

Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación 2023:

Recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado

Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

GUSTAVO FRANCISCO PETRO

Presidente de la República

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO

Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALADARRIAGA

Viceministro de la Protección Social

GERMÁN RAÚL CHAPARRO

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

JAIME ALBERTO VILLAMIL TORRES

Subdirector de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

JULIO CESAR CUBILLOS

Subdirector de Beneficios en Aseguramiento en Salud

Estudio realizado durante el 2022 y publicado en el 2023

Ministerio de Salud Protección Social

Carolina Corcho Mejía

Ministra de Salud y Protección Social

Luis Alberto Martínez Saldarriaga

Viceministro de Protección Social

Germán Raúl Chaparro

Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Amanda Vega Figueroa

Subdirectora de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Olinda Gutiérrez Álvarez

Subdirectora de Beneficios en Aseguramiento en Salud

Autores del Estudio

Adriana Marcela Caballero Otálora
Alida M. Saavedra González
Danilo Bonilla Morales
Erika Marcela Quintero Hernández
Genny Torres Ovalle
Giovanni Cortés Serrano
Giovanni Esteban Hurtado Cárdenas
Juan Carlos Linares Cifuentes
Luis Hernando Tocaruncho Ariza
María Ximena Meneses Gil
Ramiro Moreno Moreno
Ruth Rincón Castiblanco
Sahir Camilo Basto Fajardo

Contenido

Introducción.....	11
Objetivos.....	13
Objetivo General.....	13
Objetivos Específicos	13
Metodología del estudio	14
Tipo de Estudio.....	14
Período de Análisis	14
Unidad de Observación.....	14
Universo.....	14
Tipos de información	14
Variables y fuentes de información	15
Poblacional.....	15
De servicios y de la UPC.	16
Económicas	17
Gestión de la información.....	17
Solicitud de información.	19
Procesamiento de la calidad de la información.....	20
Verificación de la cobertura de la información.....	22
Metodología para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación.....	23
Métodos.....	24
Elementos actuariales para la estimación de la prima.....	26
Cálculo de la prima.	30
Indicación de tarifa.....	40
Método de estimación del diferencial para el departamento del Guainía	40
Desarrollo del estudio.....	42
Análisis descriptivo de la información reportada desde la estructura del Sistema General de Seguridad Social	43
Régimen Contributivo.....	43
Régimen Subsidiado.....	51

Estudio poblacional.....	64
Comportamiento demográfico en Colombia 2010 – 2021	64
Análisis de población equivalente EPS selección.....	72
Extensión de uso de los servicios de salud de las EPS de selección.....	89
Caracterización de los perfiles de morbimortalidad por la demanda atendida y reportada, en los regímenes contributivo y subsidiado del S.G.S.S.S	97
Perfiles De Morbimortalidad De La Población Atendida Por El Sistema	98
Análisis de los estados financieros de las aseguradoras.	117
Régimen Contributivo.....	117
Régimen Subsidiado.....	127
Estimación y suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación	134
Régimen Contributivo.....	134
Régimen Subsidiado.....	146
Conclusiones y Recomendaciones	147
Referencias	153
Anexos.....	154
Anexo 1. Variables Poblacionales.....	154
Anexo 2. Variables de Servicios	156
Anexo 3. Variables de la UPC	160
Anexo 4. Solicitud de información a aseguradoras para el Estudio de suficiencia de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2021.	162
Anexo 5 – Nota técnica UPC 2023.....	163

Índice de tablas

TABLA 1. TRIÁNGULO DE RESERVAS PARA EL CÁLCULO DEL IBNR.....	32
TABLA 2. EJEMPLO DE LAS RELATIVIDADES DADAS POR SEXO Y ZONA	37
TABLA 3. EJEMPLO DE LAS RELATIVIDADES COMBINADAS	37
TABLA 4. CÁLCULO DE PRIMAS.....	38

TABLA 5. POBLACIÓN EQUIVALENTE, REGISTROS, Y VALORES REPORTADOS POR LAS EPS PARA LA CONFORMACIÓN DE LA BASE DE SELECCIÓN. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.....	44
TABLA 6. VALORES ABSOLUTOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ZONA DE LOS REGISTROS, VALOR TOTAL Y POBLACIÓN EQUIVALENTE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO AÑO 2021.	46
TABLA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO REPORTADO POR ÁMBITO DE ATENCIÓN Y ZONA DE RIESGO UPC. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.	46
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DEL VALOR TOTAL REPORTADO POR EPS SEGÚN FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO. FORMATO DE COBERTURA. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.	47
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN DEL VALOR TOTAL REPORTADO POR FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD. AÑO 2021	47
TABLA 10. DISTRIBUCIÓN DEL VALOR TOTAL REPORTADO POR FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO SEGÚN EN ÁMBITO DE ATENCIÓN. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.	48
TABLA 11. REPORTE DE LAS EPS DE SELECCIÓN PARA LA ESTIMACIÓN DE LA UPC RÉGIMEN CONTRIBUTIVO AÑOS 2010- 2021.	48
TABLA 12. REGISTROS Y VALORES REPORTADOS POR LAS EPS PARA LA CONFORMACIÓN DE LA BASE DE SELECCIÓN. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.	52
TABLA 13. VALORES ABSOLUTOS Y DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR ZONA DE LOS REGISTROS, VALOR TOTAL Y POBLACIÓN EQUIVALENTE RÉGIMEN SUBSIDIADO AÑO 2021.	53
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO REPORTADO POR ÁMBITO DE ATENCIÓN Y ZONA DE RIESGO UPC. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.	54
TABLA 15. DISTRIBUCIÓN DEL VALOR TOTAL REPORTADO POR EPS SEGÚN FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO. FORMATO DE COBERTURA. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.....	54
TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DEL VALOR TOTAL REPORTADO POR FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LOS SERVICIOS DE SALUD RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021	55
TABLA 17. DISTRIBUCIÓN DEL VALOR TOTAL REPORTADO POR FORMA DE RECONOCIMIENTO	56
TABLA 18. CÓDIGOS DE REPORTE DE LAS ACTIVIDADES DIFERENCIALES DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS	57
TABLA 19. NÚMERO DE REGISTROS REPORTADOS POR LAS EPSI DE ACTIVIDADES DIFERENCIALES.....	57
TABLA 20 REGISTROS DE PROCEDIMIENTOS POR CÓDIGO DE ACTIVIDADES DIFERENCIALES:.....	58
TABLA 21 PERSONAS ATENDIDAS ACTIVIDADES DIFERENCIALES.....	59
TABLA 22 PERSONAS ATENDIDAS POR CÓDIGO DE ACTIVIDADES DIFERENCIALES	60
TABLA 23. VALORES REPORTADOS POR LAS EPSI EN CUANTO A LAS ATENCIONES DIFERENCIALES.	62
TABLA 24 VALORES DE ACTIVIDADES DIFERENCIALES REGISTRADOS POR CÓDIGO DE ACTIVIDAD	62
TABLA 25. VALORES A AJUSTAR DE LAS ACTIVIDADES DIFERENCIALES EN EL MARCO DEL MODELO DIFERENCIAL DE GUAINÍA	63
TABLA 26 DISTRIBUCIÓN DE LOS AFILIADOS EQUIVALENTES AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO. AÑO 2021.....	73
TABLA 27 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA EQUIVALENTE POR EPS. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.....	75
TABLA 28 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA EQUIVALENTE POR EPS. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.....	76
TABLA 29 ESTADÍSTICOS DE PRUEBA WILCOXON. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 2021.	77
TABLA 30 DISTRIBUCIÓN DE LOS AFILIADOS EQUIVALENTES AL RÉGIMEN SUBSIDIADO POR GRUPOS ETARIOS Y SEXO. AÑO 2021.....	80
TABLA 31 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA EQUIVALENTE POR EPS. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.....	83

TABLA 32 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN AFILIADA EQUIVALENTE POR DEPARTAMENTO. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021	84
TABLA 33 ESTADÍSTICOS DE PRUEBA WILCOXON. RÉGIMEN SUBSIDIADO 2021.	85
TABLA 34 PARTICIPACIONES SOBRE POBLACIÓN AFILIADA Y POBLACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS POR DEPARTAMENTO	91
TABLA 35 EXTENSIÓN DE USO POR DEPARTAMENTO Y RÉGIMEN DE AFILIACIÓN. AÑO 2021.....	94
TABLA 36. ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES COMPARATIVO 2020-2021.....	118
TABLA 37. INGRESOS POR EPS.....	119
TABLA 38. INGRESOS DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS	120
TABLA 39. COSTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD POR EPS.....	122
TABLA 40. COSTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	123
TABLA 41. COSTO - ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - UPC.....	123
TABLA 42 COSTOS - ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD NO UPC	125
TABLA 43. GASTOS POR EPS.....	126
TABLA 44. RESULTADO DEL EJERCICIO – UTILIDAD.....	126
TABLA 45. ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES RÉGIMEN SUBSIDIADO	128
TABLA 46 INGRESOS RÉGIMEN SUBSIDIADO	128
TABLA 47. INGRESOS RÉGIMEN SUBSIDIADO POR EPS	129
TABLA 48. COSTOS RÉGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO POR EPS.....	131
TABLA 49. GASTOS RÉGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO POR EPS.....	132
TABLA 50 RESULTADOS DATOS PANEL ESTIMACIÓN GASTO EN SALUD EN LOGARITMOS.....	135
TABLA 51 TRIANGULO DE LAS RESERVAS DEL IBNR (MILLONES DE \$)	137
TABLA 52. RESERVA DEL IBNR DEL GASTO EN SALUD (MILLONES DE \$).....	137
TABLA 53. TRENDING PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 2019-2021.....	138

Índice de graficas

GRÁFICA 1. SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA EL ESTUDIO DE SUFICIENCIA Y EL CÁLCULO DE LA UPC	18
GRÁFICA 2. PERÍODOS DE ESTIMACIÓN	33
GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO REPORTADO POR ÁMBITO DE PRESTACIÓN. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑOS 2020 Y 2021.....	45
GRÁFICA 4. SEVERIDAD DE LAS EPS DE SELECCIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.	49
GRÁFICA 5. VARIACIÓN DE LA SEVERIDAD EPS SELECCIÓN. AÑOS 2020-2021. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.	49
GRÁFICA 6. FRECUENCIA DE LAS EPS SELECCIONADAS. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.	50
GRÁFICA 7. VARIACIÓN DE FRECUENCIAS DE LAS EPS SELECCIONADAS DE 2020 A 2021. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.	51
GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GASTO REPORTADO POR ÁMBITO DE PRESTACIÓN. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑOS 2020 Y 2021.....	53
GRÁFICA 9. COMPORTAMIENTO DEL REPORTE DE LAS EPS INDÍGENAS ENTRE EL 2011 Y 2021	56
GRÁFICA 10 TENDENCIA POBLACIONAL DANE Y BDU, Y DE COBERTURA AL SGSSS. AÑOS 2010 - 2021	64
GRÁFICA 11 AFILIACIÓN AL SGSSS POR SEXO Y GRUPO DE EDAD QUINQUENAL. AÑOS 2010 Y 2021	65
GRÁFICA 12 ÍNDICE DE MASCULINIDAD SEGÚN LOS GRUPOS DE EDAD DEL CICLO DE VIDA EN EL AÑO 2021	66
GRÁFICA 13 VENTANA DE OPORTUNIDAD DEL BONO DEMOGRÁFICO EN COLOMBIA	69

GRÁFICA 14 COMPORTAMIENTO DE LA RAZÓN DE DEPENDENCIA. COLOMBIA. 2009-2021	70
GRÁFICA 15 COMPORTAMIENTO DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA POR EDAD JOVEN. COLOMBIA. 2009-2021.....	71
GRÁFICA 16 COMPORTAMIENTO DE LA RELACIÓN DE DEPENDENCIA POR EDAD AVANZADA. COLOMBIA. 2009-2021.	72
GRÁFICA 17 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIADOS EQUIVALENTES AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y DE LA PROYECCIÓN NACIONAL. AÑO 2021	74
GRÁFICA 18 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA NORMAL. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021	78
GRÁFICA 19 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA CIUDADES. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021	78
GRÁFICA 20 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA ESPECIAL. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021	79
GRÁFICA 21 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA ALEJADA. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021	79
GRÁFICA 22 DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DE AFILIADOS EQUIVALENTES AL RÉGIMEN SUBSIDIADO Y DE LA PROYECCIÓN NACIONAL. AÑO 2021	82
GRÁFICA 23. DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA NORMAL. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.	85
GRÁFICA 24 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA CIUDADES. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.	86
GRÁFICA 25 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA ESPECIAL. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.	86
GRÁFICA 26 DISTRIBUCIÓN DE POBLACIÓN EQUIVALENTE POR GRUPO ETARIO EN ZONA ALEJADA. RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.	87
GRÁFICA 27. DISTRIBUCIÓN POBLACIÓN POR RÉGIMEN EN EL DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA.....	88
GRÁFICA 28. DISTRIBUCIÓN POBLACIONAL DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINÍA	88
GRÁFICA 29 EXTENSIÓN DE USO SGSSS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO 2021	89
GRÁFICA 30 EXTENSIÓN DE USO RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.....	96
GRÁFICA 31 EXTENSIÓN DE USO RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021	97
GRÁFICA 32. EXTENSIÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR GRUPO DE EDAD. SEXO FEMENINO. R.C. AÑO 2021.	101
GRÁFICA 33. EXTENSIÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR GRUPO DE EDAD. SEXO MASCULINO. R.C. AÑO 2021.	102
GRÁFICA 34. CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO FEMENINO. R.C. AÑO 2021.	104
GRÁFICA 35. CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO MASCULINO. R.C. AÑO 2021.....	105
GRÁFICA 36. OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD ASOCIADAS A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS POR GRUPO DE EDAD. AMBOS SEXOS. R.C. AÑO 2021.....	106
GRÁFICA 37. CONTACTOS MAL DEFINIDOS CON LOS SERVICIOS POR GRUPO DE EDAD. AMBOS SEXOS. R.C. AÑO 2021.	107
GRÁFICA 38. CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO FEMENINO. R.C. AÑO 2021.	108
GRÁFICA 39. CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO MASCULINO. R.C. AÑO 2021.....	108
GRÁFICA 40. EXTENSIÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR GRUPO DE EDAD. SEXO FEMENINO. R.S. AÑO 2021.	110

