hospitalarias–, con el fin de garantizar a las EPS los recursos necesarios para la prestación y administración de los servicios definidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), al tiempo que se motiva en los usuarios un uso racional de los servicios.

Esta UPC se financia a partir de recursos parafiscales, provenientes de las contribuciones realizadas especialmente por la población trabajadora –12% del ingreso base de cotización–, cuyo recaudo nacional se contabiliza en la cuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga). Desde esta cuenta se distribuyen los recursos entre las EPS, para asegurar que cada una tenga el presupuesto que resulta del producto entre población afiliada y valor de la UPC. Es esto lo que se conoce como compensación, de modo que una EPS deficitaria recibe recursos del fondo y una en superávit debe girarle los excedentes.

### La UPC en el régimen subsidiado

En el régimen subsidiado, por su parte, los recursos para su financiamiento son tanto de origen fiscal –transferencias del sistema general de participaciones, aportes del gobierno nacional, rentas cedidas e ingresos propios de las entidades territoriales– como de origen parafiscal –un punto de solidaridad de los doce provenientes de la cotización–. Estos recursos son girados a las direcciones locales de salud, las cuales contratan con las administradoras del régimen subsidiado (ARS) la afiliación de la población seleccionada mediante el Sisben y quien con esta afiliación goza de los beneficios establecidos en el subsidiado.

Se destaca, a diferencia del contributivo, que en el régimen subsidiado sólo se reconocen diferencias en la UPC según la región, de manera que no se tienen en cuenta variables tan importantes para estimar el gasto en salud como la edad y el sexo (véase Tabla 2). Además, basados en el argu-

mento de que no pueden darse barreras al acceso, en particular para la población sin capacidad de pago, en este régimen no se cobran cuotas moderadoras pero sí los copagos, teniendo en cuenta la capacidad económica de los afiliados.

### La UPC en 1996 – 2006

La definición del valor y de las ponderaciones de la UPC por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) debería ajustarse a los costos del plan. En otras palabras, partiendo del perfil epidemiológico de la población, se identificaría la demanda derivada de prestaciones médicas por parte de cada grupo etáreo, considerando la frecuencia de utilización y los costos. La UPC sería el resultado de sumar dichos costos, y antes de su establecimiento definitivo debe pasar por un análisis integral que considere el equilibrio financiero del sistema y el sostenimiento de la cobertura.



# e-Salud

CONSULTORIOS • LABORATORIOS CLÍNICOS • CLÍNICAS  
HOSPITALES • CENTRO DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

**SIIGO e-Salud** es una solución informática, desarrollada para que todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) puedan registrar, consultar, analizar y controlar la información de la entidad, 24 horas al día, 7 días a la semana, a través de una conexión de Internet o Intranet.

#### MÓDULOS

FACTURACIÓN Y RIPS  
HOSPITALIZACIÓN  
AGENDA MÉDICA  
CIRUGÍAS

HISTORIA CLÍNICA  
LABORATORIO CLÍNICO  
URGENCIAS  
IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

GESTIÓN DE GLOSAS  
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN  
ODONTOLÓGIA  
ADMÓN. DE MEDIOS AUDIOVISUALES

#### AUTOMATIZACIÓN DE PROCESOS

A través de un **FLUJO DE TRABAJO**, las personas y áreas de la institución están interconectadas entre sí, con el fin de generar, monitorear y controlar las tareas o actividades que se desarrollan con cada paciente, en cualquier ámbito de atención.



INFORMATICA & Gestión S.A.

