



Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia

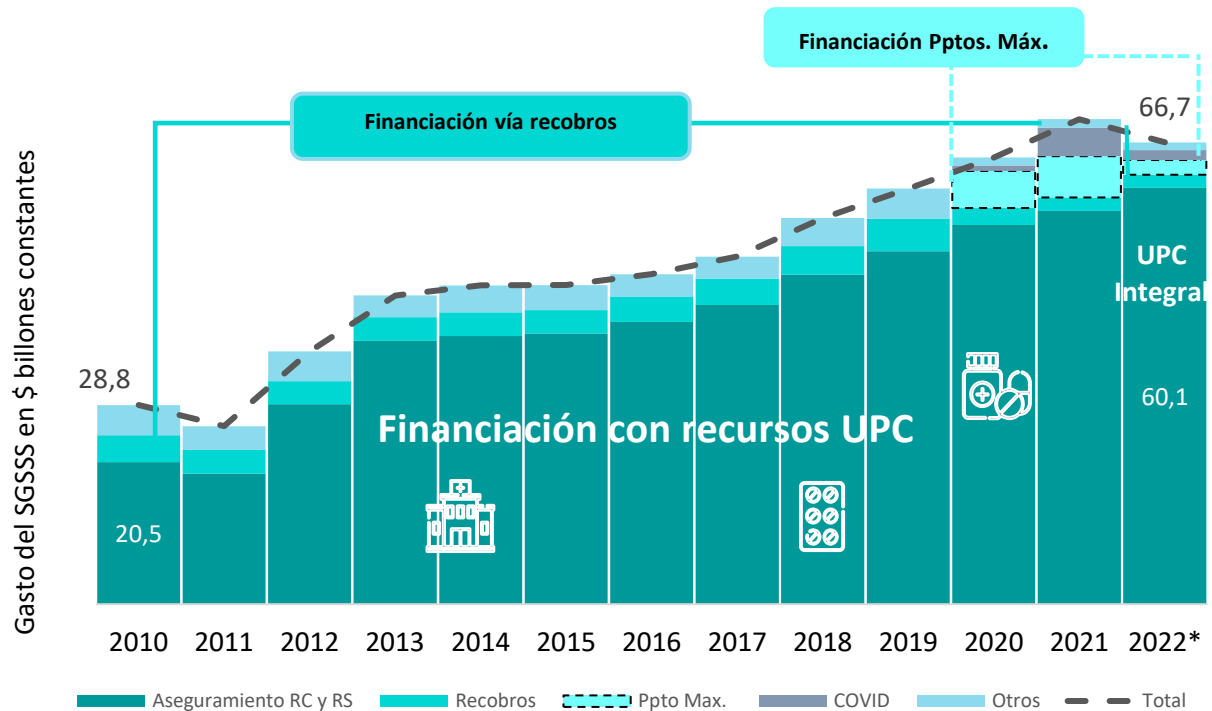


Figura 1. Costo de la Cobertura: presupuesto ADRES (\$ constantes de 2022)
Recursos del sistema

UPC: Unidad de pago per cápita.

Nota: Cifras en billones de pesos de 2022; 2010 a 2021 corresponde a la ejecución de recursos, (*) 2022 es el presupuesto a mayo.

Fuente: Elaboración GES a partir de información de presupuestos de la Entidad Administradora de Recursos del Sistema de Salud, ADRES (Unidad de Recursos Administrados, URA).

En el informe sobre la Salud en el Mundo de 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que todos los países se enfrentan al reto de garantizar la cobertura universal en salud (CUS) y que para ello deben disponer diferentes mecanismos de financiación. Estos pueden variar según el nivel de desarrollo y las necesidades en salud de cada país (Grupo de Economía de la Salud, 2012).

La cobertura universal implica que todas las personas deben tener acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados que necesitan a lo largo del curso de vida

con calidad y sin dificultades financieras (OMS, 2010), y se representa mediante tres dimensiones que constituyen los pilares básicos de la política que busca la protección de las familias. La primera dimensión hace referencia a la cobertura poblacional, es decir, el porcentaje de la población que está cubierta; la segunda, al conjunto de servicios y tecnologías a los que puede acceder la población cubierta, y la tercera, a la protección financiera, que significa el porcentaje del gasto que corre por cuenta del sistema de salud, o, en sentido contrario, al porcentaje del gasto que debe ser financiado con presupuesto de las familias (gasto de bolsillo).

