

Sostenibilidad del sector salud: ¿qué esperar del sistema en 2025?

Introducción:

El problema de financiamiento del sector de la salud ha suscitado importantes preocupaciones en los últimos años en distintos países a nivel mundial, debido a factores asociados con el envejecimiento de la población y al aumento de los usos de los servicios de salud. Colombia no ha sido ajeno a ese fenómeno. Producto del Covid-19, las presiones sobre el sistema incrementaron y han llevado a las ya urgentes necesidades de financiamiento a un punto crítico. Eso, entre otras cosas, debido a que el cálculo de la prima de riesgo no refleja fielmente el incremento en la demanda de servicios, por lo que el ajuste de la UPC ha sido insuficiente. Lo anterior, ha llevado a que el déficit del sistema aumente. Si bien la ADRES ha realizado algunos pagos a lo largo de este año luego de que la Corte Constitucional ordenara al Ministerio de Salud saldar las deudas con las administradoras de riesgo, el problema de financiamiento sigue siendo una preocupación central que tiene un impacto directo en la prestación y calidad de los servicios de salud.

En línea con el estudio presentado el año pasado “El desfinanciamiento del sector salud ronda los 10 billones”, en conjunto con la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo – AFIDRO, el propósito de este documento es realizar una proyección sobre el faltante de recursos del sector salud para el 2024, con base en el aumento decretado de la UPC y de los Presupuestos Máximos. Asimismo, presentamos nuestras proyecciones sobre el aumento que debería tener la UPC en el 2025. Específicamente, este valor corresponde al aumento necesario que debiera tener este mecanismo para cubrir las necesidades por prestación de servicios de salud para el próximo año, sin que eso implique que se salde el déficit acumulado de años anteriores.

Para esto, el documento se divide en 4 partes. En la primera sección, se realiza un recuento de lo ocurrido con el sistema de la salud en lo corrido del año. Luego, se presenta la situación financiera de las principales EPS del sector. En la tercera parte, presentamos la estimación de la UPC a partir de 3 metodologías, así como el faltante en el sistema por Presupuestos Máximos. Finalmente, elaboramos algunas recomendaciones en torno al desfinanciamiento que enfrenta el sistema y sus potenciales soluciones.

1. Sistema de salud: 2024.

Como ha sido evidente en lo corrido del 2024, los prestadores y proveedores de salud continúan evidenciando problemas en la gestión de sus recursos. Lo anterior se evidenció con la intervención de Nueva EPS y Sanitas, dos de las EPS más grandes del país, las cuales contaban con 10 y 5,7 millones de usuarios, respectivamente. A lo anterior también se le agregó la petición de liquidación voluntaria de la EPS Compensar y la solicitud de retiro voluntario y total de las EPS Sura y Salud Bolívar.

A pesar de que en el corto plazo los efectos son graves pero manejables, debido a que el gobierno busca organizar y esclarecer la administración financiera de las aseguradoras, las consecuencias en el mediano plazo son bien conocidas. De hecho, todas las EPS que han sido intervenidas en el pasado han sido liquidadas, lo que genera conmoción en el sistema pues los usuarios deben ser trasladados a otras aseguradoras, lo que a su vez impone mayores presiones financieras y aumenta los tiempos de espera. Según nuestros cálculos, en el caso de Medimás, los tiempos para los usuarios aumentaron cerca de 14,4% luego de su intervención. Asimismo, esto puede impactar directamente la calidad de los servicios prestados, pues deben extender su capacidad de atención con los mismos recursos físicos y humanos.