Bogotá Cra 18 No.79A-42 PBX: 6337150 E-mail: [comercia@siigo.com](mailto:comercia@siigo.com)

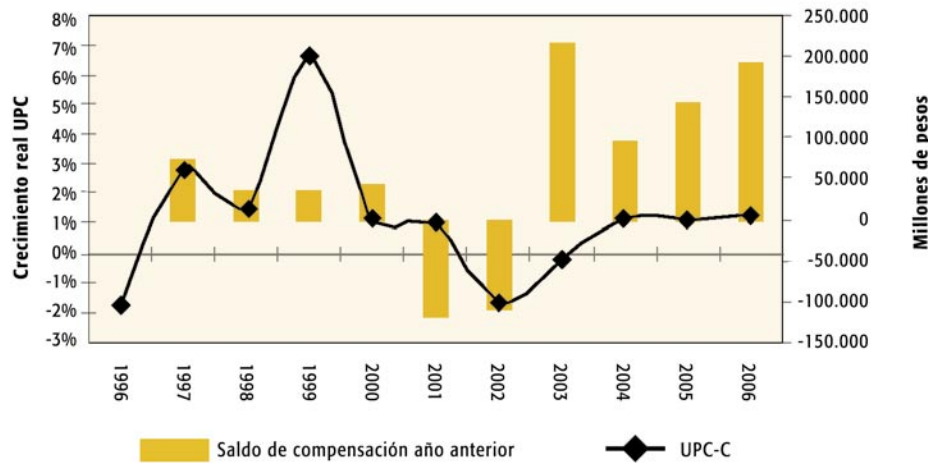
- Medellín: Tel (4) 266 0476 • Cali: Tel (2) 5535583 • Barranquilla: Tel: (5) 3689194 • Bucaramanga: Tel (7) 6472020 • Duitama: Tel (8) 7620175 • Ibagué: Tel (8) 2664990
- Pereira: Tel (6) 3294733 • Manizales: Tel: (6) 8842877 • Cúcuta: Tel (7) 5711270 • Pasto: Tel: (2) 7316698 • Cartagena: Tel: (5) 6655646 • Montería: Tel: (4) 790 9196
- Armenia: Tel: (6) 7468121 • Valledupar: Tel: (5) 5714930 • Popayán: Tel: (2) 8210785 • Yopal: Tel: (8) 6324246 • Villavicencio: Tel (8) 6714902 • Florencia: Tel: (8) 4355613
- Mocoa: Tel: (8) 4295415 • Nelva: Tel (8) 8721159 • Tulua: Tel: (2) 2262679 • Santa Marta: Tel: (5) 4235349 • Tumaco: Tel: (2) 7275953 • Barrancabermeja: Tel: (7) 6220759
- La Dorada: Tel: (8) 8391659

[www.siigo.com](http://www.siigo.com)



GRÁFICO 2

VARIACIÓN NOMINAL DE LA UPC DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y RESULTADO DE COMPENSACIÓN, 1996-2006



Fuente: Informe del CNSSS y Banco de la República. Cálculo de los autores.  
 Nota: El dato de compensación corresponde al obtenido en la vigencia anterior; para 2006 se tomó el saldo registrado en mayo de 2005.

**¿Cómo ha sido la UPC del régimen contributivo?**

La determinación anual de la UPC del régimen contributivo (UPC-C) parece responder más a criterios de equilibrio financiero que a los costos reales del POS (1-2). En el Gráfico 1 se aprecia que entre 1996 y 2000 la actualización de esta UPC fue idéntica al incremento del salario mínimo, el cual era tomado como indicador del comportamiento de las cotizaciones. Esta situación permitió mantener un saldo positivo en la compensación, esto es, la diferencia entre los recaudos de cotización y el valor reconocido por UPC-C. Se sugiere entonces que en este período se definió el aumento de la UPC-C según la disponibilidad de recursos, y de alguna manera se volvió costumbre que ésta era determinada por los ingresos y más exactamente por la variación del salario mínimo.