GRÁFICA 41. EXTENSIÓN DE USO DE LOS SERVICIOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN POR GRUPO DE EDAD. SEXO MASCULINO. R.S. AÑO 2021.	110
GRÁFICA 42. CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO FEMENINO. R.S. AÑO 2021.	112
GRÁFICA 43. CAUSAS DE MORBILIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO MASCULINO. R.S. AÑO 2021.	113
GRÁFICA 44. OTRAS CAUSAS DE MORBILIDAD ASOCIADAS A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD POR GRUPO DE EDAD. AMBOS SEXOS. R.S. AÑO 2021.	114
GRÁFICA 45. CONTACTOS MAL DEFINIDOS CON LOS SERVICIOS POR GRUPO DE EDAD. AMBOS SEXOS. R.S. AÑO 2021.....	115
GRÁFICA 46. CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO FEMENINO. R.S. AÑO 2021.	116
GRÁFICA 47. CAUSAS DE MORTALIDAD POR GRUPO DE EDAD. SEXO MASCULINO. R.S. AÑO 2021.	117
GRÁFICA 48 COMPORTAMIENTO DEL GASTO MENSUAL Y CÁLCULO DEL IBNR	137
GRÁFICA 49 EVOLUCIÓN DE REGISTRO DE ACTIVIDADES EN LOGARITMOS	139
GRÁFICA 50 IDENTIFICACIÓN DEL COMPONENTE DE TENDENCIA PARA LA VARIABLE DE FRECUENCIAS	141
GRÁFICA 51. COMPONENTE ESTACIONAL, CÍCLICO Y ACCIDENTALIDAD DE LA FRECUENCIA.....	142
GRÁFICA 52. REGISTRO DE ACTIVIDADES (FRECUENCIA): IDENTIFICACIÓN DE LOS COMPONENTES DE TENDENCIA, ESTACIONALIDAD, CÍCLICO Y ACCIDENTALIDAD	143

Índice de mapas

MAPA 1. MAPA DEL DEPARTAMENTO DE GUAINÍA, DIVISIÓN POLÍTICA Y LÍMITES TERRITORIALES.....	41
MAPA 2. EXTENSIÓN DE USO POR DEPARTAMENTO. EPS DE SELECCIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO. AÑO 2021.....	92
MAPA 3. EXTENSIÓN DE USO POR DEPARTAMENTO. EPS DE SELECCIÓN DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO. AÑO 2021.....	93

Para garantizar el derecho fundamental a la salud a los colombianos, en cumplimiento de los mandatos legales señalados por la Ley Estatutaria de la Salud – Ley 1751 de 2015, El Sistema de Salud colombiano dispone de instrumentos y elementos que permiten sostener y mejorar a través del tiempo los logros alcanzados en cobertura universal del aseguramiento, protección financiera ante enfermedades de alto costo o catastróficas y uno de los menores gasto de bolsillo de la región. A través del Sistema General de Seguridad Social en Salud se garantiza que los afiliados puedan hacer uso de una atención sanitaria que responda a disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, conforme a sus necesidades.

Sin embargo, y dado que la salud no es un estado estático, es necesario establecer una constante búsqueda de resultados en salud la cual presenta desafíos significativos en términos de calidad de la atención y eficiencia en el uso de recursos, en un escenario poblacional con transición demográfica que sugiere envejecimiento y con importantes desigualdades.

El Ministerio de Salud y Protección Social, construye y renueva continuamente las estrategias de protección financiera de los riesgos en salud, de tal manera que, independientemente de las características de la población o de su capacidad económica, se logre garantizar a todos los afiliados un acceso equitativo a los procedimientos, medicamentos, insumos y demás servicios que requieran para la atención integral de cualquier evento de salud, en todas las fases: promoción de la salud, protección específica, detección temprana, tratamiento de la enfermedad, rehabilitación y paliación; evitándole a las personas calamidades financieras a causa de gastos excesivos en salud cuando se presentan siniestros que ponen en riesgo la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Lo anterior se encuentra cimentado en un sistema de aseguramiento público y colectivo donde se ha delegado a las entidades públicas, privadas y públicas de carácter especial la gestión de riesgo tanto en salud como financiero y la organización de la prestación servicios de salud a acuerdo a las necesidades de los colombianos.

En este décimo octavo año consecutivo del estudio de suficiencia, se presenta una herramienta operativa de protección financiera del sistema, toda vez que, con base en la información de prestación de servicios reportada por las distintas aseguradoras, desarrolla una serie de análisis

y estimaciones independientes del estado del sistema para cada régimen de afiliación. Adicionalmente, identifica diferencias, entre los mismos, en términos de fuentes de financiación, costos según la evidencia disponible, operación, población afiliada, riesgos y gastos administrativos, a fin de estudiar la suficiencia de los recursos económicos que deben ser entregados a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), para garantizar la prestación oportuna de las tecnologías y servicios de salud financiados y contribuir al mejoramiento de la salud.

Los recursos estipulados contemplan un análisis “a priori” de las necesidades de la población y aúnan los riesgos individuales para facilitar su gestión. Se reconocen de manera “ex ante” a un tercer pagador (EPS o EOC), a través de un valor per cápita denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), el cual financia todas las tecnologías y servicios que estructuran este mecanismo.

Este estudio resulta esencial para verificar el equilibrio en la asignación de los recursos disponibles al aseguramiento en salud desde las fuentes que constituyen el uso de la UPC, y cubrir adecuadamente la prestación de los servicios y tecnologías que conforman cada uno de los mecanismos de protección colectiva.

El documento se desarrolla en dos partes; la primera es la composición metodológica, en la cual se describen las fuentes de información, las variables, los procesos de validación de calidad de la información, el marco teórico y los métodos utilizados desde la ciencia actuarial y todos los demás elementos que inciden en el cálculo de la prima de la UPC. La segunda parte, presenta el desarrollo y los resultados del estudio, de forma independiente para los regímenes Subsidiado y Contributivo; cumpliendo con los criterios de calidad para todas las estimaciones y analizando en profundidad el comportamiento poblacional y los principales índices demográficos, los perfiles epidemiológicos y de carga de enfermedad para el país, el uso y cobertura de los servicios de salud, el gasto, la frecuencia y la severidad por tipo de tecnología en la estructura del sistema y los distintos ajustes de riesgo

Objetivos

Objetivo General

Determinar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación que financia las tecnologías y servicios de salud para el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado, teniendo en cuenta los mecanismos de ajuste de riesgo para el año 2023.

Objetivos Específicos

- Caracterizar el comportamiento demográfico de la población de los regímenes Contributivo y Subsidiado durante el año 2021.
- Realizar el estudio financiero de las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado para el periodo 2020-2021.
- Calcular la suficiencia de la UPC para financiar todas las tecnologías y servicios de salud que hacen parte de la financiación por UPC, estableciendo su valor y ajustando a los riesgos correspondientes, para el año 2023.
- Realizar un proxy del perfil de morbilidad y mortalidad de la población atendida a partir de los diagnósticos y servicios reportados por las EPS.
- Caracterizar la respuesta del sistema en cuanto a las actividades de promoción y prevención realizadas a la población afiliada, como parte fundamental del fortalecimiento de la política pública basada en la estrategia de Atención Primaria en Salud.

Metodología del estudio

Tipo de Estudio

Este estudio es una investigación en la que confluyen diferentes áreas del conocimiento. Tiene un carácter descriptivo de corte transversal que aplica a un marco temporal determinado; ya que corresponde a la información de prestaciones en salud del año inmediatamente anterior al año en el cual se procesa la información, con el fin de calcular la UPC del año siguiente.

Período de Análisis

El período de análisis es un año calendario, que va desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre.

Unidad de Observación

Corresponde a los ingresos por concepto de UPC y adicionales para financiar las tecnologías en salud y servicios definidos en el correspondiente acto administrativo y los gastos reportados por las aseguradoras EPS y EOC asociados a la prestación de los servicios de salud.

Universo

El universo del estudio lo constituye la información de los ingresos y gastos de las aseguradoras autorizadas para administrar los Regímenes Contributivo y Subsidiado, durante el período de análisis.

Tipos de información

Los análisis requeridos se efectúan con base en la siguiente información:

Poblacional: información de la población afiliada a las entidades aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado durante el período de análisis, incluye edad, sexo, municipio de residencia, tipo de afiliación al sistema y antigüedad.

De servicios: información de todas las prestaciones, es decir, servicios y tecnologías en salud recibidas por los afiliados con cargo a la UPC. Toma costos directos para el asegurador, para el usuario y para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en sus diferentes formas de reconocimiento y pago, e incorpora todas las fuentes de información de la

prestación de servicios, entre ellas, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS, el sistema de facturación, las autorizaciones, los recobros o las tutelas.

Económica: información de ingresos y gastos de las aseguradoras para la prestación de los servicios de salud.

Variables y fuentes de información

Poblacional.

Las variables de población que se detallan en el Anexo 1 de este documento, son: tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del municipio, zona geográfica establecida en UPC, afiliados compensados equivalentes, afiliados liquidados equivalentes, tipo de afiliado y fecha de afiliación al SGSSS.

Las fuentes de información son:

1. Base de Datos Única de Afiliados (BDUA): contiene información de los afiliados plenamente identificados, de los distintos regímenes del SGSSS.
2. Base de datos de la compensación de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES): Histórico de Población Afiliada Compensada (HAC) e Histórico de Población Afiliada No Compensada (HANC). Los datos de población e ingresos por cada EPS, por concepto de Unidad de Pago por Capitación Régimen Contributivo (UPC-C) y de promoción y prevención, se obtienen de las declaraciones de giro y compensación de las EPS del Régimen Contributivo, derivadas de las bases de datos de la ADRES.
3. Base de datos de la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado, población afiliada (LMA) de la ADRES. Los datos de población e ingresos por cada EPS, por concepto de Unidad de Pago por Capitación Régimen Subsidiado UPC-S se obtiene el giro y restituciones del Régimen Subsidiado, derivadas de las bases de datos de la ADRES.
4. Archivos de proyección de población nacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), por sexo, edad y ubicación geográfica.

La información se agrega en seis tipos de registros y cada uno de ellos contiene variables generales (tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del municipio, zona geográfica, código del diagnóstico principal, código del diagnóstico relacionado, ámbito de prestación del servicio, forma de reconocimiento y pago, código del prestador de los servicios de salud), seguidas de variables específicas por tipo de registro, así:

- *Registro tipo 2:* corresponde a los procedimientos de salud y registra el código de actividad en CUPS, la fecha de prestación del servicio, el número de días estancia cuando el procedimiento se realizó en el ámbito hospitalario, el valor del procedimiento, el valor asumido por el usuario y el prestador de servicios de salud.
- *Registro tipo 3:* corresponde a los medicamentos y registra la fecha de dispensación del medicamento, el código en CUM, la cantidad dispensada, el valor del medicamento, los días de tratamiento y el valor asumido por el usuario.
- *Registro tipo 5:* corresponde al reporte de los procedimientos o insumos no financiados con cargo a la UPC, según lo establecido por el artículo 111 de la Resolución 2292 de 2021; registra la fecha de prestación de la tecnología, el código del procedimiento en CUPS, el código del insumo no financiado con cargo a la UPC, el número de días de estancia, el valor del procedimiento o insumo, el valor asumido por el usuario; igualmente, el código del procedimiento en CUPS o del insumo, financiados con cargo a la UPC y su valor.
- *Registro tipo 6:* corresponde al reporte de los medicamentos no financiados con cargo a la UPC según lo establecido por el artículo 111 de la Resolución 2292 de 2021, incluyendo la fecha de dispensación del medicamento, el Código Único de Medicamentos (CUM), la cantidad dispensada, días de tratamiento, el valor del medicamento y el valor asumido por el usuario; igualmente registra el código del medicamento no financiado con cargo a la UPC, su valor, unidad de concentración, forma farmacéutica, unidad de medida de la dispensación y cantidad teórica del medicamento financiado con cargo a la UPC.
- *Registro tipo 7:* corresponde al detalle de la información para *Incurred But Not Reported* (IBNR), fecha de prestación del servicio, fecha de pago del servicio, valor pagado, número de factura y forma de reconocimiento y pago.

- *Registro tipo 8*: corresponde a información relativa a la utilización de insumos y dispositivos médicos: la fecha de prestación del servicio, el código del insumo, la cantidad, el valor del insumo y el valor asumido por el usuario.

Las fuentes de información son:

- Base de datos de Prestación de Servicios de las aseguradoras por cada uno de los tipos de registros.
- Registros Individuales de Prestación de Servicios de salud - RIPS.
- Estados financieros reportados por aseguradoras a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
- Base de datos de la compensación de la ADRES (Valores).
- Base de datos de la Liquidación Mensual de Afiliados del Régimen Subsidiado (LMA) de la ADRES (Valores)

Las variables relacionadas con la UPC (Anexo 2), son: tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del municipio, zona geográfica, días compensados y días liquidados, afiliados compensados equivalentes, afiliados liquidados equivalentes, ingresos por servicios de salud UPC, ingresos por servicios de salud de promoción y prevención, valor asumido por el usuario (cuota moderadora y copago) y costos de los servicios de salud.

