

El desfinanciamiento del sector salud ronda los \$10 billones

El sistema de salud hoy atraviesa momentos de incertidumbre, en particular en lo que se refiere al financiamiento. A raíz de la situación en donde aseguradores, prestadores y proveedores en el sistema han evidenciado problemas en la gestión de los recursos, ha resurgido la discusión sobre la suficiencia del presupuesto, en el marco de la pospandemia.

En este sentido, ANIF – Centro de Estudios Económicos junto con la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo – AFIDRO, evaluamos y calculamos el hueco fiscal de la subestimación de la UPC y de los Presupuestos Máximos de 2021 a 2023, y mostramos nuestra proyección para lo que debería ser el aumento de 2024 en los dos rubros. Para lograr este propósito dividimos el documento en tres partes. En la primera presentamos las generalidades del funcionamiento del sistema. Seguido de esto, explicamos los cálculos de estimación para ambos mecanismos y los principales hallazgos del ejercicio. Finalmente, con el análisis realizado, se ponen sobre la mesa las recomendaciones que recopilamos en mesas de discusión con actores para la situación que aqueja al sistema.

Generalidades del sistema

El sistema de salud en Colombia, con la incorporación de la Ley 100, funciona como un sistema de aseguramiento con compensación de cargas, y tiene el modelo holandés como referencia principal. Fue pionero en la región al buscar universalizar la cobertura del seguro de salud y disminuir la segmentación y fragmentación de servicios, que siguen siendo característicos en Latinoamérica, y en países de ingreso medio y bajo.

En este esquema de aseguramiento, se cuenta con una prima de riesgo, la Unidad de Pago por Capitación – UPC, que se fija para cada afiliado, teniendo en cuenta factores como edad, sexo, ubicación geográfica, riesgo epidemiológico, entre otros. Este monto es reconocido por las aseguradoras para garantizar la prestación de servicios y tecnologías que están incluidos dentro del Plan Básico en Salud (PBS). Así mismo, y según se conversó en las mesas técnicas con actores del sistema¹, la UPC no hace referencia a una prima que busque cubrir los costos asociados a una enfermedad específica, ni a una patología en un lugar particular del país. Por el contrario, es una variable que permite sumar todos los riesgos y obtener un valor promedio del costo asociado a este en el sistema.

¹ Agradecemos la participación de: Gustavo Campillo y Denis Honorio, representantes de los pacientes; Gestarsalud; a los consultores independientes Iván González y María Isabel Ospina; la ANDI y Asocajas.

Además, es importante entender que, para realizar el cálculo de la UPC, se tienen en cuenta datos de dos períodos anteriores al año que se busca proyectar. Es decir, para calcular el crecimiento del 2024 se utilizan los datos del 2022, destacando la relevancia del comportamiento de las variables macroeconómicas. Con esto en mente y según resaltaron algunos actores, la falta de eficiencia en el cálculo de la UPC también proviene de que luego del Covid-19 hubo choques a nivel macroeconómico que complejizaron los pronósticos.

En lo que respecta a los servicios que no se cargan a la UPC, se cuenta con el mecanismo de presupuestos máximos, una bolsa de recursos adicionales que financian todas las prestaciones que están excluidas del Plan Básico de Servicios (PBS). Esta figura se calcula por medio de un ejercicio técnico que incluye información histórica de los recobros², y las frecuencias de usos y tecnologías no PBS. Este instrumento de financiamiento se creó en aras de garantizar la prestación de los servicios sin que dependieran de la fuente de financiación, además respaldar la suficiencia, la eficiencia y el control de los recursos.

Antes de la pandemia, el cálculo de la UPC capturaba de manera óptima la prestación de los servicios de salud, sin embargo, después se generó un desfase, por los cambios derivados de las frecuencias de uso, los incrementos asociados a los costos, y así a los precios para la prestación de los servicios. A esto también se le sumaron los cambios en los patrones epidemiológicos de la población. Además, como resaltaron los actores en las mesas técnicas, nunca se realizó un ajuste en la UPC para los pacientes trasladados, aumentando la carga epidemiológica a ciertas EPS. En cuanto a los presupuestos máximos, también registraron un aumento significativo para 2021, que representó un incremento del gasto por encima del 10%. Este en particular, es un rubro que no tiene contención, de manera que, genera una gran preocupación.