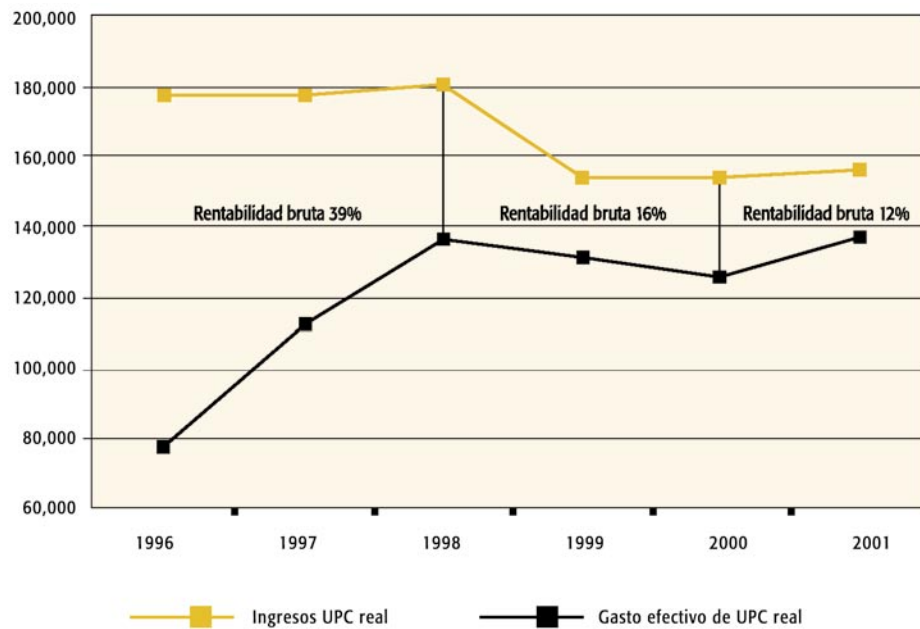
No obstante, a partir de 2000, y de forma consecuente con el cambio de signo en el saldo de la compensación (véase Gráfico 2), que puede atribuirse a la crisis económica,<sup>1</sup> la UPC-C se actualizó para buscar la conservación del equilibrio, de modo que su crecimiento fue inferior al del salario mínimo y al de la inflación general. Por último, para 2004, 2005 y 2006 se definió un incremento superior a la inflación e incluso inferior al aumento del salario mínimo, lo cual estuvo asociado con la recuperación del equilibrio financiero y la ampliación del POS. Se aprecia entonces que el salario mínimo, en el marco de la reforma laboral, perdió poder como indicador y más bien adquiere relevancia definitiva el equilibrio de la compensación.