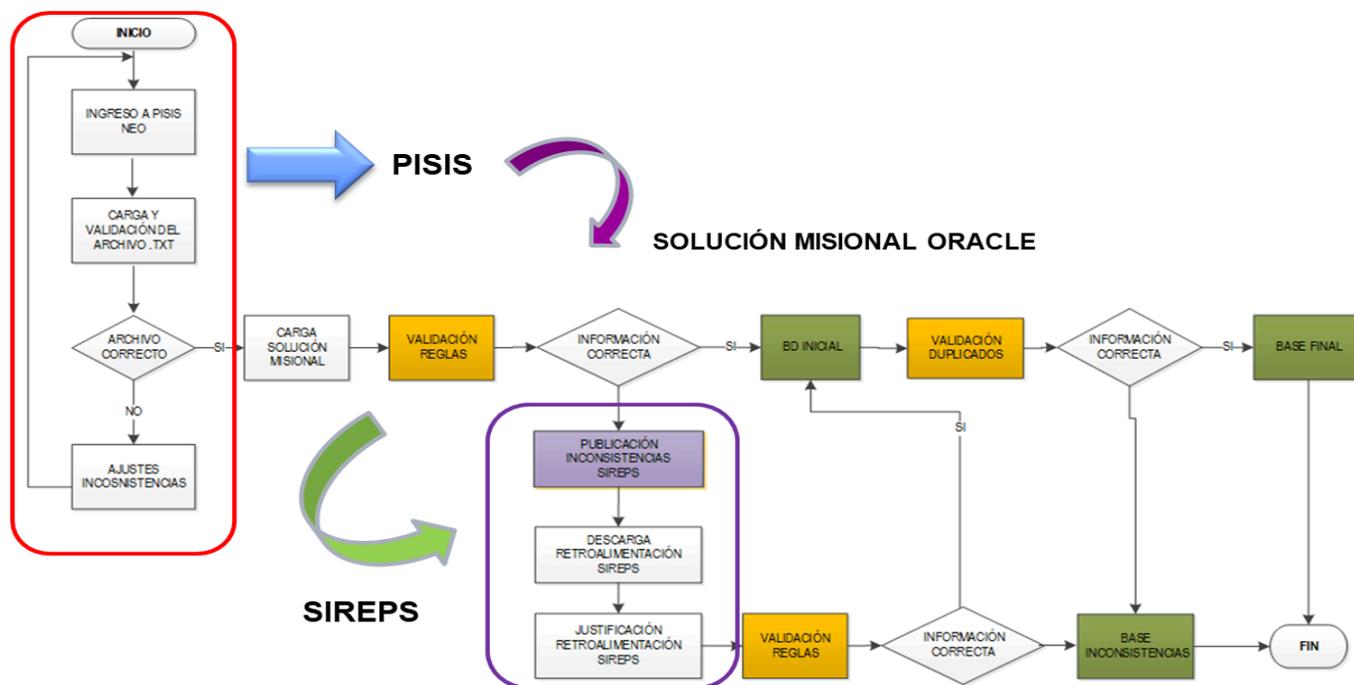
Económicas

Los archivos de los estados financieros provienen de la SNS, entidad que solicita a las aseguradoras el reporte de los mismos. Estos datos son de origen contable y corresponden a un período fiscal, con corte a 31 de diciembre de cada vigencia.

Gestión de la información

La gestión de la información es un proceso estructurado que, a partir de unos parámetros de solicitud y presentación de la información, realiza un procesamiento tendiente a la verificación de la calidad y la cobertura, la conformación de la base de datos y la retroalimentación.

Gráfica 1. Sistema de información para el estudio de suficiencia y el cálculo de la UPC



Fuente. Elaboraciones propias de los autores. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. 2022.

La solución tecnológica con que cuenta el Ministerio de Salud y Protección Social implementada en los últimos años, ha permitido reducir los tiempos en cada uno de los procesos dado que permite realizar la recepción, validación y retroalimentación de la información enviada por las EPS de una manera integrada, óptima y segura, garantizando no solamente la calidad de información que se selecciona para el estudio de suficiencia, sino también la confiabilidad y la transparencia de los procesos para todos los actores involucrados. Las plataformas disponibles para el procesamiento son las siguientes:

- a. PISIS: plataforma misional del Ministerio de Salud y Protección Social para el envío de archivos planos.
- b. SIREPS - (Sistema de Información para el Reporte de EPS): Plataforma WEB que permite:
 - Verificar el estatus de la información.
 - Realizar el cargue de archivos y el monitoreo de la recepción.
 - Reportar información por parte de los proveedores de tecnologías en salud como dispositivos médicos, material de osteosíntesis y dispensación de medicamentos que no se encuentran en el Registro Especial de Prestadores REPS).
 - Diligenciar el formato de cobertura, con lo cual se genera el certificado de gasto.
 - Responder por parte de la EPS a los procesos de retroalimentación, descargando las inconsistencias de la información enviada una vez aplicados los procesos de validación y enviando los archivos maestros y las justificaciones por cada grupo de calidad.

Solicitud de información.

La solicitud de información se realiza por fuentes, de acuerdo con el tipo requerido, el período de análisis del estudio y los instrumentos previstos para ello, así:

- **Base de datos de la compensación y liquidación mensual de afiliados:** Esta información se solicita a la ADRES y de allí se extraen las variables de población y UPC, como son tipo de identificación, número de identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del municipio, zona geográfica establecida para UPC, Ingreso Base de Cotización (IBC), días compensados y liquidados, tipo de afiliado y fecha de afiliación al SGSSS.
- **Base de datos de prestación de servicios:** Se construye con la información solicitada a las aseguradoras en una estructura única diseñada para tal fin por parte del Ministerio de Salud y Protección Social con las variables especificadas y dispuesta en el enlace <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>. La información contempla el detalle de la prestación de servicios de salud y busca obtener, entre otras, las frecuencias y costos de cada procedimiento, medicamento e insumo de las tecnologías y servicios financiadas con cargo a la UPC, de tal forma que se extraiga el gasto asociado a cada uno y a su vez, el gasto total de

la prestación de los servicios por régimen de afiliación. (Anexo 3. Solicitud de Información)

La solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud prestados durante la vigencia, se envía a los representantes legales de las EPS tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, a través del correo electrónico y del correo físico y, además, se publica en la página web del Ministerio y define la fecha límite para la entrega de la información. Las entidades realizan el envío de los archivos planos a través de la plataforma PISIS en el lapso predefinido. Adicionalmente, cargan el archivo de proveedores de tecnologías en salud, sin código de habilitación en REPS, y diligencian el formato de cobertura, a través de la plataforma SIREPS dispuesta por este Ministerio.

Surtido el cargue de información, el Ministerio ejecuta el proceso retroalimentación correspondiente, enviando a las EPS vía SIREPS, los resultados de las validaciones de calidad de la información, a fin de recibir nuevamente vía SIREPS los ajustes y las correspondientes justificaciones por cada grupo de calidad.

Procesamiento de la calidad de la información.

Una vez recibida la información enviada por las EPS a través de la plataforma PISIS, se da inicio al proceso de validación que consiste en aplicar las reglas de calidad orientadas a la verificación del cumplimiento de las especificaciones establecidas para garantizar la calidad de los datos. La información que supera en primera instancia esta validación conforma la base de datos inicial.

Los registros que no cumplen con las exigencias de calidad, configuran los archivos de retroalimentación por EPS, los cuales se disponen en archivos maestros (archivos planos) según el tipo de registro, para que cada aseguradora pueda descargarlos y enviar las respectivas justificaciones, dentro de los plazos establecidos y según los requerimientos definidos por el Ministerio. Una vez recibidas las justificaciones pertinentes por parte de cada EPS, se realiza nuevamente la validación de la información recibida, para incorporar a la base de datos final aquellos registros que cumplan con la calidad especificada.

El detalle de procesos de calidad que se aplican es el siguiente:

Grupo de calidad 1 – Estructura: se refiere al conjunto de reglas para verificar la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.

Grupo de calidad 2 – Contenido: son reglas para verificar que los contenidos correspondan a los dominios de datos y a las tablas de referencia

Grupo de calidad 3 – Cruzadas: reglas que cruzan dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia con el propósito de validar diagnósticos, procedimientos medicamentos prestadores y valor de la tecnología o servicio reportado.

- Tabla CIE-10 contra edad y sexo.
- Tabla CUPS contra sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito hospitalario y días de estancia.
- Tabla CUM contra cobertura.
- Tabla REPS: verificación del prestador de servicios de salud cuando el mismo debe encontrarse registrado en dicha base, dado que la habilitación ha sido otorgada por la secretaria de salud correspondiente. En el caso en que el prestador no se encuentre en dicho registro, como droguerías o proveedores de material de osteosíntesis y demás proveedores de insumos, se verifica contra la tabla que deben disponer las EPS a través de la plataforma SIREPS, precediendo al número de identificación la letra “C” en el caso de personas naturales o la letra “N” en el caso de personas jurídicas.
- Valor de servicios mayor a cero.

Grupo de calidad 4 - Personas: con estas reglas de validación se verifican en las personas:

- Derechos de los usuarios: Régimen Contributivo contra la base de compensación 4023 y para el Régimen Subsidiado contra la LMA.
- Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo, dejando los datos oficiales de la BDUA.
- Frecuencia (Más de 1000 actividades por persona).
- Valor de consumo al año (Más de 100 millones de pesos por persona).
- Puerta de entrada a la dispensación de medicamentos.
- Puerta de entrada a la dispensación de insumos y dispositivos.
- Usuario con reporte de sexo diferente al que registra la BDUA.
- Usuario con reporte de fecha de nacimiento diferente al que registra la BDUA.

Grupo de calidad 5 - Atenciones: son las reglas que verifican posible duplicidad en las atenciones por usuario:

- Durante el día: corresponde la verificación de procedimientos, los cuales, por sus condiciones clínicas no pueden ser realizado sino una sola vez en la vida.
- Durante el año: son aquellos procedimientos cuya realización no puede hacerse sino una vez al año.
- En la Vida: corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.

Grupo de calidad 7 - Dosis máxima de dispensación: verifica la cantidad dispensada de un medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.

Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores extremos con base en criterios estadísticos paramétricos y no paramétricos, de procedimientos seleccionados de acuerdo a sus características de atención.

Grupo de calidad 9 – Relación CUPS-CIE-10: verifica la concordancia entre las tecnologías reportadas por cada persona y el diagnóstico registrado.

Verificación de la cobertura de la información.

Finalizados los procesos de calidad y las correspondientes retroalimentaciones, se consolida la base de datos final y se procede a calcular la cobertura de la información definida como el porcentaje derivado de la relación entre el valor total de los procedimientos, medicamentos e insumos reportados por cada aseguradora y el gasto total certificado por el representante legal y el revisor fiscal de cada entidad.

Se verifica la cobertura de cada tipo de registro con respecto al universo de datos que debieron ser reportados por los prestadores a las aseguradoras, los registros válidos y los valores soportados en la base de datos¹. Adicionalmente, se identifican numeradores y denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura teniendo en cuenta dos variables de referencia: el ámbito en el que se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del

¹ Dicha información es reportada por cada aseguradora en el formato de cobertura, a través de la plataforma SIREPS.

servicio de salud prestado; cuando se dan todas las formas de reconocimiento o pago en todos los ámbitos de prestación, se obtiene un total de sesenta (60) indicadores por aseguradora.

Para seleccionar las aseguradoras con cobertura de calidad estadísticamente significativa y que, por lo tanto, pueden hacer parte del estudio cuyo análisis se realiza por régimen, inicialmente, se toman las coberturas de valor mayor o igual al 90%; y menor o igual 100%, se analiza la cobertura de afiliación de las EPS seleccionadas, si la misma es representativa del régimen se toman dichas aseguradoras para el estudio; dicha situación se cumple en el Régimen Contributivo.

Sin embargo, para el Régimen Subsidiado la población de las EPS cuyo indicador de cobertura en valor es superior al 90% no es representativa, por lo cual, en los últimos años se ha construido un indicador compuesto el cual incorpora en primer lugar el percentil 75 del indicador de cobertura valor, dado que un valor inferior podría poner en riesgo el cálculo de la UPC; en segundo lugar, la población afiliada a cada una de las EPS con corte 31 de Diciembre y; por último, la presencia de las EPS en los municipios del país; garantizando con ello contar con la mejor información para la estimación.

[Metodología para la estimación de la Unidad de Pago por Capitación.](#)

Cuando se estudia un seguro que obliga al asegurador a responder por los costos asociados a una posible siniestralidad futura y que son desconocidos al momento de fijar la tarifa, surge la necesidad de utilizar metodologías actuariales apropiadas para estimar la prima. El objetivo central del análisis actuarial de tarifas en el ramo de seguros de salud, es fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones en salud a cargo de las aseguradoras, permitiendo simultáneamente un determinado nivel de utilidad.

El abordaje presentado a continuación se basa en los principios y la metodología reconocidos por la *Casualty Actuarial Society*, adaptado a las características propias del Sistema de Salud colombiano. En particular, teniendo en cuenta que es un sistema de aseguramiento público y colectivo, donde a las aseguradoras se les reconoce un porcentaje como gastos de administración, lo cual difiere de los seguros privados, donde las primas reconocen un nivel de utilidad una vez se han realizado las reclamaciones correspondientes.

Métodos.

Para un bien o servicio cualquiera, su precio equivale a la suma del costo y la utilidad que produce.

$$\text{Precio} = \text{Costo} + \text{Utilidad}$$

En el caso de un seguro, costo se refiere a la suma del valor final de las reclamaciones (*siniestros*), los gastos originados en la atención y ajuste de los siniestros y los gastos en que debe incurrir el asegurador para garantizar la prestación (*Gastos por Ajustes de Siniestros*) como gastos de mercadeo y de administración (*Gastos por Suscripción*). Por su parte, la utilidad es la diferencia entre las primas de las pólizas emitidas por el asegurador y la suma de los costos. Así el precio en un seguro o prima está dado por:

$$\text{Prima} = \text{Siniestros} + \text{Gastos por Ajustes de Siniestros} + \text{Gastos por Suscripción} + \text{Utilidad}$$

La ecuación arriba presentada es la ecuación fundamental del seguro y el objetivo del análisis de tarifa es conseguir que esta ecuación resulte balanceada, para que las primas permitan cubrir los costos y generen el nivel de utilidad esperado. Conseguir este balance requiere que el proceso de fijación de tarifa cumpla con los siguientes requisitos:

- Que sea prospectivo, es decir, que busca financiar una realidad futura.
- Que garantice un balance global de la ecuación individual en grupos de riesgo.