Al considerar el desajuste de ambas primas de aseguramiento en los últimos años, resulta primordial evaluar cuánto es el monto de desfinanciamiento pospandemia para cada caso, y con esto cuantificar la magnitud del hueco fiscal del que todos los actores del sistema hablan.

Estimación del faltante a 2023 y proyecciones para 2024

Así las cosas, a continuación, presentamos varios métodos de estimación de la insuficiencia de la UPC para los últimos tres años (2021 – 2023) y se proyecta el crecimiento que consideramos debería tener esta prima para el 2024. A su vez, se realiza el mismo ejercicio para el caso de los presupuestos máximos, pero al tener menos disponibilidad de información, solo se desarrolló un cálculo.

Unidad de pago por capitación – UPC

² Solicitud de reembolso para la prestación de servicios no PBS que generó sobre costos y demoras en los pagos. Adicionalmente desincentivó la contención del gasto por parte de la EPS.

Para valorar el desfinanciamiento de esta bolsa de recursos utilizamos tres metodologías, la primera a través de un ejercicio de proyección de las Fuentes y Usos del Sistema, la segunda y la más conocida dentro del sistema, 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)³.

a. Fuentes y Usos

Antes de evaluar el crecimiento de los recursos destinados al aseguramiento, es relevante repasar brevemente la composición de los ingresos y gastos del sistema. Los recursos salen, en esencia, de las cotizaciones de los afiliados (35.7%), seguido del Presupuesto General de la Nación (PGN) con una participación de 33.1%, de manera que, el Sistema General de Participaciones (SGP), el SOAT y otros rubros cubren el 31.2% restante. Estos ingresos financian el aseguramiento para el régimen contributivo y el subsidiado, la prestación de los servicios No UPC, los programas de salud pública, entre otros.

Al no disponer de información publicada de manera oficial por el Ministerio de Salud, se proyectaron los usos del SGSSS y se calculó el crecimiento real, con la tendencia de los últimos cuatro años. Así las cosas, la Tabla 1 resume la proyección de 2021 a 2023, donde se puede observar que la brecha entre lo estimado y observado se reduce de 4.1pp en 2021, comparando un crecimiento estimado del 9.3% con el decretado de 5.2%, hasta el 1.9pp en 2023, pues según nuestros cálculos, este mecanismo debió haber tenido una variación anual de 18.1%, pero aumentó apenas 16.2%. Bajo esta metodología estimamos que, para 2024, la tasa de crecimiento que la UPC debe tener ronda 15.2%.

Tabla 1. Estimación del crecimiento de la UPC por la metodología de Fuentes y Usos
(\$ billones de pesos, 2021 – 2024)

Año	Contributivo (\$ billones)		Crecimiento (%) anual		Brecha (pp)
	Real	Nominal	Estimado	Observado	
2021	\$32.8	\$29.0	9.3%	5.2%	4.1
2022	\$35.0	\$35.0	20.7%	18.2%	2.5
2023	\$37.5	\$41.3	18.1%	16.2%	1.9
2024	\$40.4	\$47.7	15.2%	?	

Fuente: estimación ANIF.

b. Cálculo actuarial

Esta metodología se basa en el análisis y cálculo que usa el Ministerio de Salud para evaluar el crecimiento de la UPC anual. Reúne una serie de ecuaciones y variables que permiten medir la prima