En Colombia se estableció la meta de garantizar el acceso a los servicios de salud con un plan de beneficios igual para toda la población (Ley 100, 1993). Este plan, conocido inicialmente como plan obligatorio de salud (POS) y actualmente como plan de beneficios en salud (PBS), se constituyó en un mecanismo para hacer explícito el conjunto de servicios y tecnologías a los que podría acceder la población según el régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). No obstante, a partir de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751, 2015) se dio paso a un plan implícito, de manera que todo lo que no está excluido expresamente se entiende cubierto por el PBS.

En este Observador del GES se abordan algunas cuestiones relacionadas con los planes de beneficios y la cobertura universal en salud y se analiza la evolución del plan de beneficios en Colombia, destacando los cambios recientes en cuanto a su financiación mediante la unidad de pago per cápita (UPC).

1. Contexto y marco institucional

Un PBS constituye el conjunto de servicios que en un país se decide garantizar para la población que está cubierta por un seguro o un mecanismo de protección en salud. El Banco Mundial (1993), en su informe *Invertir en salud*, señaló que era conveniente para los países en desarrollo adoptar planes explícitos de salud que fueran financiados con recursos públicos porque esto permitiría direccionar los recursos disponibles hacia las intervenciones con mayor impacto en salud.

En Colombia, la Ley 100 estableció que todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tendrían acceso al POS, aunque se contemplaron algunas diferencias según el régimen de afiliación. Los afiliados al régimen contributivo recibirían los servicios y tecnologías a cargo del entonces Instituto de Seguros Sociales (ISS), posteriormente contempladas en la Resolución 5261 de 1994. Por otra parte, los afiliados al régimen subsidiado recibirían inicialmente los servicios del primer nivel de atención, por un valor equivalente al 50% de la UPC del régimen contributivo, y a partir del tercer año se irían incorporando progresivamente los servicios del segundo y tercer nivel (Artículo 162 de la Ley 100). Se esperaba que en el año 2000 todos los habitantes estarían afiliados y recibirían el mismo POS, el cual debería ser actualizado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) según la estructura demográfica, el perfil

epidemiológico, la tecnología disponible y las condiciones financieras del sistema.

El POS reunía las características centrales de los planes de beneficios de salud, como se ha documentado en la literatura: *i)* un conjunto mínimo de garantías explícitas, *ii)* la financiación con recursos públicos, y *iii)* su vinculación con la necesidad o la preferencias sociales (Giedion et al., 2014). Para el caso colombiano se tiene que:

- i. Desde el establecimiento de la Ley 100 se han expedido diferentes normas que hacen explícito el conjunto de servicios y tecnologías del plan. A pesar de que con la Ley Estatutaria se buscaba transitar hacia un plan implícito, se continúa haciendo explícitos los contenidos del PBS.
- ii. Los recursos se concentran en un fondo único nacional (hoy ADRES) y se destina cerca del 91% de los recursos del sistema para garantizar a los afiliados la prestación de los servicios contenidos en el PBS, y para ello se reconoce la UPC a las empresas promotoras de salud (EPS).
- iii. Con la Sentencia T-760 de 2008 la Corte Constitucional estableció que para la aclaración y actualización del PBS se debía garantizar la participación directa y efectiva de la comunidad médica y de los usuarios del sistema.