Para el ajuste de tarifas existen dos métodos actuariales básicos que permiten garantizar este balance: el método de prima pura y el método de la razón de pérdida o *Loss Ratio*.

Método de prima pura.

En este método la ecuación básica del seguro se plantea de la siguiente manera:

$$P_I = L + E_L + E_F + V \times P_I + Q_T \times P_I$$

Donde,

P_I Prima Indicada

E_L Gastos por ajustes de siniestros

E_F Gastos Fijos

V Gastos Variables como porcentaje de la prima

Q_T Nivel de utilidad en porcentaje de la prima.

A partir de esta expresión, se despeja la prima, dando como resultado la prima suficiente para garantizar la prestación de los servicios y tecnologías en salud definidos:

$$P_I = \frac{L + E_L + E_F}{1 - V - Q_T}$$

Método de la razón de pérdida o Loss Ratio

Este método busca encontrar el incremento necesario sobre las primas actuales para que la ecuación fundamental del seguro se mantenga balanceada, con la siguiente fórmula:

$$P_I = P_C * (1 + Ind)$$

Donde,

P_I Prima Indicada

P_C Prima Actual

Ind Indicación de tarifa

Al despejar la indicación de tarifa y reemplazando la prima indicada, se encuentra la fórmula de aplicación:

$$Ind = \frac{L + E_L + E_F}{P_C (1 - V - Q_T)} - 1$$

Donde,

Ind Indicación de tarifa

L = Valor de los Siniestros

E_L = Gastos por ajustes de siniestros

P_C = Prima Actual

V = Gastos Variables como porcentaje de las primas

E_F = Gastos Fijos

Q_T = Nivel de utilidad en porcentaje de las primas

Teniendo en cuenta los métodos presentados anteriormente se hace necesario identificar los elementos que intervienen en los mismos, lo cual se presenta en el apartado siguiente, y se presenta la selección del método dada la estructura actual del SGSSS.

Elementos actuariales para la estimación de la prima.

Estimación de la Población.

Para la estimación de la población, se toman las proyecciones del DANE por municipio y grupo etario para los años 2021 y 2023, las cuales se agregan hasta obtener la población en cada año por cada uno de los 56 grupos de riesgo vigentes. Notándolas como $Pob_j(t)$ la población en grupo j en el año t . A su vez, se estima la tasa de crecimiento en cada grupo, de la siguiente manera:

$$g_j = \frac{Pob_j(2023)}{Pob_j(2021)} - 1$$

Esta tasa es aplicada a los expuestos del grupo j a fin de encontrar la población expuesta en 2023:

$$Exp\ Pob_j(2023) = Exp\ Pob_j(2021) \times (1 + g_j)$$

Estimación del valor de los siniestros

Los siniestros se entienden como el valor esperado de las prestaciones en salud a financiar con cargo a las primas, siempre y cuando ocurran entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023. Dado que los siniestros han de ocurrir en un futuro, es necesario emplear las mejores estimaciones posibles para cuantificar el monto futuro de estas obligaciones a partir del período de experiencia (comprendido entre enero y diciembre de 2021), el cual, es un período válido para estimar el costo futuro de las atenciones a realizarse con cargo a la UPC en el año 2023. Debe considerarse que durante la vigencia 2021 a través de la Resolución 1585 de 2021, reconoce el pago por atenciones derivadas del COVID 19, razón por la cual para la estimación actual estos recursos no son tenidos en cuenta.

El cálculo se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado al interior de cada grupo etario y por zona geográfica (zonas de riesgo establecidas para UPC) y la población expuesta del mismo grupo etario, en el año de experiencia.

A su vez, el cálculo de la población equivalente se obtiene sumando el número de días completos en el período de experiencia por grupo de riesgo, a partir de la fecha de afiliación. Así, si un individuo se afilia al sistema el 30 de junio de 2021 y permanece afiliado el resto de año, contará con medio año de exposición que equivale a 180 días, el cual se divide entre 360 que son los días del periodo y aportará 0,5 unidades a la exposición. Si el i -ésimo individuo estuvo afiliado todo el año, entonces sumará una unidad a la exposición.

$$\text{Exposición individual: } e_i(t) = \frac{\text{Días afiliación vigente en el período}}{360}$$

Para estimar la exposición total al interior del grupo j , esta será:

$ExpPob_j(t) = \sum_{i=1}^{I_j} e_j(t)$ para los I_j individuos en el grupo j , $ExpPob_j(t)$ se refiere al total de individuos expuestos del grupo j en el período t .

Estimación de las primas actuales

La unidad de pago por capitación corresponde a la prima del seguro que en el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano se reconoce a cada una de las EPS, para la organización y la garantía de la prestación de servicios y tecnologías de salud financiadas con esta fuente de recursos.

El monto es percibido anualmente por las EPS, como un valor fijo por afiliado ajustado según edad, sexo y ubicación geográfica. De acuerdo con la normatividad vigente, este monto se complementa con las cuotas moderadoras para el Régimen Contributivo y los copagos para ambos regímenes, con el fin de garantizar los recursos necesarios para la prestación y administración de las tecnologías en salud y servicios financiados (Restrepo & Mejía, 2006). Al constituirse en una prima, esta se divide en dos componentes:

Prima Pura

La prima pura de riesgo (*PP*) es el elemento más importante en la tarificación de seguros. Es una medida del gasto de los siniestros (prestaciones de servicios y tecnologías en salud) por unidad de exposición, la cual corresponde al valor necesario para cubrir el costo esperado de las reclamaciones que genera el riesgo cubierto. Este valor puede obtenerse como el cociente entre el valor total de las reclamaciones y el número de unidades de exposición al riesgo (o expuestos), y de acuerdo con (Feo, 2013) esto es:

$$PP = \frac{\text{Valor Total de las reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}}$$

La prima pura también puede expresarse de la siguiente forma:

$$PP = \underbrace{\frac{\text{Número de reclamaciones}}{\text{Número de expuestos}}}_{\text{Frecuencia}} \times \underbrace{\frac{\text{Valor Total de las reclamaciones}}{\text{Número de reclamaciones}}}_{\text{Severidad}}$$

Luego la prima pura se puede definir como:

$$PP = \text{Frecuencia} \times \text{Severidad}$$

Prima Comercial

De acuerdo a (Feo, 2013) en el ámbito de los seguros, la prima comercial se define como la cantidad de dinero necesaria para asumir el riesgo y permitir a la empresa aseguradora cubrir los gastos de administración y otros inherentes a su operación.

Para determinar la prima comercial necesaria, se calculan los ingresos totales que se reconocerían con base en la expectativa del número de asegurados expuestos para el siguiente período y la estructura de UPC vigente de acuerdo a los ajustadores de riesgo establecidos. Este estimativo se lleva a cabo empleando las tasas de crecimiento poblacional y de afiliación de cada régimen. Así, a nivel global, los costos se expandirán al total de los asegurados, independientemente de que la EPS, a la cual se encuentre afiliado el asegurado, pertenezca al grupo seleccionado para el estudio de sus costos.

Los ingresos incluyen conceptos adicionales cuyo valor se involucran dentro de la financiación de la prestación del servicio. Para el Régimen Contributivo son: copagos, cuotas moderadoras, ingresos por recobros a ARL, ingresos por cuotas de inscripción y afiliación, ingresos por recobros a empleadores, ingresos Cuenta de Alto Costo (CAC), ingresos por Acuerdo 026 de 2011 e ingresos por promoción y prevención de demanda inducida establecidos en el acto administrativo correspondiente. Para el Régimen Subsidiado: copagos e ingresos cuenta de alto costo. Estos ingresos se ajustan a través del *trending* de inflación, a sus valores esperados en 2023 de tal manera que todo el incremento en primas sea atribuible a la UPC.

Desde la perspectiva actuarial, la prima se calcula considerando **la siniestralidad** (frecuencia absoluta) entendida como el conjunto de eventos presentados y que son objeto de cobertura por un seguro y **la severidad** entendida como el costo medio por siniestro. Estos dos elementos componen el costo agregado de las reclamaciones, el cual depende del número de afiliados expuestos que se siniestran ($N(t)$) y el costo del siniestro (X_i) del i -ésimo individuo. En consecuencia, el costo agregado ($S(t)$) está dado por:

$$S(t) = \sum_{i=1}^{N(t)} X_i$$

Si el valor esperado del monto total de los siniestros o reclamaciones define el valor futuro de los siniestros en el año t , entonces la prima se puede notar como:

$$Prima = \frac{E[S(t)]}{Afiliados\ expuestos} = \frac{E[\sum_{i=1}^{N(t)} X_i]}{Afiliados\ expuestos} = \frac{E[N(t)] \times E[X_i]}{Afiliados\ expuestos}$$

Para que

$$E\left[\sum_{i=1}^{N(t)} X_i\right] = E[N(t)] \times E[X_i]$$

Se supone que el costo del siniestro de cada individuo es independiente del número agregado de siniestros, y el costo esperado es igual para cada individuo.

Frecuencia de la siniestralidad Costo medio por siniestro



$$Prima = \frac{E[N(t)]}{Afiliados\ expuestos} \times E[X_i]$$

La frecuencia determina el número futuro de siniestros y dado que este número cambia a través del tiempo, siempre debe tenerse en cuenta para no incurrir en subestimaciones del monto de la prima. El cálculo de la frecuencia permite, entre otros aspectos, identificar los grupos de riesgo con mayor probabilidad de siniestrarse y que, por ende, requieren acciones preventivas orientadas a mitigar su siniestralidad.

En salud, la frecuencia y la severidad son variables que dependen del comportamiento epidemiológico, los niveles de demanda o el costo de las tecnologías en salud, entre otros, lo cual brinda valiosos elementos para establecer políticas públicas. Así mismo, permiten analizar las tendencias del costo y el uso, como parte del seguimiento y el control.

Cálculo de la prima.

Una vez definidos todos los elementos requeridos para el cálculo de la prima, se procede a aplicar el método escogido que para el caso de Colombia es *Loss Ratio*, en el aparte a continuación se presenta de manera detallada el cálculo y los ajustadores que se tienen en cuenta en el mismo.

Para que una atención médica se convierta efectivamente en una obligación cancelada, es necesario llevar a cabo una serie de etapas que pueden variar dependiendo de la puerta de entrada a los servicios.

A excepción del ingreso por urgencias, cuando un paciente ingresa a una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), se inicia un proceso de autorización de servicios que permite la prestación de los procedimientos en salud requeridos por el usuario. No obstante, la EPS puede no tener certeza en ese momento acerca del monto en que han incurrido a causa de esta obligación, como tampoco del tipo y cantidad de procedimientos necesarios para la atención ni de los costos asociados; por lo tanto, sus bases de datos pueden no estar registrando la ocurrencia de este evento. Una vez terminada la atención al paciente, y con base en los acuerdos de voluntades establecidos entre prestador y pagador, las IPS reportan y cobran a las EPS, quienes a su vez auditan los costos que les fueron reportados y determinan las obligaciones a cancelar.

Dado lo anterior, el valor y la cantidad de reclamaciones del período puede variar en función del momento en el que se recolecte y reporte la información. Por tanto, el proceso requerido para adecuar la estimación del valor y cantidad de reclamaciones pasa por la estimación del IBNR (*Incurred But Not Reported - incurridos pero no reportados*) o siniestro tardío, el cual consiste en un siniestro ya ocurrido, pero aún no avisado, por consiguiente, desconocido al asegurador directo y al reasegurador y las reservas IBNER (*Incurred But Not Enough Reserve*).

Uno de los métodos más utilizados para la determinación de las provisiones técnicas es el método de *Chain Ladder*, el cual calcula la pérdida esperada y, derivado de ésta, la reserva de IBNR. Este método ayuda a que los errores de las provisiones sean prevenibles, lo cual resalta la importancia de aplicar de manera eficaz esta técnica, para poder entender el impacto de las reservas del IBNR en el cálculo de la UPC.

Dada la disponibilidad de información de la Base de Prestación de Servicios del año 2021, se calcula el triángulo de las reservas mediante la estimación de un modelo de datos panel con la serie mensual por EPS y, una vez realizado lo anterior, se utiliza la técnica mencionada para estimar el valor y la proporción del IBNR de los gastos en salud, obteniendo así una de las variables a incluir en el cálculo de la UPC del año 2023.

Método Chain Ladder - Triángulo de siniestros

La metodología establece una distribución bidimensional de la información histórica de siniestralidad. Usualmente, las dos dimensiones son el mes de ocurrencia (eje vertical) y el mes de pago (eje horizontal). A medida que los siniestros son más recientes se reduce la información, y de ahí que la matriz resultante tenga forma triangular o de escalera. Mediante los triángulos de siniestros se analiza el desarrollo de la siniestralidad a lo largo del tiempo, sirviendo de base para determinados métodos de cálculo de la provisión técnica de prestaciones (Villanueva, 2015). A continuación, se presenta el triángulo de Reservas para el cálculo del IBNR.

Tabla 1. Triángulo de reservas para el cálculo del IBNR

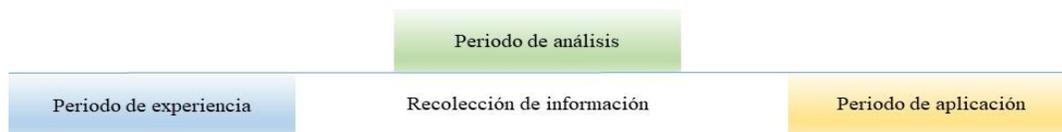
		Período de desarrollo						
		1	2	...	j	...	n-1	n
Período de Ocurrencia	1	$R_{1,1}$	$R_{1,2}$	...	$R_{1,j}$	...	$R_{1,n-1}$	$R_{1,n}$
	2	$R_{2,1}$	$R_{2,2}$	...	$R_{2,j}$	...	$R_{2,n-1}$	
		
	i	$R_{i,1}$	$R_{i,2}$	...	$R_{i,j}$			
				
	n-1	$R_{n-1,1}$	$R_{n-1,2}$					
	n	$R_{n,1}$						

Fuente. (Villanueva, 2015, pág. 26)

Donde $R_{i,j}$ es el monto total de los siniestros que se habían desarrollado al final del período j y ocurrido en el período i , a partir el cual se establece el porcentaje necesario para ajustar en dentro de la estimación de la UPC, con el fin de garantizar la prestación de los servicios y tecnologías de salud establecidas.