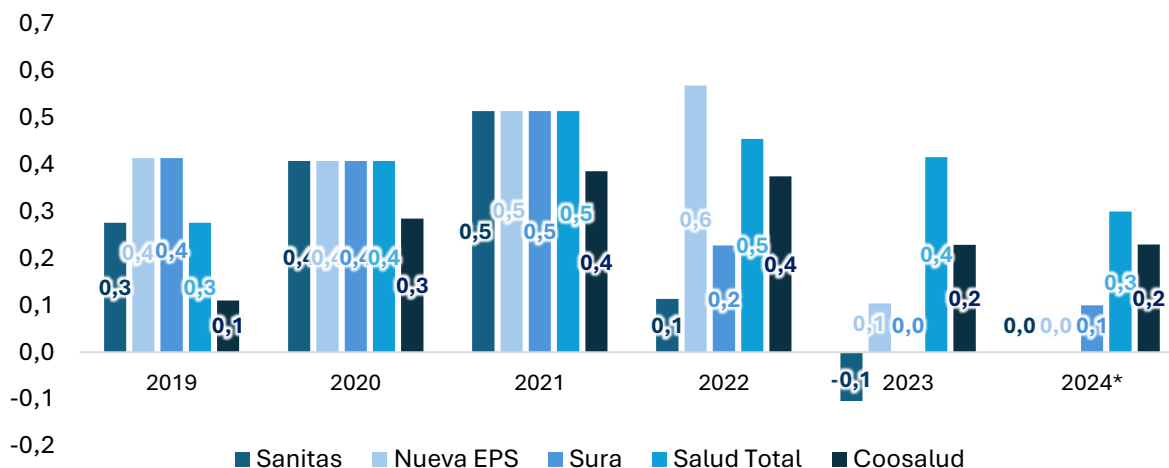
Por otro lado, el gobierno ha querido implementar un nuevo modelo de salud y el Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio (Fomag), el cual cobija cerca de 820.000 usuarios, fue su prueba piloto. No obstante, este modelo ha mostrado efectos negativos. De hecho, como lo veníamos alertando, el nuevo modelo generó una fragmentación de los servicios. Desde la entrada en vigencia del modelo se registraron más de 110 quejas diarias, asociadas a la cancelación de citas y la interrupción en la entrega de medicamentos vitales para enfermedades como la diabetes, VIH y cáncer.

Cabe resaltar que este modelo buscaba eliminar la intermediación en la prestación de los servicios, por medio de la asignación de la Fiduprevisora como la entidad encargada de la dirección, operación y organización de la red. Con esto, dicha entidad se convierte en la única encargada de coordinar a más de 1.500 prestadores en el territorio. Asimismo, instaura un Sistema Unificado de Información en Salud (Suim) que centraliza la información epidemiológica de los pacientes. Lo anterior, evidencia una semejanza con el modelo planteado originalmente en la reforma a la salud del Gobierno y da luces sobre lo problemático que sería contar con un esquema similar en el sistema de salud.

2. Estado de las finanzas de las EPS:

Al analizar el estado de las finanzas de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), uno de los actores más importantes del sistema, su patrimonio muestra un deterioro importante durante los últimos años (Gráfico 1). Específicamente, si se estudian las 5 EPS de mayor tamaño, según el número de usuarios afiliados, se observa que en el 2023 hubo una disminución pronunciada en el patrimonio de estas organizaciones. Lo anterior, derivado de las deudas causadas en vigencias anteriores por una mayor presión de la demanda. De hecho, la cobertura de más de la mitad de los afiliados en el sector está a cargo de la Nueva EPS, Sanitas, Sura y Salud Total. Estas a su vez, coinciden con las EPS de mayor recepción de usuarios.

Gráfico 1. Patrimonio 2019-2024
(\$ billones de pesos de 2024, 2019 – 2024)



*datos con corte a junio (2024)

*No se reportaron datos para la Nueva EPS en el 2024

Fuente: Elaboración ANIF con base en el Catálogo de cuentas financieras. Supersalud.

En particular, preocupa que para 2023 Sanitas registró un patrimonio negativo, lo que evidencia la apretada situación financiera que atravesó esta EPS. Con lo anterior, resulta fundamental atacar el problema estructural que vive hoy el sistema, que es en esencia **financiero**. De esta manera se podrán sentar las bases y concertar una reforma que construya un sistema eficiente y sostenible en el tiempo.

3. Estimación del faltante a 2024 y proyecciones para 2025

A continuación, presentamos las metodologías utilizadas para realizar la estimación sobre la suficiencia de la UPC durante el 2024 y el 2025. A su vez, se presenta la metodología para el caso de los Presupuestos Máximos.