**¿Cómo ha sido la UPC del régimen subsidiado?**

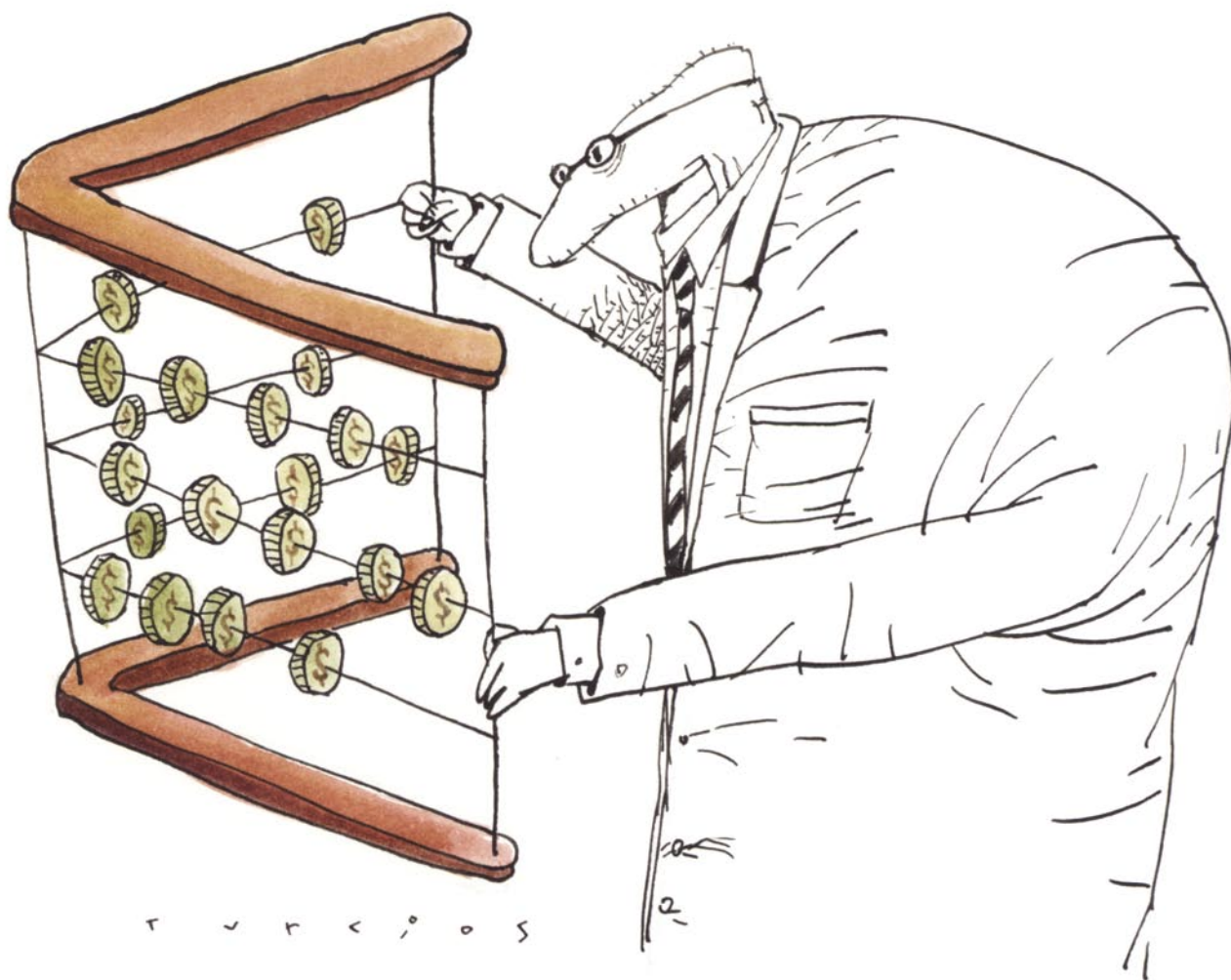
De manera similar a lo sucedido en el régimen contributivo, en sus primeros años de operación la UPC del régimen subsidiado (UPC-S) tuvo un comportamiento idéntico al del salario mínimo; pero a partir de 1999 se ha buscado reconocer el equilibrio entre la UPC-S y el valor del POS, como ocurrió en ese año en el que no hubo incremento por considerarse que su monto era apropiado, y como sigue ocurriendo en los últimos años, al reconocer las presiones derivadas principalmente de la demanda por atenciones de alto costo, por lo que el incremento de la UPC-S ha sido superior a

GRÁFICO 3

COLOMBIA: INGRESOS Y GASTOS EN SERVICIOS DE SALUD DE 16 ARS, 1996-2001 (PESOS DE 2001)



Fuente: Restrepo JH, Rodríguez S, Vásquez J. Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud: entorno nacional y el caso de Antioquia. Nuevos Tiempos. 2002;10 (1).  
 Nota: En la gráfica se observa el margen de rentabilidad de las ARS expresado en términos de ingresos menos gastos, como un buen resumen de la evolución financiera del régimen subsidiado. Se aprecia que la diferencia entre ingresos por UPC y gastos en servicios de salud, como una proporción de los primeros y referida a utilidad bruta, pasó del 39% en 1996 al 12% en 2001.



la evolución del IPC total y en varias ocasiones al de la UPC-C.

Podría decirse entonces que en 1999 comenzó un nuevo período para el régimen subsidiado, al poner a prueba precisamente la búsqueda de equilibrio entre la UPC y el POS y al buscar una administración más eficiente de parte de las ARS. De tal manera, a la restricción marcada en ese año se siguieron aumentos importantes en la cobertura, varios ajustes hacia arriba en la UPC y algunas normas para reducir el margen de intermediación, a lo que se agrega la depuración del mercado con la salida de grandes agentes que buscaban fin de lucro y la agrupación de otros más pequeños que debían mostrar un mínimo de afiliados (3-4).