Cualquier análisis de tarifa considera la relación entre los momentos de experiencia, aplicación y recolección de información para poder llevar a cabo procesos de estimación más precisos. Para tal efecto se reconocen las siguientes diferencias:

Gráfica 2. Períodos de estimación



Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

- Período de experiencia:** Es el horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las atenciones en salud que servirán como experiencia para la estimación de la(s) prima(s) pura(s) de riesgo. El período de experiencia y de aplicación o de pronóstico son diferentes por lo cual se requiere el ajuste de las estimaciones mediante un proceso llamado *trending*. Para el presente estudio, el período de experiencia es el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021, tiempo en el cual se causaron las reclamaciones.
- Período de recolección de la información (período de análisis):** Corresponde al espacio de tiempo durante el cual se recolecta la información, lo cual explica la variación de los resultados como producto por ejemplo del IBNR, cuyo efecto disminuye conforme el tiempo avanza.
- Período de aplicación o de pronóstico:** Es el período en el cual se darán las atenciones en salud a cargo de la UPC. Dicho período de aplicación corresponde en este estudio al tiempo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2023.

Para llevar a cabo el proceso de *trending* se considera un ajuste por efecto inflacionario, que llevará el costo de la atención a los precios esperados el período de aplicación. Tomando los datos mensualizados, se actualiza cada registro a precios de diciembre de 2021. Hecho esto, las atenciones del mes de enero se proyectan a enero de 2023, empleando la inflación esperada según las proyecciones económicas realizadas por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público (7,1%). Este mismo proceso se realiza con cada uno de los meses del periodo de aplicación.

El factor por tendencia inflacionaria τ_{π} será la razón entre los costos actualizados a 2023 y la serie observada en 2022. El procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

- Se actualizan todos los costos al tiempo τ (diciembre de 2022²) mediante el uso del IPC $S(\tau; t_i) = S(t) \prod_{i=1}^{\tau-t} (1 + \pi_i)$. Donde $S(\tau; t_i)$ se refiere al costo actualizado, π , a la inflación mensual del acuerdo con el IPC y $S(t)$ al costo observado en el mes t .
- Para el uso al período de aplicación ($T_0; T_1$) se emplea la inflación esperada; la actualización al período de aplicación se realiza incrementando los costos por la inflación esperada hasta el mes de aplicación del costo, según la siguiente expresión:

$$\tilde{S}(\tau; t) = S(t) \left[\prod_{i=1}^{\tau-t} (1 + \pi_i) \right] (1 + \pi_e(T_1))^{\frac{k}{12}}$$

En donde,

$S(t)$ es el costo observado en el mes t

τ se refiere al último período de experiencia en Inflación (octubre 2022)

$\tilde{S}(\tau; t_i)$ es el costo actualizado

π_i es la inflación mensual

$\pi_e(\tau)$ es la expectativa de inflación mensual al momento τ

k son los meses que hay hasta el mes de aplicación desde el período τ

² Se proyecta a diciembre 2023 teniendo en cuenta la tendencia de los últimos períodos del Índice de Precios al consumidor (IPC) a corte octubre de 2022 y cerrando según la proyección de inflación del sector financiero (12%) del Ministerio de Hacienda y Crédito Público que se ubica en el 7,1% para el 2023.

Finalmente, el factor de tendencia ponderado a aplicar será el incremento promedio de los meses de experiencia.

$$\tau_{\pi} = \frac{\sum_{t=1}^{12} \tilde{S}(\tau; t)}{\sum_{t=1}^{12} S(t)} - 1$$

Ajuste por análisis de frecuencias

La revisión del componente de frecuencias se realiza a través de la variable de registros de los procedimientos que no han sufrido cambios derivados de actualizaciones de la CUPS para el período 2008-2021. Para el cálculo se utiliza el modelo multiplicativo de la metodología de descomposición de series de tiempo a partir de la tendencia y la estacionalidad de la serie.

$$\mathbf{Registros}_{it} = \mathbf{T}_{it} * \mathbf{C}_{it} * \mathbf{E}_{it} * \mathbf{A}_{it}$$

Donde,

T_{it} : Componente de Tendencia

C_{it} : Componente Cíclica

E_{it} : Componente Estacional

A_{it} : Componente Accidental

Componente de tendencia: Puede considerarse como el movimiento global de la serie a largo plazo. Suele obtenerse o describirse mediante ajuste a una función matemática o por medias móviles o alisamiento exponencial.

Componente cíclica: Son oscilaciones periódicas que se producen con una frecuencia superior a un año; suelen deberse a la alternancia de etapas de prosperidad económica (crestas) con etapas de depresión (valles).

Componente estacional: Son las fluctuaciones de periodicidad inferior a un año y reconocibles todos los años, que frecuentemente tienen que ver con el comportamiento de los agentes económicos al variar la época del año.

Componente accidental: Recoge la variabilidad en el comportamiento de la serie que se debe a pequeñas causas impredecibles.

Es importante tener en cuenta que este ajustador se aplica a la estimación de la UPC en todos sus componentes, el método escogido permite establecer un ajustador que proyecta las frecuencias de uso en el año de aplicación.

Corrección por faltantes de exposición

Los procesos de compensación no son inmediatos y suelen evidenciar rezagos de procesos pasados. De hecho, cerca del 1,86% de las compensaciones que se hacen en un año corresponden a vigencias anteriores³. Dadas estas características, la medida de expuestos, la cual toma como referencia las compensaciones a una fecha de corte, se encuentra subvaloradas por cuanto compensaciones de asegurados con derecho en el período de exposición, se llevarán a cabo con posterioridad a la fecha de corte del análisis.

Consecuencia de lo anterior, el número de expuestos en cada cálculo debe ser ajustado apropiadamente para recoger el faltante de compensación. La metodología para cuantificar el ajuste que es necesario por concepto de estos expuestos faltantes emplea la técnica de triángulos de desarrollo de *Chain Ladder* para su estimación, describiéndose en un triángulo, el mes de derecho de compensación versus los meses siguientes en los cuales se llevó a cabo la compensación de manera efectiva a la EPS. De esta manera, se puede ver cómo fueron desarrollados los procesos de compensación en el tiempo y estimar en consecuencia, el monto faltante por compensar.

Ajuste por procedimientos, medicamentos y dispositivos que no hacen parte de la financiación de tecnologías en salud y servicios con recursos de la UPC, y cumplen con los criterios definidos en la norma.

Las aseguradoras remiten información, a través de los tipos de registro 5 y 6 de acuerdo a la solicitud de información (Anexo 3), de aquellos procedimientos y medicamentos entregados por la aplicación de la normatividad. Esta información es analizada por la Dirección de Regulación

³ La compensación de los años anteriores ha disminuido con respecto a estudios anteriores como resultado del cambio de normatividad Resolución 4023 de 2013.

de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud, con el fin de identificar aquellas tecnologías y servicios que pueden llegar a ser financiadas con recursos de la UPC.

Ajuste de riesgo y estimación de los ponderadores de la UPC

La evaluación de la ecuación básica del seguro permite estimar a nivel global los requerimientos de prima para financiar la prestación de los servicios de salud, no obstante, es necesario ajustar las primas para que sean suficientes en cada grupo de riesgo. Para la estimación de los costos de cada uno de los grupos, se estima el costo promedio de cada variable con base en la experiencia individual resultante y los expuestos esperados, tal y como se presentan en el siguiente ejemplo:

Tabla 2. Ejemplo de las relatividades dadas por sexo y zona

GÉNERO	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Hombre	650	268.000.000	412.308	1
Mujer	800	408.750.000	510.938	1,239
TOTAL	1450	676.750.000	466.724	

ZONA	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Zona I	900	405.000.000	450.000	1
Zona II	550	271.750.000	494.091	1,098
TOTAL	1450	676.750.000	466.724	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

A su vez, las relatividades por variable se combinan para producir las relatividades observadas.

Tabla 3. Ejemplo de las relatividades combinadas

Relatividades	Hombre	Mujer
Zona I	1,000 = 1,000 x 1,000	1,239 = 1,000 x 1,239
Zona II	1,098 = 1,098 x 1,000	1,361 = 1,098 x 1,239

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

Una vez se cuenta con todas las relatividades y sobre la categoría cuya relatividad es uno, se estima su prima base como:

$$\pi_{base} = \frac{Total\ Incurrido}{\sum_{i=1}^k f_i Exp_i}$$

En donde f_i se refiere a las relatividades del costo del grupo en relación con el grupo base y los expuestos del grupo. Obtenidas estas relatividades, se calculan las demás primas como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.

Tabla 4. Cálculo de primas

ESTIMACIÓN PRIMA PURA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
Zona I	397.279	492.314	444.796
Zona II	436.204	540.550	502.606
TOTAL	409.256	513.417	466.724

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

Este método presenta inconvenientes relacionados con la probabilidad de doble ajuste, en situaciones en donde las variables presentan algún grado de correlación y con la dificultad de implementación, cuando se tienen muchas variables y/o categorías. Por ello, se utilizan metodologías multivariadas que permitan estimar de manera más precisa los efectos de cada uno de los factores empleados para el cálculo, mediante una regresión lineal, de la siguiente forma:

$$\ln(\mu_i) = \beta_0 + \sum_{h=1}^H \beta_h D_h + \varepsilon_i$$

En donde,

μ_i = es el costo promedio del grupo de riesgo i

D_i = son variables dicotómicas, conocidas como *dummy*, que indican la presencia de algún atributo particular de tarificación

$\varepsilon_i =$ es una variable aleatoria con distribución normal y media cero

De otra parte, se estima la corrección del riesgo financiero derivado de una mayor concentración de afiliados pertenecientes a grupos etarios mayores a 50 años que tiene el Régimen Contributivo para mantener una distribución equitativa de riesgos (Acuerdo 26 de 2011 de la CRES)⁴.

Selección del método para el cálculo de la UPC

Una vez presentados los dos métodos comúnmente usados para la estimación de las primas en el contexto de seguros, y dada la composición que presenta la prima en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se decide utilizar el método de *Loss Ratio* o razón de pérdida.

La ecuación básica del seguro es planteada de la siguiente manera:

$$P_I = L + E_L + E_F + V \times P_I + Q_T \times P_I$$

Como se indicó, se despeja la prima de esta expresión, para obtener la prima suficiente, así:

$$P_I = \frac{L + E_L + E_F}{1 - V - Q_T}$$

Ahora bien, teniendo en cuenta que la Ley 1438 de 2011 ha establecido como topes máximos del total de la prima para gastos administrativos (incluida utilidad), que corresponden al 10% para el Régimen Contributivo y el 8% para el Régimen Subsidiado, se definen los siguientes valores en los parámetros de la ecuación básica del seguro:

	$E_L = 0$
Régimen Contributivo	$E_F = 0$
	$V + Q_T = 0.1$

La prima pura a aplicar para cada persona afiliada en el 2023, será la razón entre los costos observados ajustados por IBNR y tendencias, y los expuestos de la selección.

⁴ Comisión de Regulación en Salud

$$\hat{\mu}_j = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} X_i}{ExpPobj(t)[1 + \xi]} (1 + IBNR)(1 + \tau)(1 + f)$$

$\hat{\mu}_j$ Prima pura de riesgo j

X_i Costo de la atención en individuos del grupo de riesgo j

$IBNR$ Ajuste por siniestros incurridos, pero no reportados y/o no correctamente reservados

τ Trending por inflación

f Trending por frecuencia

ξ factor de ajuste por compensaciones faltantes

Indicación de tarifa

De acuerdo con las definiciones dadas, la indicación de incremento se estima como:

$$Ind = \frac{L}{P_c (1 - V - Q_T)} - 1$$

Dicha indicación, aplicada sobre el monto de las primas observadas, dará el incremento que se debe generar para financiar las tecnologías en salud y servicios que hacen parte del mecanismo de protección colectiva. Entonces, el incremento se estima como:

$$\frac{P_c Ind}{\text{ingresos UPC}} - 1 = Ind_{UPC}$$

Método de estimación del diferencial para el departamento del Guainía

En el marco del decreto 2561 de 2014, establece los mecanismos que permitan mejorar el acceso a los servicios de salud a la población afiliada al SGSSS y el fortalecimiento del aseguramiento en el Departamento del Guaina, se realiza un proceso licitatorio donde el eje central del modelo planteado es un único asegurador y un único prestador con condiciones necesarias para la operación en el territorio, es decir que, este prestador debía ofertar atenciones en todos los niveles de complejidad, definidas en la Resolución 4827 de 2015.

Ahora bien, una vez implementado el modelo y dado que en el departamento no se cuenta con vías carretables, y el medio de transporte es a través de los afluentes del río, lo cual dificulta el

acceso de los equipos de atención, es necesario establecer un porcentaje diferencial para financiar las atenciones. Para ello, la Secretaría de Salud del Departamento de Guainía desarrolló un análisis de los costos teniendo en cuenta las 4 zonas que se han delimitado en el departamento de acuerdo con los afluentes del río, lo cual se observa en el siguiente mapa.

Mapa 1. Mapa del departamento de Guainía, división política y límites territoriales



Fuente: Gobernación Departamental. Anexo 4. Modelo de Atención en Salud – MIAS. Universidad de los Andes. 2015

El modelo de atención definido se basa en cuatro ejes fundamentales:

1. **Fundamento en la diversidad étnica:** Se reconoce la integralidad con los médicos tradicionales reconociéndolos como las personas portadoras de los conocimientos y saberes ancestrales en salud los pueblos indígenas del Departamento de Guainía representados en payés, sanadores, sobanderos, parteras, médicos tradicionales, y otros.
2. **AIEPI – Brigadas de salud.** Conformación equipos de salud de especialistas para la atención de las condiciones epidemiológicas de la población que den respuesta a indicadores en salud como de tamizajes que se organicen en el departamento.
3. **Equipos Extramurales.** Organización de equipos extramurales con la Institucionalidad en Salud como apoyo permanentemente en las intervenciones individuales y colectivas, desde el hospital hacia los centros de salud.