Unidad de pago por capitación – UPC

Para valorar el desfinanciamiento de esta fuente de recursos, utilizamos tres metodologías: la primera es un ejercicio de proyección de los usos del sistema; la segunda y la más conocida, el cálculo actuarial, y la tercera, utilizando un modelo de componentes de gastos que se desarrolló hace unos años bajo el proyecto de Acuerdo Vital, construyendo un plan sostenible para el sistema de salud (2022)¹. Vale la pena resaltar que ninguno de los cálculos de estimación de UPC contempla la destinación del 5% de la UPC para la operación de los equipos básicos en salud.

¹ Restrepo. Et al (2022). Acuerdo vital: Construyendo un plan sostenible para el sistema de salud.

Lo anterior, teniendo en cuenta la medida cautelar proferida por parte de la Corte Constitucional en el Auto 875 de 2024 en donde se decreta la inaplicabilidad de la norma en tanto el Consejo de Estado no emita una decisión de fondo.

3.1 Usos

La primera metodología, emplea la información de los usos del sistema, que son los recursos que se destinan a los diferentes tipos de gasto. Estos contemplan la UPC del régimen contributivo y subsidiado, licencias de maternidad, incapacidades, presupuestos máximos, entre otros. Así las cosas, la Tabla 1 resume el agregado de estos recursos para las últimas vigencias con información, así como la proyección de incremento para el 2024 y 2025. En paralelo, se observa cuál fue el incremento decretado para la UPC en cada vigencia, junto con el ajuste que estimamos debió realizarse, con base en el crecimiento de los usos reportados por el sistema en los últimos años. Específicamente, para el 2024 la brecha entre lo estimado y lo decretado se sitúa en 2,4pp, pues según nuestros cálculos la UPC debió tener una variación anual de 14,4%, no obstante, aumentó apenas 12%. Bajo esta metodología, en el 2025 estimamos que la tasa de crecimiento de la UPC debe ser de aproximadamente 17,3%. Lo anterior obedece a un incremento sostenido en los recursos que emplea el sistema para atender la prestación de servicios, en respuesta al incremento en la demanda por parte de los usuarios

Tabla 1. Estimación del crecimiento de la UPC por la metodología de Fuentes y Usos
(\$ billones de pesos, 2021 – 2025)

Año	(\$ billones)		Crecimiento (%) anual			Brecha (2)-(1)
	Real	Nominal	Decretado (1)	Estimado (2)	Real estimado	
2021	73,1	56,0	5,2	9,3	3,5	4,1
2022	77,0	66,7	18,2	19,2	5,4	1,0
2023	83,4	79,0	16,2	18,4	8,3	2,2
2024*	90,4	90,4	12,0	14,4	8,4	2,4
2025*	102,1	106,1	N.A	17,3	12,9	N.A

*Datos proyectados

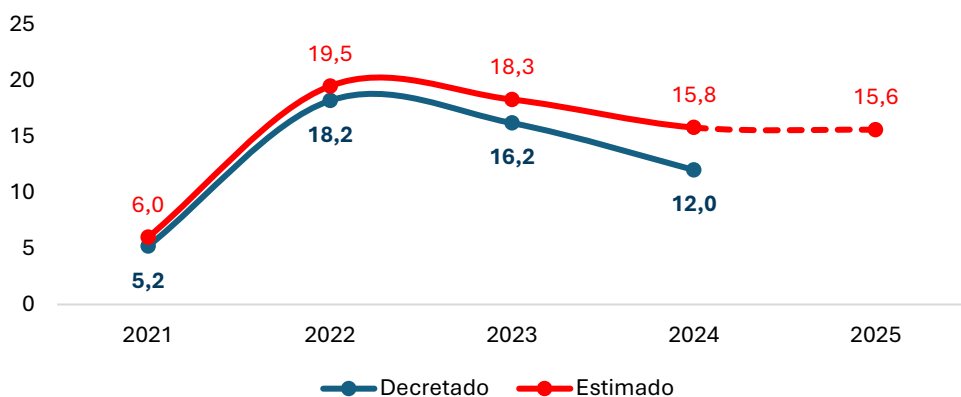
Fuente: estimación ANIF

3.2 Cálculo actuarial

Ahora bien, el segundo método se basa en el análisis y cálculo que utiliza el Ministerio de Salud para evaluar el crecimiento de la UPC anual. Este reúne una serie de ecuaciones y variables que permiten medir la prima indicada. Específicamente, se calcula con base en variables como: siniestros, gastos por ajustes de siniestros, gastos fijos, gastos variables como porcentaje de las primas, el nivel de utilidad, entre otros. A partir de esto, se llega a una relación de costos sobre ingresos, con la cual se calcula el valor. Es decir, con este cálculo, se hallan los ingresos que **al menos** igualan los costos del sistema.