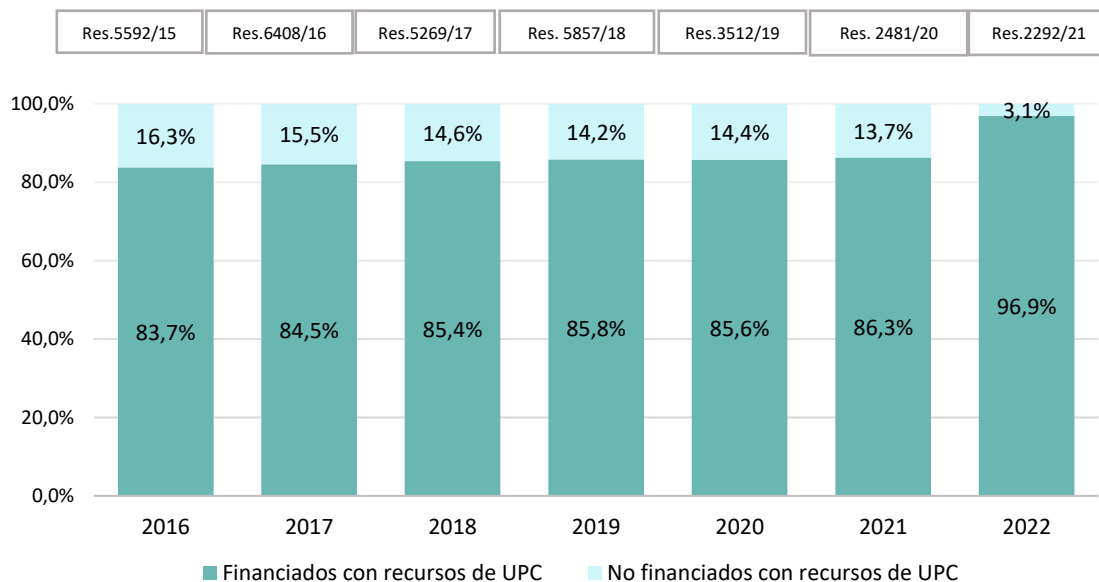
2. Principales modificaciones al PBS

A continuación, se presentan los principales hitos o hechos que han marcado la evolución del PBS:

- La Ley 100 estableció los Comités Técnico Científicos (CTC) para brindar atenciones no incluidas en el POS y que fueran esenciales para mantener la vida y la salud. A partir del año 2000, mediante los CTC y las tutelas, se presentó un crecimiento exponencial de estas atenciones, dando lugar al mecanismo de recobros (las EPS cobraban por las atenciones que debían pagar con recursos por fuera de la UPC).
- La Ley 1122 de 2007 creó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) para la definición y modificación del plan de beneficios, hasta ese momento a cargo del CNSSS.
- A partir de la Sentencia T-760 se hicieron modificaciones puntuales al POS y en 2009 se realizó la primera actualización (Acuerdos 3 y 8 de 2009), con mayor precisión de sus contenidos.

- La Ley 1438 de 2011 dio lugar a una actualización puntual del POS, con la inclusión de dos medicamentos (Clopidogrel y el ácido alendrónico), y posteriormente se llevó a cabo actualización integral, que incluyó 119 tecnologías (69 principios activos, 44 procedimientos y 6 dispositivos (Acuerdo 029 de 2011).
- El Decreto 2560 de 2012 liquidó la CRES y sus funciones y competencias se trasladaron al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).
- En 2013 se realizó una redefinición integral del POS (Resolución 5521 de 2013); se incluyeron 63 tecnologías (56 principios activos, 5 procedimientos y 2 dispositivos).
- En 2014 se realizó un ajuste al listado de medicamentos de la Resolución 5521, para precisar aspectos relacionados con el código de clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC).
- Con la Ley Estatutaria de Salud se dio paso a un modelo de exclusión expresa o lista negativa, de manera que todo servicio y tecnología que no esté expresamente excluido se entiende incluido en el PBS.
- Con esto, los servicios y tecnologías en la lista de exclusiones no podrán financiarse con recursos públicos.
- En la Resolución 5592 de 2015 se incluyeron 10 tecnologías para el manejo de enfermedades huérfanas y la telemedicina. Para ese mismo año, según informe de MPSP al Congreso de la República, estaban incluidas 199 tecnologías (129 principios activos, 62 procedimientos y 8 dispositivos).
- Con la Resolución 5269 de 2017 se incluyeron 112 tecnologías (78 principios activos de medicamentos, 32 procedimientos y 2 dispositivos). Esta actualización incluyó, entre otras tecnologías, las laparoscopias más utilizadas, complementos para el tratamiento del VIH y diversos tipos de cáncer, medicamentos para la prevención y el manejo agudo de la migraña, el estreñimiento, la hipertensión arterial pulmonar, el asma en niños y el trastorno obsesivo compulsivo. En cuanto a dispositivos se incluyeron el stent coronario y Kit de Ostomías Enterales o Urinarias.
- Con la Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, se estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC serían gestionados por las EPS; ahora serían financiados mediante un

Gráfico 1. Procedimientos disponibles en el país y financiados con recursos de la UPC 2016-2022



Nota: Para identificar qué porcentaje de los procedimientos disponibles son financiados con recursos de la UPC, se realizó un cruce entre la resolución de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) vigente en cada año y el anexo de procedimientos de la resolución anual que actualiza el PBS.

Fuente: Elaboración GES. MSPS, Actualizaciones PBS y CUPS.

presupuesto máximo transferido por la ADRES. En 2020, con la Resolución 205 se adoptó la metodología para definir dicho presupuesto.