4. **Equipos Intramurales.** Organización equipos intramurales que garanticen las atenciones producto la demanda en salud de la población al interior de las IPS del departamento, con capacidad para resolver las necesidades de salud, de tal forma que se reduzca al máximo posibilidad las remisiones y traslados.

Una vez analizada la información allegada por la secretaria de Salud departamental, y por Coosalud entidad encargada del aseguramiento en este departamento, en el marco del estudio de suficiencia y mecanismo de ajuste de riesgo, se realiza:

Descripción de la población

En la descripción demográfica se presenta la distribución de la población del Departamento de Guainía, así como la pirámide poblacional del departamento.

Actividades diferenciales en el marco del modelo diferencial de Guainía

Se presenta la utilización de los servicios diferenciales, sus costos totales y per cápita, de acuerdo a la información suministrada por la Secretaría de Salud Departamental de Guainía.

Evaluación de la suficiencia de UPC para las actividades diferenciales en el marco del modelo diferencial de Guainía

Dada la disponibilidad de información por parte la Secretaría de Salud Departamental de Guainía en cuanto al detalle de los servicios diferenciales en el marco del modelo de atención del Guainía prestados, el enfoque dado a esta estimación está enmarcado en el gasto per cápita.

Para ello se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{Gasto per capita} = \frac{\sum v_i}{\text{Población}}$$

Dónde:

$v_{i,j}$ Valor reportado por cada servicio diferencial i,

Población Total, de población afiliada activa del Régimen Subsidiado

Desarrollo del estudio

Análisis descriptivo de la información reportada desde la estructura del Sistema General de Seguridad Social

La solicitud de información de los servicios y tecnologías en salud prestados durante el año 2021 fue enviada en diciembre de 2021 a todos los representantes legales de las EPS de ambos regímenes, a través del correo electrónico y del correo físico. También fue publicada en la página web del Ministerio dando como fecha límite de entrega de información el 15 de mayo de 2022.

Las entidades realizaron el envío de los archivos planos a través de la plataforma PISIS desde el 1 al 15 de mayo de 2022, tomando como fecha de corte de la facturación el 31 de marzo de 2022. Adicionalmente, a través de la plataforma SIREPS dispuesta por este Ministerio, las EPS cargaron el archivo de prestadores sin código de habilitación en REPS y diligenciaron el formato de cobertura, para la generación del certificado del gasto firmado por el representante legal y el revisor fiscal de la entidad. Esta plataforma se habilitó en dos fechas:

- Del 1 de mayo al 15 de mayo de 2022 para el cargue de prestadores sin código de habilitación en el REPS
- Del 20 de mayo al 31 de mayo de 2022, para que las entidades realizaran el diligenciamiento y generación del formato de cobertura y certificado del gasto, documentos que posteriormente fueron enviados a través de la plataforma PISIS.

Una vez surtido el cargue de información por parte de las EPS, el Ministerio realiza el proceso de calidades y como resultado se dispusieron los archivos planos con la información que presenta inconsistencia, la publicación en la plataforma SIREPS, se realiza el día 30 de mayo de 2022. El plazo para la respuesta de las justificaciones por parte de las entidades fue el 11 de junio de 2022. Posteriormente, a esta información se le realiza el proceso de calidades y se da continuidad a las actividades definidas en el cronograma, hasta la definición de la base final, la cual es entregada al equipo para adelantar los análisis pertinentes.

Régimen Contributivo

Aseguradoras que cumplen con los criterios de cobertura y calidad de la información

El proceso de evaluación de cobertura de la información reportada por las aseguradoras, muestra que, de las 16 EPS de Régimen Contributivo que al 31 de diciembre del 2021 se encontraban

habilitadas, el 93,75% (15) reportaron la información de prestación de las tecnologías y servicios de salud financiados con la UPC y de este subconjunto se seleccionaron 8 EPS superaron el 90% de cobertura valor⁵.

Las EPS que entran a conformar la base de selección para el estudio son: Salud Total EPS, EPS Sanitas, Sura EPS, Comfenalco Valle, EPS Famisanar Ltda, SOS EPS y Nueva EPS, que representan el 78,8% de la población afiliada equivalente y el 84,60% del gasto total reportado para el régimen. Se excluye la información de la entidad EPM, ya que a pesar de alcanzar una cobertura del 98,89%, los análisis efectuados indican que las UPC giradas no guardan consistencia frente al gasto, así mismo se excluye compensar la cual tiene una cobertura de 90,04% el análisis de la consistencia interna no guarda relación con la información suministrada por las demás EPS, presentando variaciones considerables en su reporte.

Tabla 5. Población equivalente, registros, y valores reportados por las EPS para la conformación de la base de selección. Régimen Contributivo. Año 2021.

COD EPS	NOMBRE	POBLACIÓN EQUIVALENTE	REGISTROS	VALOR TOTAL (pesos \$)	**COB% VALOR	SELEC
EPS002	SALUD TOTAL	3.224.976	69.754.849	3.121.686.652.403	93,07%	✓
EPS005	SANITAS	3.753.235	65.474.159	3.830.474.420.085	90,02%	✓
EPS010	SURA	4.035.286	96.238.834	4.682.194.049.020	93,50%	✓
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	215.701	4.233.471	257.907.831.566	99,30%	✓
EPS017	FAMISANAR	2.034.559	39.342.946	2.386.913.459.341	90,01%	✓
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	687.703	12.363.408	780.754.078.074	91,01%	✓
EPS037	NUEVA EPS	4.127.419	138.119.734	6.011.897.281.970	99,44%	✓
EAS016	EEPP DE MEDELLIN	8.376	187.588	32.608.538.824	98,89%	✗
EAS027	FPSFERROCARRILES NACIONALES	35.020	2.487.121	125.119.829.313	0,00%	✗
EPS001	ALIANSA SALUD	224.486	3.172.410	271.281.316.246	87,92%	✗
EPS008	COMPENSAR	1.674.261	19.038.504	2.216.243.441.513	90,04%	✗
EPS016	COOMEVA	1.021.271	19.112.336	737.426.093.893	59,96%	✗
EPS042	COOSALUD	41.022	723.845	44.607.653.089	19,70%	✗
EPS044	MEDIMAS	621.207	9.480.539	409.496.742.801	60,78%	✗
EPS046	FUNDACION SALUD MIA	35.303	804	118.619.154	0,32%	✗
EPS048	MUTUAL SER	38.238	No reporta			✗
EPS del Subsidiado administrando Régimen Contributivo		1.163.024	No reporta			✗
Total		22.941.087	479.730.548	24.908.730.007.292		
Selección		18.078.879	425.527.401	21.071.827.772.459		
Porcentaje		78,81%	88,70%	84,60%		

⁵ Es importante tener en cuenta que la EAS016 cumple con la cobertura valor sin embargo por sus condiciones de operación no se tuvo en cuenta dentro del estudio. De igual manera se seleccionó la EPS008 sin embargo debido a su consistencia interna no fue tomada en cuenta en la selección final.

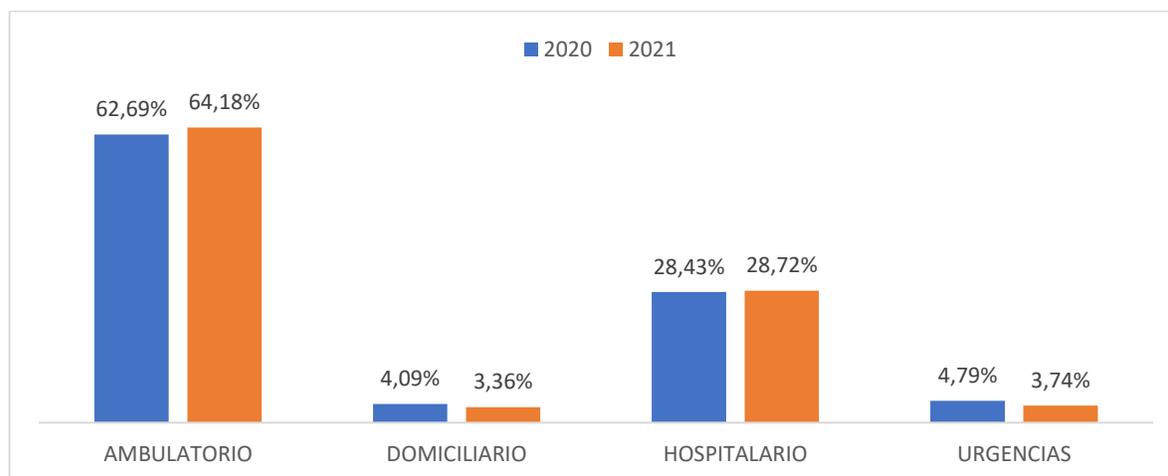
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021 y el Histórico de Compensación de la ADRES. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Análisis de la información reportada por tipo de tecnología (ámbito de prestación, zona geográfica UPC, forma de reconocimiento y pago)

Ámbitos de prestación de servicios

La distribución porcentual del valor reportado por prestación de servicios de salud, en los diferentes ámbitos de atención, muestran predominio del ámbito ambulatorio, seguido en orden de participación, por los ámbitos hospitalario, de urgencias y domiciliario. La comparación con el año 2020⁶ muestra, por una parte, un incremento en todos los ámbitos siendo el de mayor importancia el ámbito ambulatorio con el 26%, seguido del ámbito hospitalario que presenta un incremento del 24%, y finalmente, el ámbito de domiciliario presenta un incremento del 1%, mientras que el ámbito de urgencias presenta un decrecimiento del 4%.

Gráfica 3. Distribución porcentual del gasto reportado por ámbito de prestación. Régimen Contributivo. Años 2020 y 2021.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para los periodos 2020- 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Zonas geográficas reconocidas por la Unidad de Pago por Capitación - UPC

Dado que la UPC reconoce, dentro de sus ajustadores de riesgo, la ubicación geográfica del afiliado y por ello se estiman porcentajes adicionales sobre la prima base, se analiza el

⁶ Es importante tener en cuenta que, durante el 2020, las frecuencias presentaron una disminución debido al confinamiento derivado del Covid 19.

comportamiento por zona del número de registros, el valor y la población equivalente, encontrando concordancia entre el número de prestaciones reportadas y la distribución poblacional; tal es el caso de la zona *ciudades*, que tiene la mayor proporción tanto de afiliados equivalentes (74,88%), como de prestaciones reportadas (79,02%), con una concentración del 78,35% del gasto.

Tabla 6. Valores absolutos y distribución porcentual por zona de los registros, valor total y población equivalente Régimen Contributivo Año 2021.

ZONA_UPC	VALORES ABSOLUTOS			PARTICIPACION		
	REGISTRO	VALOR TOTAL (pesos \$)	POBLACION EQUIVALENTE	REGISTROS	VALOR TOTAL (pesos \$)	POBLACION EQUIVALENTE
ALEJADA	463.954	39.931.980.089	41.356	0,11%	0,19%	0,23%
CIUDADES	336.267.847	16.510.781.203.704	13.537.650	79,02%	78,35%	74,88%
NORMAL	81.775.451	4.109.630.287.177	3.967.891	19,22%	19,50%	21,95%
ESPECIAL	7.020.149	411.484.301.489	531.982	1,65%	1,95%	2,94%
TOTAL	425.527.401	21.071.827.772.459	18.078.879	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

A su vez, las zonas vistas por ámbito de atención muestran un predominio del ámbito ambulatorio, que va desde 59,62% en la zona *alejada* hasta el 64,79% en la zona *ciudades*. El ámbito con menor participación porcentual en el gasto reportado, es el domiciliario cuyos valores se ubican entre el 0,68% y el 3,25%.

Tabla 7. Distribución porcentual del gasto reportado por ámbito de atención y zona de riesgo UPC. Régimen Contributivo. Año 2021.

ZONA_UPC	AMBULATORIO	DOMICILIARIO	HOSPITALARIO	URGENCIAS	PARTICIPACION TOTAL
ALEJADA	59,62%	0,68%	33,22%	6,47%	0,19%
CIUDADES	64,79%	3,45%	28,02%	3,73%	78,35%
NORMAL	61,88%	3,25%	31,23%	3,64%	19,50%
ESPECIAL	63,16%	0,79%	31,22%	4,83%	1,95%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Formas de reconocimiento y pago de los servicios de salud

Con base en la certificación de gasto presentada por cada EPS, la principal forma de reconocimiento y pago en este régimen, es el evento o servicio que presenta una participación del 51,82% en el valor total reportado, seguido por el pago por paquete o caso con una

participación del 22,72% La forma de reconocimiento y pago con menor participación es el pago directo que representa el 1,67%.

Tabla 8. Distribución del valor total reportado por EPS según forma de reconocimiento y pago. Formato de Cobertura. Régimen Contributivo. Año 2021.