De acuerdo con este método, se obtienen las estimaciones sobre el aumento que debió tener la UPC, como muestra el Gráfico 2. En lo que corresponde al pico que se observa en el 2022, este no se refiere a un incremento propio de la prima, sino de la inclusión de medicamentos y tecnologías que estaban previamente excluidos del Plan Básico en Salud (PBS), y la sobreutilización de los servicios post Covid-19. Como advertimos en el anterior estudio publicado, los resultados sugieren que desde el 2021, el incremento de la UPC ha estado subestimado y que la brecha ha ido en aumento.

Gráfico 2. Crecimiento anual de la prima de riesgo 2021 a 2024
(%)



Fuente: Elaboración ANIF con base en MSPS.

Específicamente para el 2024, nuestras estimaciones evidencian que el valor de la UPC debió estar 3,8pp por encima del valor decretado, lo que a su vez implica un faltante equivale a \$7 billones. Lo anterior es muestra del desfinanciamiento que existe en el sistema y los riesgos que surgen de esta problemática. Asimismo, es de resaltar que la brecha es cada vez más pronunciada. Lo anterior, se asocia a las dinámicas poblacionales y macroeconómicas que impactan directamente la demanda del sistema y por ende la prima de riesgo. Con lo anterior, para 2025 estimamos un incremento de 15,6% para la UPC.

3.3 Componentes de gasto

Finalmente, con respecto a la última metodología utilizada para el cálculo de la UPC, se realizó un modelo de componentes de gasto, desarrollado inicialmente en conjunto con AFIDRO durante el proyecto Acuerdo Vital, construyendo un plan sostenible para el sistema de salud (2022). Este tenía el propósito de analizar cómo en un horizonte de tiempo de largo plazo, evolucionaba el gasto en salud. Específicamente, para este ejercicio, se obtuvieron los datos observados de incrementos poblacionales, cambio técnico y utilización de servicios. A partir de dichas variaciones en el modelo, se incluyó el aumento en los precios que permitía tener un nivel de gasto consecuente con las variaciones en los parámetros mencionados. De esta manera, se obtuvo el crecimiento real del gasto para cada año y, con base en nuestras proyecciones de inflación, se halló el crecimiento nominal, según se observa en la Tabla 2.

De manera puntual, si se incluye el cambio poblacional, el crecimiento técnico y el aumento en la utilización de servicios, la metodología arroja como resultado que, entre el 2022 y el 2024, la UPC debió crecer por encima de lo decretado. Se observa una brecha equivalente a 5pp para el 2022, 3,4 para el 2023 y 4,5 para el 2024. Si esto se cuantifica, nuestras estimaciones indican un faltante equivalente a: \$2,5 billones, \$5,0 billones y \$8,9 billones, respectivamente. Bajo esta metodología, el déficit acumulado entre 2022 y 2024 asciende a \$16,5 billones. Asimismo, a partir de esta metodología estimamos un aumento de la UPC equivalente a 16,3% para el 2025.

Tabla 2. Estimación del crecimiento de la UPC por la metodología de Componentes de gasto
(parámetros (%), crecimiento (%) anual, 2022 – 2024)

Año	Población	Crecimiento técnico	Utilización	Crec. real del gasto	Inflación	Crec. nominal del gasto (1)	Crecimiento decretado UPC (2)	Brecha (pp) (1)-(2)
2022	1,8%	3,2%	3,9%	8,9%	13,2%	23,2%	18,2%	5,0
2023	1,8%	3,4%	4,2%	9,4%	9,3%	19,6%	16,2%	3,4
2024	1,7%	3,7%	4,9%	10,3%	5,6%	16,5%	12,0%	4,5
2025	1,5%	4,5%	5,9%	11,9%	3,9%	16,3%	N.A	N.A

Fuente: Elaboración ANIF

Con todo lo anterior, la Tabla 3 resume las estimaciones de cálculo de la UPC a partir de las 3 metodologías anteriormente explicadas, así como las brechas para cada uno de los años de análisis. Según nuestras estimaciones, el aumento de la UPC para el 2025, según el promedio de las metodologías expuestas, equivale a **16,4%**. Vale la pena resaltar que este incremento no tiene en cuenta las deudas acumuladas de años anteriores.