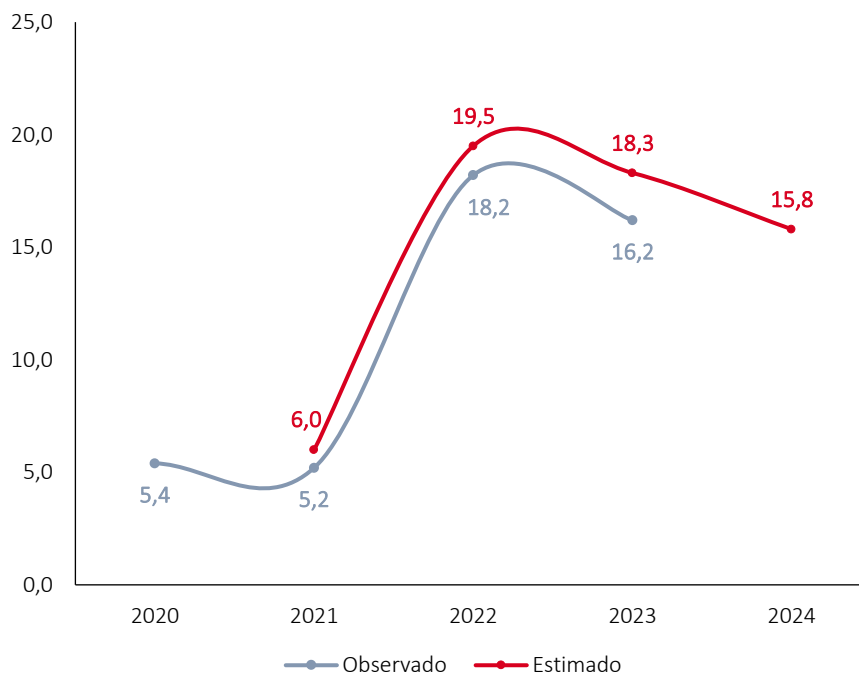
³ Restrepo. Et al (2022). Acuerdo vital: Construyendo un plan sostenible para el sistema de salud.

indicada. Específicamente, se calcula con base en variables como: siniestros, gastos por ajustes de siniestros, gastos fijos, gastos variables como porcentaje de las primas y el nivel de utilidad. A partir de esto, se llega a una relación de costos sobre ingresos, con la cual se calcula el valor.

De acuerdo con este método, se obtienen las estimaciones sobre el aumento que debió tener la UPC, como muestra el Gráfico 1. En lo que corresponde al pico que se observa en el 2022, no se refiere a un incremento propio de la prima, sino de la inclusión de medicamentos y tecnologías que estaban previamente excluidos del PBS, y la sobreutilización de los servicios post Covid-19. Esto lo que sugiere es que, específicamente desde el 2021, el incremento de la UPC ha estado subestimado y que la brecha ha ido en aumento.

Ahora, si se toman los últimos tres años, nuestras estimaciones indican que el valor de la UPC debió estar por encima del valor decretado, en 0.8pp para 2021, 1.3pp para 2022 y 2.1pp para 2023, como lo muestra Gráfico 1. Esto a su vez se traduce en un faltante relevante para el sistema de salud, que equivale a \$0.67 billones, \$1.8 billones y \$2.3 billones, para los tres años, respectivamente. Lo anterior evidencia el desfinanciamiento que existe en el sistema y los riesgos que surgen de esta problemática. Pues, lo anterior no implica que alguna EPS o prestador estén desfinanciados, sino que el derecho a la salud de los colombianos pende de un hilo.

Gráfico 1. Estimación del crecimiento de la UPC por la metodología de Cálculo actuarial
(crecimiento (%) anual, 2020 – 2024)



Fuente: estimación ANIF con datos de MSPS.

c. Componentes de gasto

Finalmente, con respecto a la última metodología 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 en un horizonte de tiempo de largo plazo cómo evolucionaba el gasto en salud. Puntualmente, 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 las proyecciones de inflación, se halló el crecimiento nominal, según se observa en la Tabla 2. Así, si se compara el crecimiento de la UPC estimada con el de la decretada, se observa un faltante que coincide con los valores encontrados con las otras dos metodologías.

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	Crecimiento decretado UPC	Brecha (pp)
2022	1.8%	2.4%	3.2%	7.3%	13.2%	20.5%	18.2%	2.3
2023	1.9%	2.7%	3.6%	8.3%	9.6%	17.8%	16.2%	1.6
2024	1.9%	2.8%	3.6%	8.4%	5.7%	14.1%	?	

Fuente: estimación ANIF.

Lo anterior da muestra que si se incluyen los cambios poblacionales, el crecimiento técnico y una mayor utilización de servicios, la UPC también debió crecer por encima de lo que efectivamente lo hizo. Ahora, si se cuantifica esta brecha, nuestras estimaciones establecen que para el 2022 hay un faltante equivalente a \$1.2 billones y para el 2023 de \$2.7 billones de la UPC.

En ese sentido, la Tabla 3 resume las estimaciones de los crecimientos de las metodologías propuestas y las brechas para cada uno de los años del análisis.