- Para el año 2021, con la Resolución 2481 de 2020 se incluyeron 206 tecnologías (184 principios activos y 22 procedimientos). Se destacan: procedimientos para el tamizaje neonatal (Ley 1980 de 2019), el diagnóstico de enfermedades neoplásicas, el diagnóstico de enfermedades del esófago y reflujo gastroesofágico, el diagnóstico de patologías infecciosas durante el embarazo, la prevención de enfermedades alérgicas como el asma y la rinitis, y, para el tratamiento de la Insuficiencia cardiaca y arritmias.
- Para el año 2022, con la Resolución 2292 de 2021, se incluyeron 654 procedimientos. De manera que el 96,9% de los procedimientos autorizados en el país (9.494) son financiados con recursos de la UPC. Es importante anotar que para 2021 el 9,9% de los procedimientos era financiado con presupuestos máximos y con la ampliación para 2022 bajó a 2,9%. Por otra parte, con la actualización del PBS, aumentó la financiación de medicamentos con recursos de la UPC (pasó de representar el 57,4% en 2021 al 89,89%

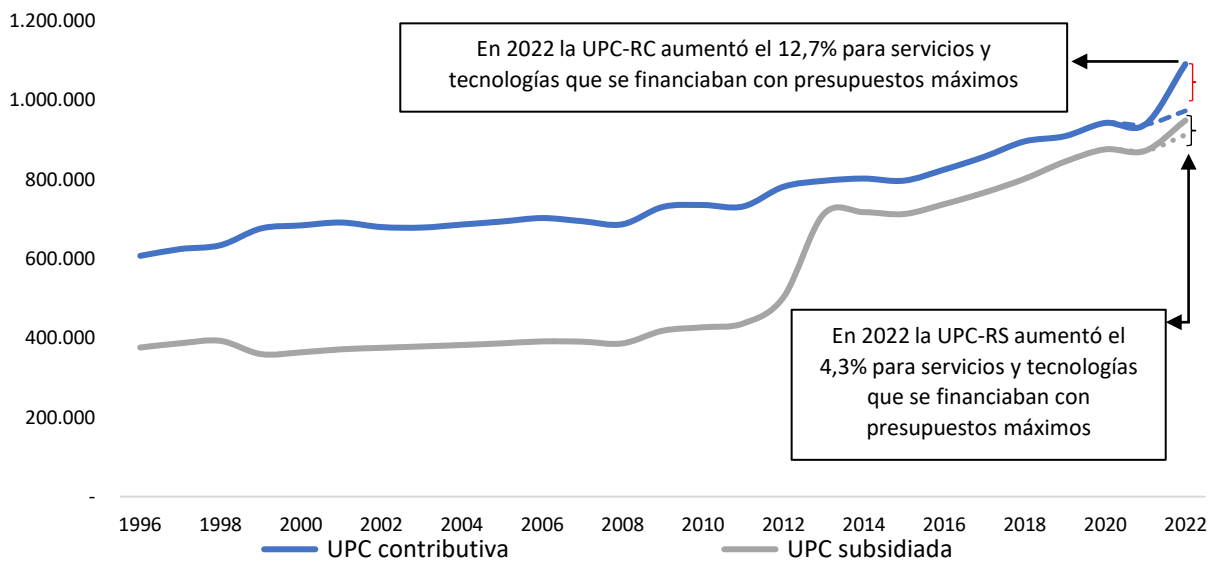
en 2022 del total de CUMS autorizados en el país). Además, disminuyó la financiación con UPC condicionada (pasó de representar el 8,42% en 2021 al 3,75% en 2022 del total de CUMS autorizados en el país) (MSPS, 2022).

3. Costos del plan de beneficios

El PBS es financiado a nivel micro mediante la UPC, la cual puede entenderse como la prima del seguro a cargo de las EPS. La UPC del régimen contributivo tuvo un incremento importante hasta el año 2000; posteriormente, debido a la crisis económica, se mantuvo prácticamente constante, situación que también puede atribuirse a las escasas modificaciones que presentaba el POS. A partir de 2008 se observa un crecimiento importante, con el mayor incremento en 2022. En este año la UPC aumentó 18,2% (12,7% para cubrir servicios y tecnologías antes no incluidas en el PBS, y 5,4% para reconocer el aumento de costos de lo que se venía financiando).