Tabla 3. Resumen resultados estimación de crecimiento de la UPC
(crecimiento (%) anual, 2021 – 2024)

Indicadores	2021	2022	2023	2024	2025
Aumento UPC					
1. Fuentes y usos	9,3%	19,2%	18,4%	14,4%	17,3%
2. Cálculo actuarial	6,0%	19,5%	18,3%	15,8%	15,6%
3. Componentes de gasto	-	23,2%	19,6%	16,5%	16,3%
Crecimiento promedio metodologías propuestas (%)	7,7%	20,6%	18,8%	15,6%	16,4%
Aumento nominal decretado (%)	5,2%	18,2%	16,2%	12,0%	N.A
Brecha entre crecimiento (%) UPC promedio propuesto y UPC decretada	2,5pp	2,4pp	2,6pp	3,6pp	N.A

Fuente: Elaboración ANIF cálculos propios.

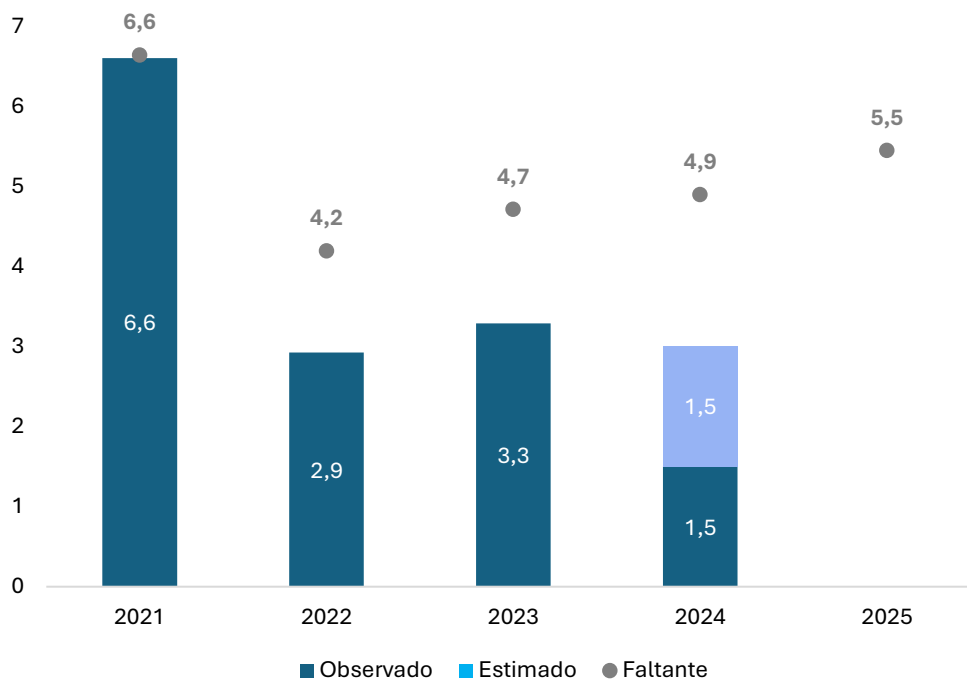
Presupuestos máximos (PM)

Con respecto a la metodología que se usó para calcular el faltante de los presupuestos máximos (PM), en primer lugar, se utilizaron los datos de Lupa al Giro, reportados por la ADRES. Estos contienen registros de los montos solicitados y montos aprobados de presupuestos máximos por parte de las EPS e IPS, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado. A partir de esta información, se estimó el porcentaje girado con respecto al solicitado. Para efectos del estudio, el pronóstico se hizo para el agregado entre el régimen subsidiado y el contributivo. Así mismo, en el cálculo del faltante se incluyó la incorporación de medicamentos y tecnologías que hacían parte de la bolsa de PM a la UPC. Además, vale la pena resaltar que para el 2024 si bien la ADRES realizó unos pagos en febrero, marzo y mayo equivalentes a \$18mm, \$538mm y \$547mm respectivamente, estos no se acumularon al pago de dicho año sino correspondieron a la vigencia del 2023. Siendo así, para el faltante del 2024, se tomó la tasa de crecimiento del valor neto girado entre 2022 y 2023 y se multiplicó por el valor del 2023. Con respecto al valor faltante del 2025 este se calculó como el valor del 2024 incrementado 15,6%. Este último valor corresponde a la tasa de crecimiento de la UPC por la metodología del cálculo actuarial estimada en el presente estudio.