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

Indicadores		2021	2022	2023	2024
Propuestas de metodologías para el crecimiento de la UPC	1. Fuentes y usos	9.3%	20.7%	18.1%	15.2%
	2. Cálculo actuarial	6.0%	19.5%	18.3%	15.8%
	3. Componentes de gasto	-	20.5%	17.8%	14.1%

Crecimiento promedio metodologías propuestas (%)	7.7%	20.2%	18.0%	15.0%
Aumento nominal decretado (%)	5.2%	18.2%	16.2%	?
Brecha entre crecimiento (%) UPC promedio propuesto y UPC decretada	2.5pp	2.0pp	1.8pp	

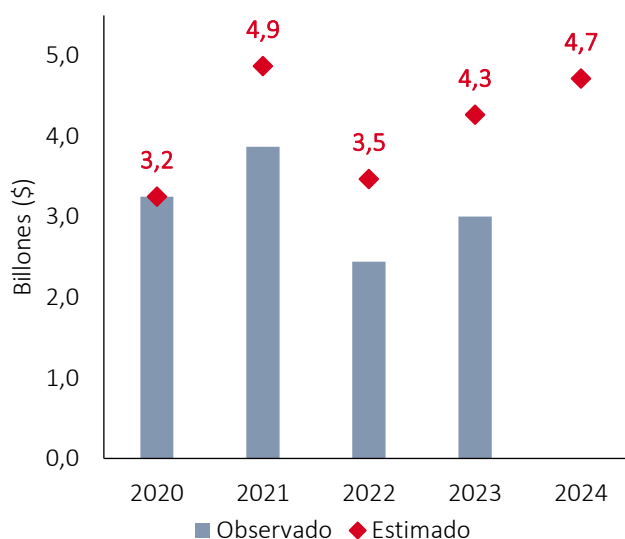
Fuente: estimación ANIF.

Presupuestos máximos

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 construyó una base con los montos entre el 2020 y 2023, y 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, en la metodología utilizada también se descontaron los montos reconocidos por parte del gobierno en octubre del 2022 y octubre del 2023 equivalentes a \$800 mm y \$116 mm, respectivamente.

A partir de esto se obtiene la estimación con respecto al incremento de Presupuestos Máximos, según el Gráfico 2. En primer lugar, se observa que desde el 2021 existe una brecha significativa entre el incremento observado y el estimado. Específicamente, para este año la brecha asciende a \$.3 billones, \$1.5 para 2022 y para 2023 a \$1.8 billones. Así mismo, desde ese año se evidencia una tendencia al alza del gasto destinado a presupuestos máximos y, dado que este se financia a partir del PGN, es fundamental que haya una correcta asignación y contención. Por otro lado, si se toma el incremento de \$4.7 billones para el 2024, nuestras estimaciones sugieren que esto equivale a un incremento de 10.6% de los presupuestos máximos.

Gráfico 2. Estimación del crecimiento de los Presupuestos Máximos
(\$ billones a precios de 2023, 2020 – 2024)



Fuente: estimación ANIF con datos de MSPS.

Las anteriores estimaciones, tanto de presupuestos máximos como de UPC⁴ implican una necesidad presupuestal, a precios de 2023, equivalente a \$9.7 billones entre el 2021 a 2023, según la **Tabla 4**. Este faltante evidencia el grave problema de financiamiento del sistema. De hecho, si se realiza una comparación, el déficit acumulado entre 2021-2023 permitiría cubrir la UPC⁵ promedio de 7.8 millones de personas, es decir aproximadamente, toda la población de Bogotá.

Tabla 4. Necesidad presupuestal UPC y presupuestos máximos
(\$ billones, 2021 – 2023)

Año	UPC	PM
2021	\$ 0.80	\$ 1.30
2022	\$ 2.00	\$ 1.50
2023	\$ 2.30	\$ 1.80
Acumulado	\$ 5.10	\$ 4.60

⁴ Con las estimaciones de la metodología de Fuentes y Usos a precios de 2023.

⁵ Se tomó el valor promedio de la UPC de ambos regímenes.

Fuente: estimación ANIF

Así mismo, si a esto se le agregan las estimaciones para el 2024, nuestros cálculos indican que existe una necesidad de \$44.6 billones para el 2024 versus los \$39.8 billones si se proyecta un crecimiento del 15% de la UPC, según la Tabla 5.