Valores en pesos (\$)

CodigoEPS	Nombre	Pago Servicio (S)	Pago Paquete o Caso (P)	PagoDirecto (I)	Pago Capitation (C)	Autorizaciones (A)
EAS016	EEPP DE MEDELLIN	32.973.907.689	-	-	-	-
EPS001	ALIANSAALUD	195.301.580.488	44.435.319.292	-	14.056.343.251	54.753.824.247
EPS002	SALUD TOTAL	1.987.916.688.501	633.420.581.838	35.216.451.782	442.848.081.556	254.694.792.760
EPS005	SANITAS	2.846.099.546.819	652.782.465.907	421.407.253.801	248.061.948.713	86.929.085.180
EPS008	COMPENSAR	1.398.028.907.888	8.923.742.249	-	176.803.484.599	877.596.032.687
EPS010	SURA	1.477.544.279.249	2.463.340.694.690	-	920.550.405.093	145.996.505.962
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	110.252.189.526	16.366.810.431	-	127.133.184.743	5.970.715.695
EPS016	COOMEVA	440.251.994.281	64.809.796.165	-	578.554.635.218	146.307.305.775
EPS017	FAMISANAR	1.717.133.486.369	354.703.515.948	-	298.010.965.606	282.060.561.169
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	455.260.334.909	-	-	361.342.215.324	41.310.105.950
EPS037	NUEVA EPS	2.849.230.126.316	1.924.851.245.845	-	285.151.525.309	986.623.592.067
EPS042	COOSALUD CONTRIBUTIVO	130.429.581.316	40.253.132.500	-	55.766.615.541	-
EPS044	MEDIMAS EPS	554.305.440.380	-	-	119.455.411.848	-
EPS046	FUNDACION SALUD MIA EPS	5.928.151.695	21.271.310.755	-	9.664.525.587	526.956.357
TOTALES		14.200.656.215.426	6.225.158.615.620	456.623.705.583	3.637.399.342.388	2.882.769.477.849
PARTICIPACIÓN		51,82%	22,72%	1,67%	13,27%	10,52%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del formato de cobertura reportado por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

El análisis agregado del gasto reportado desde la Base de Prestación de Servicios, muestra un predominio del pago por evento o servicio con una participación del 47,36%, seguido del pago por caso o paquete con el 31,17%. El de menor participación es el pago directo, que reporta una participación del 2,15% del valor total reportado

Tabla 9. Distribución del valor total reportado por forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud. Año 2021

Forma de reconocimiento	Valor Total (pesos \$)	% del total
Autorizado (A)	1.230.289.978.610	5,84%
Capitación (C)	2.840.114.596.452	13,48%
Pago Directo (I)	453.200.781.909	2,15%
Pago por caso (P)	6.567.656.915.604	31,17%
Pago por evento (S)	9.980.565.499.884	47,36%
Total general	21.071.827.772.459	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Por ámbitos de prestación de servicios, se evidencia que en el ámbito ambulatorio la forma de reconocimiento y pago más común es el evento, con el 45,73%, seguido de pago por caso o paquete, con el 26,28%. En el ámbito domiciliario predomina el pago por caso o paquete con el 64,81%, seguido por el pago por evento con el 34,95%. En el ámbito hospitalario el porcentaje mayor se encuentra en pago por evento con el 23,82% y el de menor participación es el pago directo con el 0,50%. Por último, en el ámbito de urgencias el pago por caso o paquete pesa el 39,18% y el de menor participación es el pago directo con el 7,63%.

Tabla 10. Distribución del valor total reportado por forma de reconocimiento y pago según en ámbito de atención. Régimen Contributivo. Año 2021.

Forma de reconocimiento	Ambulatorio	Domiciliario	Hospitalario	Urgencias
Autorizado (A)	5,64%	8,61%	5,41%	10,11%
Capitación (C)	19,50%	2,27%	2,03%	8,13%
Pago Directo (I)	2,85%	0,50%	0,07%	7,63%
Pago por caso (P)	26,28%	64,81%	37,11%	39,18%
Pago por evento (S)	45,73%	23,82%	55,38%	34,95%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Factores que influyen en la prima

La UPC se estima siguiendo la metodología de *razón de pérdida* la cual tiene inmerso dos de los componentes principales de una prima de seguros los cuales son la frecuencia y severidad.

Dichas variables son analizadas a partir de la información reportada por las aseguradoras teniendo en cuenta la evolución que el reporte ha traído a lo largo de los años a continuación se presenta la descriptiva de la información entre el año 2010 a 2021.

Tabla 11. Reporte de las EPS de selección para la estimación de la UPC Régimen Contributivo Años 2010- 2021.

AÑO	CANTIDAD EPS SELECCIÓN	VALOR TOTAL Millones de pesos	REGISTROS MILLONES	POBLACIÓN EQUIVALENTE Millones	SEVERIDAD Pesos \$	FRECUENCIA
2.010	16 de 24	9.272.373,9	316,8	17,0	29.267,9	18,7
2.011	14 de 24	9.639.827,0	342,7	17,6	28.128,3	19,5
2.012	14 de 23	10.550.374,4	352,3	17,8	29.944,8	19,8
2.013	14 de 21	11.764.738,4	396,5	18,3	29.671,6	21,7
2.014	10 de 17	11.904.256,5	397,7	17,3	29.934,1	22,9
2.015	10 de 16	12.978.586,4	437,9	17,9	29.637,5	24,4
2.016	10 de 15	12.977.746,5	352,6	15,3	36.810,6	23,0
2.017	11 de 17	13.967.573,7	373,0	15,8	37.450,4	23,5

2.018	9 de 17	15.280.769,6	350,7	16,7	43.577,5	21,0
2.019	9 de 16	17.989.062,72	407,0	17,67	44.105,5	23,0
2.020	9 de 16	17.180.130,02	330,73	16,97	51.946,36	19,48
2.021	7 de 16	21.071.827,77	425,53	19,75	49.519,32	21,54

Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo comprendido entre 2010 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Al analizar la severidad presentada para el año 2021 las EPS que se encuentran por encima del promedio son Sanitas, Comfenalco Valle, Famisanar y S.O.S, tal como se puede observar en la siguiente gráfica.

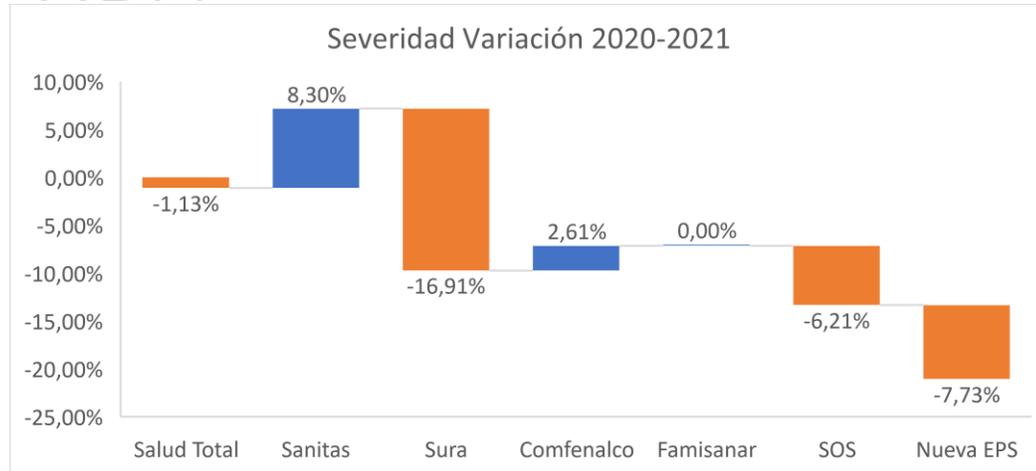
Gráfica 4. Severidad de las EPS de selección del Régimen Contributivo. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Al analizar el comportamiento de la severidad por cada una de las EPS seleccionadas se evidencia que Salud Total, Sura, S.O.S y Nueva EPS, presentan variaciones negativas con respecto al año 2020 con el 1,13%, 16,91%, 6,21% y 7,73% respectivamente, así mismo, Sanitas y Comfenalco Valle presentan variaciones positivas del 8,30%, y 2,61% respectivamente, lo anterior se puede observar en la siguiente gráfica.

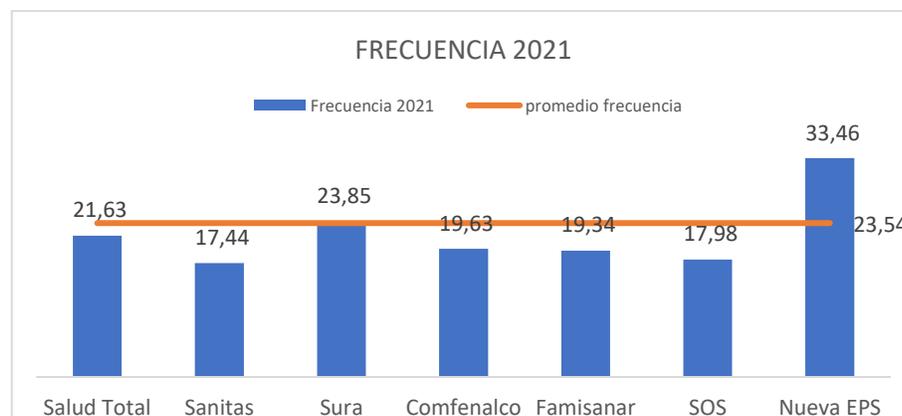
Gráfica 5. Variación de la severidad EPS selección. Años 2020-2021. Régimen Contributivo.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo comprendido entre 2020 -2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

En cuanto a la frecuencia de las EPS seleccionadas, en promedio se ubica en 23,54 presentando un incremento del 20,79% con respecto al año 2020, es decir que el número de actividades realizadas por persona equivalente aumento durante el año 2021, la EPS que contribuye a este incremento, es decir, que la frecuencia se encuentra por encima del promedio es Nueva EPS con el 33,46 respectivamente, dicho comportamiento se puede observar en la siguiente gráfica.

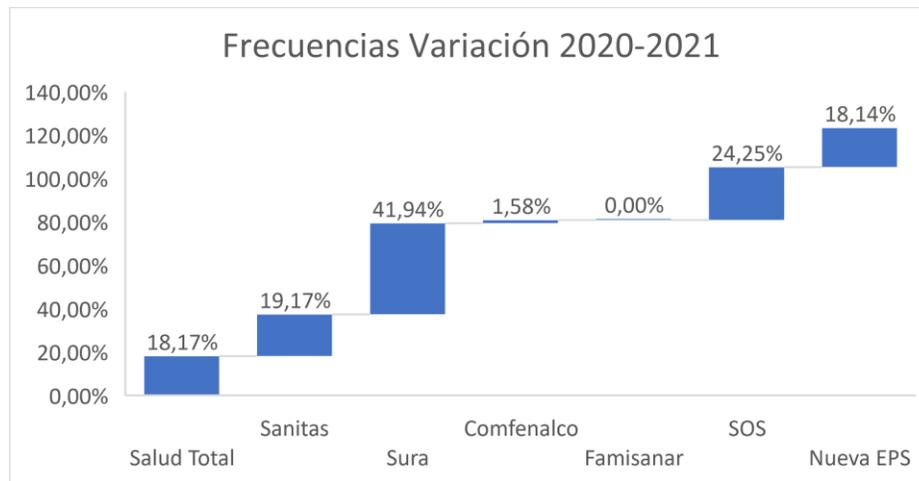
Gráfica 6. Frecuencia de las EPS Seleccionadas. Régimen Contributivo. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Ahora bien, al analizar el comportamiento individual por EPS con respecto al año 2020, se evidencia un incremento de frecuencias en la mayoría de EPS de la selección que va desde el 1,58% para Comfenalco valle y el 41,94% para la EPS Sura, comportamiento observable en la siguiente gráfica.

Gráfica 7. Variación de frecuencias de las EPS Seleccionadas de 2020 a 2021. Régimen Contributivo.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Régimen Subsidiado

Aseguradoras que cumplen con los criterios de cobertura y calidad de la información.

Para el año 2021, prestaron servicios 21 EPS del Régimen Subsidiado, reportaron información para el estudio de suficiencia y mecanismos de ajuste de riesgo, sin embargo, Convida no presenta información con la consistencia requerida, una vez realizados los procesos de calidad definidos por el Ministerio de Salud y Protección Social, teniendo en cuenta que para el Régimen Subsidiado, el mismo se establece en el percentil 75, el cual alcanzó el 87,40% lo cual selecciona para el estudio de suficiencia a 5 EPS, para las EPS restantes se aplica el indicador combinado que tiene en cuenta, la población afiliada (20%), el número de municipios en los que hace presencia la EPS (10%) y el indicador de cobertura valor (70%) estos porcentajes se suman y se calcula el percentil 75 el cual alcanzó el 59,62%, dando como resultado final la siguientes EPS seleccionadas para hacer parte de la información Savia Salud, Nueva EPS, Coosalud, MutualSer, AnasWayuu, Asmetsalud, Comfaorient, Dusakawi, Emssanar, cuya información representa el 69,8% de la población equivalente y el 77,7% del gasto reportado para el régimen.

Tabla 12. Registros y valores reportados por las EPS para la conformación de la base de selección. Régimen Subsidiado. Año 2021.