En cuanto a la UPC del régimen subsidiado, al inicio representaba un 62% de la UPC del contributivo. Este comportamiento se mantuvo hasta 1998, en 1999 representó el 53% de la UPC debido a la caída del 8,5% en el valor real que puede explicarse por la crisis económica de

Gráfico 2. Comportamiento de la UPC 1996-2022 (a pesos constantes de 2021)



Fuente: Hasta el año 2008, Acuerdos del CNSSS; a partir de 2009 Acuerdos 009 de 2009, 019 de 2010, 023 de 2011 y 030 de 2012 de la CRES, A partir de 2012, Resoluciones anuales del MSPS.

ese año. A partir de 2012 se presenta el mayor aumento en respuesta a la unificación del plan de beneficios. Para el año 2022, se observa un aumento del 10,6% (6,3% para lo que se venía financiando por UPC y 4,3% para los servicios y tecnologías que se reconocían vía presupuestos máximos).

Por su parte, a nivel macro se ha evidenciado un incremento en los recursos destinados para mantener el aseguramiento y los servicios y tecnologías no cubiertas. Para el año 2022, la ADRES realizó una apropiación presupuestal por valor de 60,1 billones para garantizar el aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, que representa un crecimiento real del 5,9% comparado con la ejecución del año 2021, que puede explicarse por las inclusiones en el PBS para este año. Por otra parte, la apropiación presupuestal para la financiación vía presupuestos máximos de aquellos servicios y tecnologías no financiados con la UPC presenta una disminución real del 64,9% respecto a la ejecución presupuestal del año 2021 (que fue de 6 billones). Cabe señalar, que el mecanismo de presupuestos máximos fue implementado en el año 2020, y su monto fue definido teniendo en cuenta la información histórica de los recobros que, como se mencionó anteriormente venían presentando un crecimiento exponencial. Con esta bolsa de recursos, las EPS deben garantizar la prestación servicios y tecnologías no incluidos en el PBS y de esta manera se buscaban evitar las deudas que se habían generado vía recobros.

Conclusiones

En esta mirada de largo plazo del plan de beneficios se aprecia un aumento sustancial en su contenido, lo cual se ve reflejado también en los recursos que se han destinado y en la cobertura casi plena del total de procedimientos autorizados en el país.

Adicional a esto, se observa una evolución en la denominación de plan de beneficios. Inicialmente se tenía un plan obligatorio de salud (POS) y posteriormente, con la Ley Estatutaria de Salud, se pasó a un plan de beneficios en salud (PBS). Con la actualización del plan de beneficios en 2021 (resolución 2292) se avanza hacia un concepto de plan de beneficios integral.

La nueva actualización tiene algunas implicaciones para los actores del sistema: *i)* las EPS tienen un incentivo para

la gestión integral del riesgo en salud, con mejoras en el flujo de recursos y evaluación de tecnologías en salud; *ii)* las IPS pueden fortalecer mecanismos de contratación, incluyendo el riesgo compartido; *iii)* el sistema puede hacer contención del incremento del gasto en salud; y *iv)* la población tendrá mayores garantías para el acceso, aunque se debe reconocer que pudieran presentarse barreras y deterioro en la calidad de atención si los incentivos resultan inapropiados y no funciona la vigilancia y control.

Finalmente, es importante resaltar que además de mantener una financiación adecuada para responder por la cobertura de la población y el PBS, un gran desafío sigue siendo el cómo responder a las nuevas presiones tecnológicas y evitar que el rubro de presupuestos máximos crezca a pesar de las inclusiones dentro del actual plan de beneficios. De esta manera, la inclusión de medicamentos y procedimientos al PBS financiado con UPC deberá hacerse acorde con la disponibilidad de recursos.

Referencias

- Ley 100, Congreso de la República de Colombia (1993). <https://bit.ly/3JxLPOB>
- Ley 1751, Congreso de la República 13 (2015). <https://bit.ly/3tehL3e>
- Giedion, U., Bitrán, R., Tristao, I., En, C., Fuente Proporcionada Por, L., Biblioteca, L., & Herrera Del, F. (2014). Planes de Beneficios en Salud de América Latina. En Health Benefit Plans in Latin America (Spanish: Planes de beneficios en salud de América Latina).
- GES, Grupo de Economía de la Salud. (2012). Implicaciones económicas y fiscales de la cobertura universal en salud. Observatorio de la Seguridad Social, 12, N°25 (Universidad de Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas.), 1-20.
- MSPS. (2022). Informe de la actualización de los servicios y tecnologías de salud financiados con recursos de la (UPC) año 2022. 1-87.
- OMS. (2010). La Financiación De Los Sistemas De Salud.

Información de contacto

Email: grupoges@udea.edu.co; www.udea.edu.co/ges

Autores: Lina Casas Bustamante

Edición de textos: Daysi Sanmartín, Jairo Humberto Restrepo Zea.

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