De lo anterior se desprende que en el régimen subsidiado ha existido una mayor coherencia entre la definición de la UPC y el valor del POS, al punto de que en la actualidad la diferencia entre ambas podría incluso ser negativa, y esto llevaría a mantener aumentos reales de la UPC o, en sentido extremo, a revisar el contenido del POS. Esta situación puede ser ilustrada en términos de la naturaleza de un seguro, en este caso de la cobertura de servicios de salud ofrecida a la población más pobre y vulnerable, la cual señala que al inicio de su creación el seguro ofrece una buena rentabilidad; pero con el paso del tiempo ésta se pierde y puede llevar a la desaparición del seguro o a su redefinición total.

En efecto, como se estimó en el trabajo de Restrepo *et al.* (4), el margen de rentabilidad bruta de las ARS, expresado en términos de ingresos por UPC menos gastos en servicios de salud, pasó de niveles superiores al 50% hasta el 12% en el período 1996-2001 (véase Gráfico 3).

En el Gráfico se aprecia que la diferencia entre ingresos y gastos ha sido decreciente, con una UPC que presentó una caída real en 1999 y un aumento constante del gasto en servicios de salud, lo cual podría estar determinado en buena medida por el gasto en enfermedades de alto costo que en muchas ARS sobrepasa el 20% de la UPC, cuatro puntos por encima de la estructura de gasto planeada por el CNSSS para estas enfermedades.

Los resultados sugeridos anteriormente son consistentes con la dinámica que ha tenido el mercado de las ARS, tanto por la salida de agentes que perseguían un fin de lucro y que no se enfrentaron a barreras normativas para abandonar el régimen subsidiado, de manera que la rentabilidad de los primeros años fue apropiada privadamente, como por la regulación que se ha establecido para aumentar su tamaño y controlar el margen de intermediación, así como por la declaración de las ARS que han permanecido en el mercado, en el sentido de que su permanencia está justificada por el gasto de reservas de períodos anteriores, pero señalan la necesidad de ajustes importantes para su continuidad.

Tal vez como resultado de estos cambios, que en conjunto apuntaban a la sostenibilidad de la UPC, ajustando especialmente los gastos de administración, un estudio reciente del Ministerio de la Protección Social concluye que si bien en la mayoría de municipios del país parece existir un balance adecuado entre la UPC y el POS del régimen subsidiado, en el caso de la categoría especial se sugiere una UPC mayor (2% adicional).

### ***El comportamiento real de la UPC***

Al analizar el comportamiento real de la UPC de ambos regímenes, considerando el índice de precios al consumidor (IPC) como medida de la inflación, se observa que entre 1995 y 2005 el valor de la UPC-C ha presentado un incremento real del 12%, mientras que en el régimen subsidiado el aumento es de 1%, aproximadamente. La situación es bastante diferente si se compara con el IPC salud, pues el resultado sería una caída real para ambos regímenes: 10% en el contributivo y 19% en el subsidiado. No obstante, no se pueden extraer conclusiones precisas sobre la suficiencia de la UPC frente al costo del plan obligatorio de salud, debido a la escasez de información estadística apropiada y a la diferencia entre la canasta de bienes y servicios empleados para calcular el IPC salud y los incluidos en el POS (1).

### **Conclusiones**

La UPC del régimen contributivo ha estado asociada principalmente a la dinámica del resultado de compensación, con escasas consideraciones sobre el costo del POS. Las principales dificultades que

Para lograr una definición de la UPC más acorde con el escenario ideal acá planteado, es necesario contar con una instancia técnica en el CNSSS que de manera permanente pueda dar cuenta del comportamiento que registra el POS de ambos regímenes.

se pueden presentar en este régimen están relacionadas con el poco dinamismo de la creación de empleo formal y a la ampliación del POS, motivada principalmente por las reclamaciones de servicios y medicamentos no incluidos en el plan, por medio de tutelas. En el caso del subsidiado, se evidencia una tendencia a la igualación de ingresos y gastos, aunque se reconocen presiones sobre la sostenibilidad, resultado de la disminución del ritmo de crecimiento de las fuentes de financiación y el incremento en la demanda por atenciones costosas (5).