Tabla 5. Necesidad presupuestal 2024
(crecimiento (%) anual, \$ billones)

Prima de aseguramiento	Variación anual (%)	Billones (\$)
Unidad de pago por capacitación (UPC)	15.0%	\$ 39.8
Presupuestos máximos (PM)	10.6%	\$ 4.7
Necesidad presupuestal para 2024		\$ 44.6

Fuente: estimación ANIF.

Ahora, si se toma el PGN decretado para el 2024, el cual otorga \$35.3 billones (aprobados) para el aseguramiento en salud, claramente se evidencia una brecha faltante y la ausencia de recursos para cubrir este déficit. Además, cabe resaltar que estas necesidades presupuestales se enmarcan en una realidad en la que el presupuesto destinado a aseguramiento como porcentaje del PGN ha disminuido. Si se toma el monto destinado para este rubro para el 2023, este equivale al 8.2% del Presupuesto Total de la Nación. Ahora, si se tiene en cuenta el PGN decretado para el 2024, el aseguramiento en salud pierde 1.2pp de participación, el cual pasa a ser el 7.0% del PGN.

Lo anterior evidencia las presiones sobre el sistema y la necesidad de pensar nuevas formas de financiación para el sector de la salud.

Recomendaciones

A partir del estudio realizado y las mesas técnicas con distintos actores del sector, proponemos una serie de recomendaciones. En primer lugar, para evitar que se acumulen desfases hacia el futuro es fundamental realizar una evaluación ex-post del ajuste de la UPC, según los indicadores que se observaron durante el año. Es fundamental que dentro de estos indicadores se incluya la revisión de pronósticos sobre variables macroeconómicas pero también indicadores de utilización de los servicios. Lo anterior va en línea con la recomendación dada por actores técnicos del sistema, quienes resaltan la importancia de realizar un ajuste ex-post luego del Covid-19 debido al gran impacto de la pandemia en el sistema. Como resaltaron los consultores Iván González y María Isabel Ospina, es fundamental al menos realizar este tipo de ajuste durante los próximos 5-7 años para ajustar el hueco en el sistema.

La segunda recomendación que proponemos y teniendo en cuenta los impactos en el financiamiento del sistema de salud, así como en los actores de este, es fortalecer los sistemas de información financiera y contable. Lo anterior pues, si los actores tienen información diferente sobre las cuentas por cobrar y las cuentas por pagar se puede deslegitimar las cuantificaciones realizadas y surjan argumentos de corrupción y desviación de recursos. Esto genera incentivos a que los hacedores de política pública desvíen los esfuerzos a donde realmente no se necesita.

En tercer lugar, proponemos realizar un ajuste de riesgo por condiciones de salud. Esto puede resolver una parte importante de la problemática mencionada por los actores en las mesas técnicas, quienes coinciden en que algunas EPS han recibido cargas mayores de siniestralidad por los traslados voluntarios. A partir de un ajuste de riesgo se podría realizar una distribución más eficiente de los recursos y así atender integralmente las necesidades de salud de la población. Así mismo, es fundamental que este mecanismo se puede complementar con un ajuste ex-post en función de los resultados en salud. De esta manera se pueden balancear los incentivos entre los mecanismos de ajuste que reconocen un mayor monto por tener población con mayores niveles de riesgo. En línea con esta recomendación, en las mesas técnicas también se planteó una solución de corto plazo que establece reconocer un número de UPC por pacientes trasladados. De esta manera se podría compensar el atraso y la siniestralidad para algunos actores.

Por otro lado, realizamos recomendaciones en torno al sistema en general. Por un lado, es fundamental mejorar los mecanismos de contratación de los servicios y realizar una utilización consciente de los recursos en el sistema de salud. Además, en línea con la atención en zonas dispersas, existen mecanismos que permiten usar los recursos de manera más eficiente. Poder revisar estándares de habilitación técnica para la prestación de servicios puede ser útil para mejorar la atención en este tipo de zonas.

Finalmente, así como se proponen mecanismos para aumentar los recursos monetarios, también es fundamental realizar un esfuerzo por mejorar el talento humano en salud. Específicamente a nivel territorial. Este es uno de los cuellos de botella que existen en la atención y por tanto es fundamental contar con incentivos para la atracción de este tipo de talento.