Específicamente, teniendo en cuenta los desembolsos de la ADRES en lo corrido del año, esperamos que el 2024 cierre con un total de \$3 billones por desembolsos (Gráfico 3). Lo anterior implica que para el 2024 harán falta \$1,9 billones por PM. Ahora bien, si acumulamos el faltante por PM entre 2022 y 2024, el déficit acumulado asciende a \$4,6 billones. Si tomamos el costo promedio de un tratamiento para un paciente diagnosticado con diabetes tipo 2, la deuda

acumulada por PM equivaldría a que 327,000 pacientes diagnosticados con esta enfermedad pararan de recibir su tratamiento continuo.

Gráfico 3. Incremento estimado Presupuestos Máximos
(billones a precios de 2024, 2020-2025)



Fuente: Elaboración ANIF cálculos propios.

Las anteriores estimaciones, tanto de Presupuestos Máximos como de UPC implican una necesidad presupuestal, a precios de 2024, equivalente a **\$19,7 billones** entre el 2022 y el 2024 según la Tabla 2. Estos recursos son equivalentes a cubrir la UPC de 15,7 millones de personas que en el 2023 se encontraron en situación de pobreza monetaria. Lo anterior, evidencia el grave problema de financiamiento del sistema.

Tabla 2. Necesidad presupuestal UPC y Presupuestos Máximos
(\$ billones, 2022 – 2024)

Año	UPC	PM
2022	\$ 2,8	\$ 1,3
2023	\$ 4,4	\$ 1,4
2024	\$ 8,0	\$ 1,9
Acumulado	\$ 15,1	\$ 4,6

Fuente: estimación ANIF

Recomendaciones

A partir de lo anterior, desde ANIF proponemos una serie de recomendaciones en línea con las planteadas en el estudio del año anterior. La principal de ellas se centra en realizar una evaluación integral con múltiples variables de información que permita un ajuste adecuado de la UPC. Esta evaluación deberá realizarse ex post según indicadores macroeconómicos y de utilización de servicios que se observen durante el año y no únicamente con proyecciones. Según expertos consultados en estudios previos, es fundamental que este tipo de ajuste posterior sea realizado durante los próximos 5 a 7 años para ajustar el faltante de recursos del sistema.

Por otro lado, desde ANIF consideramos que es fundamental fortalecer los sistemas de información y auditoría para llevar un control más riguroso sobre las cuentas por cobrar y por pagar por parte de los distintos actores en el sistema. El acceso oportuno a la información permite generar transparencia sobre los recursos y así evitar discrepancias entre actores, lo cual permite fortalecer la credibilidad del sistema. No obstante, consideramos que el fortalecimiento de estos sistemas no requiere una reforma total y por el contrario puede ser realizada de manera independiente.

Asimismo, consideramos que es importante realizar un ajuste de riesgo por condiciones de salud. Lo anterior va en línea con la diferencia en las cargas epidemiológicas que enfrentan algunas EPS. Por su parte, las EPS que enfrentan estas mayores cargas son a su vez quienes han recibido a la mayoría de los usuarios por traslados voluntarios o liquidación de otras EPS. Como propusimos en años anteriores y como solución de corto plazo, se podría reconocer un valor de UPC por pacientes trasladados.

Finalmente, consideramos unas recomendaciones en torno al sistema en general. En primer lugar, es fundamental incentivar la utilización consciente de los recursos en el sistema de salud. Lo anterior podría generarse mediante un esquema de pago por resultados en salud y eficiencia, en lugar de la cantidad de servicios prestados. Además, es fundamental flexibilizar los estándares de calidad para la atención en zonas dispersas, así como mejorar la distribución del talento humano en salud en el territorio.