La introducción de nuevos procedimientos y medicamentos en el POS de ambos regímenes, como el trasplante hepático en el contributivo, es una advertencia en el sentido de que una definición de la UPC que responda principalmente a las necesidades de equilibrio del sistema y no realice estudios confiables sobre la frecuencia de utilización y costos del POS pone en peligro el acceso de la población a los servicios de salud básicos, incluidas las barreras financieras resultantes de una presión sobre el gasto de bolsillo, como es el caso de un aumento en las cuotas moderadoras. Por lo tanto, es fundamental prestar mayor atención al comportamiento de estos factores, de manera que se logren los objetivos de equilibrio financiero y prestación eficiente de servicios, en el marco de los principios estipulados en la Ley 100 de 1993.

Para lograr una definición de la UPC más acorde con el escenario ideal acá planteado, es necesario contar con una instancia técnica en el CNSSS que de manera permanente pueda dar cuenta del comportamiento que registra el POS de ambos regímenes, en términos de la frecuencia de uso de servicios como de sus costos, al tiempo que se evalúe dicha demanda en términos epidemiológicos y económicos. De igual modo, es necesario contar con información oportuna y confiable, de carácter público y no apropiada por agentes privados, con el fin de lograr una definición de la UPC que corresponda al interés público y no exclusivamente con el interés de lucro o la búsqueda de equilibrio de ciertos agentes en particular. En otras palabras, que se cuente con una buena regulación en salud.

### REFERENCIAS

1. Restrepo Zea JH, Rodríguez Acosta S. Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. Borradores del CIE. 2004;(11). Disponible en: [http://agustinianos.udea.edu.co/~cie/Borradorescie\\_11.pdf](http://agustinianos.udea.edu.co/~cie/Borradorescie_11.pdf).
2. Castaño Yépez RA. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del POS y/o de la UPC. 2004. Disponible en: <http://www.fundacioncorona.org.co/salud/publicaciones3.htm>.
3. Restrepo Zea JH, Arango MA, Casas LP. Estructura y conducta de la oferta del seguro de salud en Colombia. *Lecturas de Economía*. 2002;(56).
4. Restrepo Zea JH, Rodríguez Acosta S, Vásquez Velásquez J. Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud: entorno nacional y el caso de Antioquia. *Nuevos Tiempos*. 2002;10(1).
5. Colombia, Ministerio de Salud. Evaluación integral del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud. Bogotá: Ministerio; 2001.
6. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Acuerdos 260 y 282 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio; 2004.
7. Grupo de Economía de la Salud. Financiamiento del seguro de salud en Colombia. Observatorio de la Seguridad Social. 2002;(4). Disponible en: <http://agustinianos.udea.edu.co/~wwwmngreconomia/ges/observatorios/observa4.pdf>.

### NOTAS

- 1 La caída en los ingresos salariales se traduce en una reducción de las cotizaciones, que al no estar acompañadas por una reducción de los gastos, ocasiona desequilibrios financieros.

## La masa salarial: restricción presupuestal última

■ Ramón Abel Castaño Yepes  
Facultad de Economía, Universidad del Rosario

El artículo de Jairo Humberto Restrepo y de Aurelio Mejía plantea que la principal consideración para definir el valor de la UPC debería ser el costo de la prestación de los servicios incluidos en el POS, partiendo del supuesto de que el perfil epidemiológico es el componente que determina la frecuencia de utilizaciones de los servicios de salud. Este supuesto es necesario, pero no suficiente, pues es bien claro que la frecuencia de utilizaciones depende también de la conducta médica, y ésta muestra variaciones que en parte responden más bien a preferencias, costumbres o al ejercicio de la medicina defensiva por parte del médico. Las nuevas tecnologías y medicamentos también influyen, no sólo en los precios, sino en las frecuencias, lo cual agrega un componente más al crecimiento de los costos agregados de la salud. También hay variaciones en la demanda que surgen como consecuencia del efecto de riesgo moral del aseguramiento, y que están imperfectamente corregidas con mecanismos como los copagos y las cuotas moderadoras.

Por ello no es conveniente circunscribir el análisis al componente de precios del gasto total en salud, sin tener en cuenta las variables que

influyen en las frecuencias. En este sentido, la UPC actúa como una restricción presupuestal, que si estuviera bien calculada, debería llevar a que la contratación entre pagadores y prestadores redujera las ineficiencias asociadas a variaciones de la conducta médica no apoyadas en pruebas, y a la reducción en los eventos evitables, que también son causa de ineficiencia.

Ahora bien, aun si se tuviera un conocimiento perfecto sobre las variables que afectan las frecuencias y la prima (UPC) se estimara basándose en precios y frecuencias de tal manera que se produjeran las mencionadas ganancias en eficiencia, es necesario tener en cuenta la restricción presupuestal última, que es la capacidad de la masa salarial del país de generar los recursos necesarios, no sólo para el ejercicio de la compensación, sino para la acumulación de reservas que servirán para sobreaguar períodos de desaceleración o recesión económica (como ya ocurrió entre los años 1999 y 2001).

En este sentido, no sería financieramente sostenible mantener incrementos de la UPC en paralelo con el incremento de los costos de la

Es bien claro que la frecuencia de utilizaciones depende también de la conducta médica, y ésta muestra variaciones que en parte responden más bien a preferencias, costumbres o al ejercicio de la medicina defensiva por parte del médico.



El incremento de la UPC en función del salario mínimo ha sido el resultado de la presión política que ejerce un indexador como éste, y no porque haya una lógica económica directa entre salario mínimo y UPC.

atención médica, aun de aquella que es pertinente, racional y ampliamente justificada. Como punto de referencia, es útil señalar las diferencias que existen entre nuestro gasto promedio en salud y el del Reino Unido. Nadie diría que la diferencia de más de quince veces se explica por ineficiencias, pues el sistema de salud de ese país es bien conocido por su austeridad y autocontrol, así como por sus políticas públicas restrictivas en el sector de la salud. Si el gasto en salud en Colombia creciera conforme al crecimiento de los costos de la atención médica, podríamos alcanzar los niveles de gasto del Reino Unido, pero a expensas de todo el resto de la economía

Por ello la consideración de la restricción presupuestal última, la masa salarial del país, no sólo es pertinente, sino necesaria y suficiente. Y el determinante de esta restricción presupuestal última, más que el salario mínimo, es la densidad salarial. El incremento de la UPC en función del salario mínimo ha sido el resultado de la presión política que ejerce un indexador como éste, y no porque haya una lógica económica directa entre salario mínimo y UPC. Más aún, el análisis debe incluir la evolución de la densidad familiar, pues ésta también determina en gran medida la suficiencia financiera de los ingresos de la compensación. Por ejemplo, si el salario sube un 5%, pero la densidad salarial cae por debajo de 1,9 y la familiar sube por encima de 2,4, sería muy irresponsable subir la UPC en un 5%, pues los ingresos por cotizaciones no alcanzarían para pagar la UPC. Hoy en día no está ocurriendo esto, porque estamos en fase de crecimiento económico, pero es necesario prever que en los ciclos de desaceleración sí va a haber una reducción en los ingresos, y por lo tanto es urgente acumular reservas en las fases crecientes del ciclo económico como la actual.

Con todo lo anterior, si la UPC no puede crecer al ritmo de los costos de la atención médica, porque la masa salarial no alcanza a sustentar este ritmo de crecimiento, pero a la vez el POS continúa creciendo vía acción de tutela y vía inclusión de nuevos ítems en el CNSSS, sin incrementos concomitantes de la UPC, las presiones sobre el costo de la prestación del POS van obligando a priorizar de facto aquellas intervenciones que son demandadas con mayor fuerza, y se debilitará la prestación de aquellas que no se notan tanto. Esto haría pensar

que quizá el equilibrio entre la UPC y el plan de beneficios se debe dar en el lado de los beneficios, y no en el lado de los recursos.

## La evaluación actuarial de la UPC: una necesidad

■ **Nelcy Paredes Cubillos**

Vicepresidente Operativa y Financiera de ACEMI.

El artículo de Jairo Humberto Restrepo y Aurelio Mejía plantea como conclusión que los ajustes del valor de la UPC deben garantizar tanto el equilibrio financiero del sistema como la prestación eficiente de servicios, para lo cual se requiere disponer de estudios confiables sobre frecuencias de utilización y costos del POS. Recomendación válida que no se ha aplicado hasta el momento ni en el régimen contributivo ni en el régimen subsidiado; afirmación que es contraria a lo encontrado por los autores.

Aunque todos los años el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Hacienda solicitan a las EPS y ARS datos de utilidades y gasto desagregado para todos y cada uno de los afiliados al sistema, en cuanto a actividades, procedimientos, intervenciones (en CUPS cerca de 7.000 códigos) y medicamentos, no se utilizan porque no logran la cobertura requerida para evaluar el costo real del POS. Este problema se origina en la baja cobertura y calidad de la información del Registro Individual de Prestaciones en Salud (RIPS), especialmente en la red pública que contrata principalmente en el régimen subsidiado.

La evaluación de frecuencias de uso y costos se ha utilizado pocas veces en las decisiones de ajuste de la UPC. Recientemente, cuando se han incluido nuevas prestaciones. En estos casos, las

variables de gasto (frecuencias y costos) se estiman a partir de estudios externos que permiten calcular la probabilidad de ocurrencia del servicio entre la población de afiliados al sistema. Una vez incluidas las nuevas prestaciones no se realiza seguimiento para corroborar la calidad de las estimaciones.

La discusión que se plantea es si se debe esperar a disponer del ciento por ciento de los datos de consumo de servicios, insumos, medicamentos por afiliado para incluir, en las decisiones de ajuste de la UPC, un análisis del costo del POS. Aunque estamos lejos de tener un sistema que permita cumplir este requisito, la información que se ha logrado acumular permitiría, con cierta razonabilidad, realizar estimaciones del gasto futuro para definir una UPC que permita generar los ingresos suficientes para cubrir de manera razonable los costos estimados para el año en que ellos se paguen.

El principal problema es la falta de una metodología clara, sencilla y unificada, sobre agregados por cada una de las variables de ajuste (nota

El principal problema es la falta de una metodología clara, sencilla y unificada, sobre agregados por cada una de las variables de ajuste.

actuarial) que permita evaluar el comportamiento de estas variables, además de las epidemiológicas, para que se pueda estimar el riesgo que año a año debe cubrir el sistema. Es importante aclarar que la UPC no es el precio para reconocer un gasto ya incurrido, sino para cubrir un riesgo futuro que se puede estimar con la información histórica sobre los patrones de consumo por edad, sexo y localización geográfica.

El criterio de disponibilidad de recursos es importante, pero no es suficiente para asegurar que el sistema provea los recursos necesarios para que, en condiciones de eficiencia y calidad, se brinden los servicios de salud que requieren los usuarios. Hay que hacer financieramente sostenible no sólo al Fosyga, sino al resto de actores del sistema. Pensar sólo en el equilibrio del Fosyga es tomar la posición de que las EPS y las IPS asumen el crecimiento en los costos que pueden estar influidos por variables externas como el envejecimiento de la población o la selección adversa, que debe ser financiada por el Fosyga y no por los operadores.



## Una Asesoría eficiente proporciona al sector de la salud un desarrollo exitoso.



### Lineas de desarrollo:

- Desarrollo Institucional
- Direccionamiento Estratégico
- Sistema de Gestión de la Calidad
- Gerencia del Talento Humano
- Gerencia Administrativa y Financiera
- Servicio de Outsourcing
- Gestión de los Sistemas de Información.
- Gerencia del Ambiente Físico
- Gerencia de los procesos de Atención

¡Llámenos!  
y alcance sus  
**METAS**  
Institucionales



Con el respaldo de:



Floridablanca, Santander:  
Calle 155A N° 23 - 58 Urb. El Bosque  
PBX 639 9292 Ext. 222  
email: [oficinaasesorias@fcv.org](mailto:oficinaasesorias@fcv.org)  
[www.fcv.org](http://www.fcv.org)



FCV - Instituto del corazón  
UNICA institución de salud  
en Colombia ACREDITADA  
EN SALUD por el Ministerio  
de la Protección Social