COD	EPS	Certificación del gasto	Base Final	% Cob	REGISTROS	POBLACIÓN	Selección
EPSS40	SAVIA SALUD	1.647.354.686.440	1.485.746.034.953	90,19%	33.254.435	1.516.518	✓
ESS024	COOSALUD E.S.S.	2.811.579.243.651	2.544.495.032.295	90,50%	53.558.132	2.869.006	✓
ESS207	MUTUALSER	2.168.425.196.335	1.969.283.224.289	90,82%	42.161.948	2.210.881	✓
EPSI04	ANAS WAYU	252.081.471.336	232.198.746.114	92,11%	5.777.547	211.580	✓
EPSS41	NUEVA EPS	2.641.437.539.453	1.745.975.291.547	66,10%	25.110.897	2.905.440	✓
ESS062	ASMETSALUD	1.879.368.504.055	1.695.402.145.406	90,21%	40.347.547	1.855.680	✓
ESS118	EMSSANAR	1.889.022.569.447	1.567.455.921.531	82,98%	24.289.493	1.803.132	✓
CCF050	COMFAORIENTE	167.652.929.783	148.396.142.847	88,51%	2.288.174	204.564	✓
EPSI01	DUSAKAWI	197.814.187.404	169.918.797.454	85,90%	4.935.971	252.204	✓
CCF033	COMFASUCRE	129.302.029.615	109.301.897.476	84,53%	2.318.212	112.943	✗
EPSS34	CAPITAL SALUD	1.205.731.065.669	964.776.304.755	80,02%	23.003.484	1.097.030	✗
EPSI03	AIC	579.453.884.822	459.450.987.349	79,29%	10.325.588	525.393	✗
EPS022	CONVIDA	675.362.673.986	9.428.510.290	1,40%	86.155	451.487	✗
EPS025	CAPRESOCA	NO REPORTA INF ESTUDIO	-	0,00%	-	160.130	✗
EPSS45	MEDIMAS	776.663.569.341	354.015.221.765	45,58%	6.027.384	609.775	✗
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	228.863.504.416	169.282.359.217	73,97%	3.660.154	251.903	✗
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	458.769.299.089	159.122.124.613	34,68%	2.116.532	517.243	✗
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	1.167.549.857.089	502.375.331.682	43,03%	15.094.611	1.337.512	✗
CCF102	C.C.F. COMFACHOCO	159.493.678.760	64.670.231.440	40,55%	1.230.348	173.448	✗
ESS091	ECOOPSOS	340.603.962.991	255.530.136.473	75,02%	2.410.534	320.277	✗
EPSI05	MALLAMAS	291.099.585.938	231.497.440.752	79,53%	4.146.234	333.337	✗
EPSI06	PIJAOS	79.788.932.050	42.706.091.110	53,52%	351.776	97.585	✗
TOTAL		19.747.418.371.670	14.881.027.973.358		302.495.156	19.817.068	
TOTAL SELECCIÓN		13.654.736.327.904	11.558.871.336.436		231.724.144	13.829.005	
RELACION SELECCIÓN/TOTAL			77,7%		76,6%	69,8%	

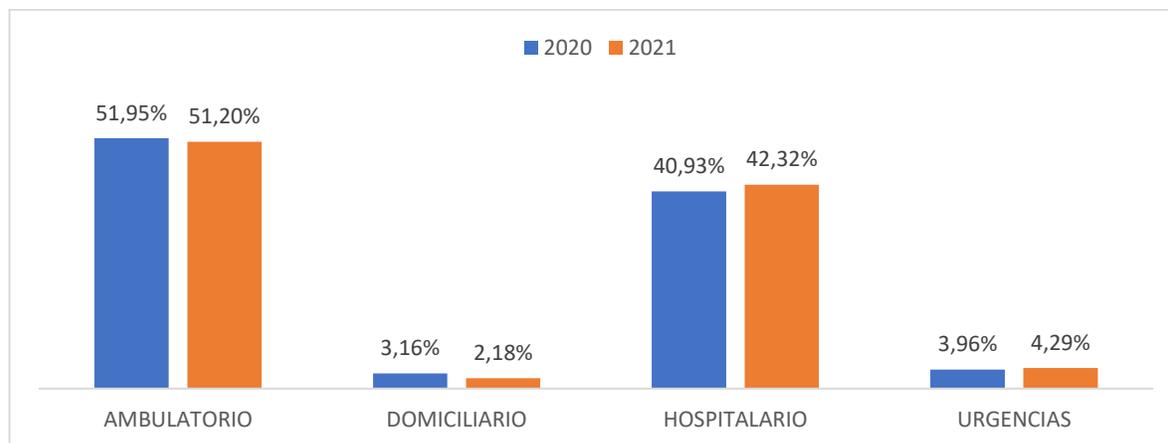
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.S. para el periodo 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Colombia. 2022.

Análisis de la información reportada por tipo de tecnología (Ámbito de prestación, Zona geográfica UPC, Forma de reconocimiento y pago)

Ámbitos de prestación de servicios

La distribución porcentual del valor reportado por prestación de servicios de salud en los diferentes ámbitos de atención, muestran predominio del ámbito ambulatorio, seguido en orden de participación, por los ámbitos hospitalario, de urgencias y domiciliario. La comparación con el año 2020, teniendo en cuenta la diferencia entre las aseguradoras que pasan los procesos de calidad, se puede evidenciar una comparación en las prestaciones de servicios de salud similar entre los dos años siendo el ámbito ambulatorio el de mayor importancia, seguido por el ámbito hospitalario, urgencias y finalmente el ámbito domiciliario cuya participación en las prestaciones de los servicios de salud del Régimen Subsidiado no presenta relevancia.

Gráfica 8. Distribución porcentual del gasto reportado por ámbito de prestación. Régimen Subsidiado. Años 2020 y 2021.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.S. para los periodos 2020 - 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Zonas geográficas reconocidas por la Unidad de Pago por Capitación - UPC

Dado que la UPC reconoce dentro de sus ajustadores de riesgo la ubicación geográfica del afiliado y, por ello, se estiman porcentajes adicionales sobre la prima base, se analiza el comportamiento por zona del número de registros, población y el valor, se evidencia concordancia entre el número de prestaciones reportadas y la distribución poblacional; las zonas ciudades y normal presenta comportamientos similares siendo la zona ciudades la presenta mayor participación en el gasto total, así mismo la zona normal presenta mayor participación en la afiliación y en las prestaciones realizadas con el 45,54% y 43,06% respectivamente.

Tabla 13. Valores absolutos y distribución porcentual por zona de los registros, valor total y población equivalente Régimen Subsidiado Año 2021.

ZONA	VALORES ABSOLUTOS			PARTICIPACIÓN		
	REGISTROS	POBLACION	VALOR_TOTAL	REGISTROS	POBLACION	VALOR_TOTAL
ALEJADA	131.747	11.557,00	10.661.765.917	0,06%	0,09%	0,09%
CIUDADES	91.217.436	4.513.159,00	4.794.595.636.921	39,78%	33,71%	42,29%
ESPECIAL	39.202.160	2.767.378,00	1.870.703.427.760	17,10%	20,67%	16,50%
NORMAL	98.725.638	6.097.094,00	4.660.575.643.499	43,06%	45,54%	41,11%
Total general	229.276.981	13.389.188	11.336.536.474.097	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.S. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

A su vez, las zonas vistas por ámbito de atención, muestran un predominio del ámbito ambulatorio, que va desde 0,09% en la zona alejada hasta el 42,24% en la zona normal.

Tabla 14. Distribución porcentual del gasto reportado por ámbito de atención y zona de riesgo
UPC. Régimen Contributivo. Año 2021.

ZONAS	AMBULATORIO	DOMICILIARIO	HOSPITALARIO	URGENCIAS	TOTAL GENERAL
ALEJADA	0,09%	0,02%	0,09%	0,18%	0,09%
CIUDADES	41,24%	49,82%	43,73%	36,92%	42,29%
NORMAL	42,24%	39,49%	39,67%	42,74%	41,11%
ESPECIAL	16,43%	10,66%	16,52%	20,16%	16,50%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.S. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022..

Formas de reconocimiento y pago de los servicios de salud

Con base en la certificación de gasto presentada por cada EPS, la principal forma de reconocimiento y pago en este régimen, es el evento o servicio que presenta una participación del 60,34% en el valor total reportado, seguido por la capitación, con una participación del 23,11%. En el reporte de las EPS del Régimen Subsidiado no se evidencia registro por la forma de reconocimiento y pago directo.

Tabla 15. Distribución del valor total reportado por EPS según forma de reconocimiento y pago.
Formato de Cobertura. Régimen Subsidiado. Año 2021.

Valores en pesos (\$)

CodigoEPS	Nombre	PagoServicio (S)	Pago Paquete o Caso (P)	Pago Capitacion (C)	Autorizaciones (A)
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	130.577.974.159	-	98.285.530.257	-
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	363.536.151.368	-	95.233.147.721	-
CCF033	CCF de Sucre COMFASUC	97.074.412.670	15.113.596.945	17.114.020.000	-
CCF050	COMFAORIENTE	96.046.462.242	-	59.068.173.025	12.538.294.516
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	904.101.178.188	22.861.681.909	240.586.996.992	-
CCF102	C.C.F. COMFACHOCO	100.459.021.311	10.067.902.477	40.385.006.934	8.581.748.038
EPS022	CONVIDA	502.680.319.968	2	100.580.324.394	72.102.029.622
EPSI01	DUSAKAWI	149.270.773.000	-	35.919.145.424	12.624.268.980
EPSI03	AIC	402.992.922.795	-	176.460.962.027	-
EPSI04	ANAS WAYUU	144.463.358.697	-	51.212.397.852	56.405.714.787
EPSS34	CAPITAL SALUD	546.540.330.048	567.407.773.167	46.791.459.730	44.991.502.724
EPSS40	SAVIA SALUD - ALIANZA M	935.007.518.679	208.578.034.992	353.148.879.687	150.620.253.082
EPSS41	NUEVA EPS	1.054.735.171.559	357.492.718.990	643.050.875.356	586.158.773.548
EPSS45	MEDIMAS EPS	573.821.824.327	-	202.841.745.014	-
ESS024	COOSALUD SUBSIDIADO	1.520.087.014.498	563.024.756.201	728.467.472.952	-
ESS062	ASMETSALUD	896.241.686.897	-	983.126.817.158	-
ESS091	ECOOPSOS	193.790.534.662	22.581.961.814	25.790.896.248	98.440.570.267
ESS118	EMSSANAR	1.750.772.626.728	53.447.455.066	84.802.487.653	-
ESS207	MUTUALSER - SUBSIDIAD	1.298.784.045.115	195.786.558.714	513.014.609.576	160.839.982.930
EPSI06	PIJAOS	78.169.861.905	1.619.070.145	0	0
TOTALES		11.739.153.188.816	2.017.981.510.422	4.495.880.948.000	1.203.303.138.494
PARTICIPACIÓN		60,34%	10,37%	23,11%	6,18%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del formato de cobertura reportado por las EPS del R.S. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

El análisis agregado del gasto reportado desde la Base de Prestación de Servicios, muestra un predominio del pago por evento o servicio con una participación del 57,03%, seguido del pago por capitación con el 28,88%. El de menor participación es el autorizado que reporta una participación del 6,33% del valor total reportado

Tabla 16. Distribución del valor total reportado por forma de reconocimiento y pago de los servicios de salud Régimen Subsidiado. Año 2021

FORMA RECONOCIMIENTO Y PAGO	VALOR_TOTAL	% DEL TOTAL
Autorizado (A)	718.035.569.866	6,33%
Capitación (C)	3.274.104.658.322	28,88%
Pago por caso (P)	879.164.224.247	7,76%
Pago por evento (S)	6.465.232.021.662	57,03%
Total general	11.336.536.474.097	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del formato de cobertura reportado por las EPS del R.S. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Por ámbitos de prestación de servicios, se evidencia que en el ámbito ambulatorio la forma de reconocimiento y pago más pago por evento o servicio, con el 40,24%, seguido de la capitación, con el 40,03%. En el ámbito domiciliario predomina el pago por evento con el 50,24%, seguido por el pago por capitación el 24,22%. En el ámbito hospitalario el porcentaje mayor se encuentra

en pago por evento con el 77,67% y el de menor participación es el pago por caso con el 1,65%. Por último, en el ámbito de urgencias el pago por evento pesa el 57,03% y el de menor participación es el autorizado con el 6,33%.

Tabla 17. Distribución del valor total reportado por forma de reconocimiento y pago según en ámbito de atención. Régimen Subsidiado. Año 2021.

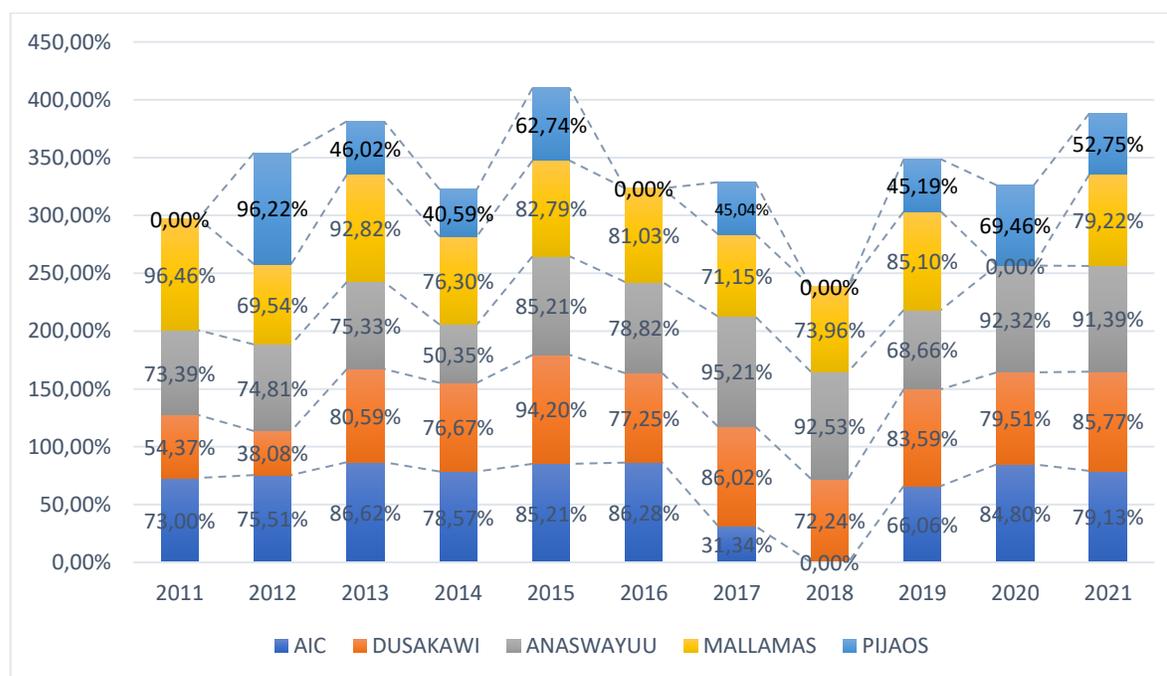
FORMA RECONOCIMIENTO Y PAGO	AMBULATORIO	DOMICILIARIO	HOSPITALARIO	URGENCIAS	TOTAL GENERAL
Autorizado (A)	6,69%	10,24%	5,91%	4,26%	6,33%
Capitación (C)	40,03%	24,22%	14,77%	37,43%	28,88%
Pago por caso (P)	13,04%	15,30%	1,65%	1,11%	7,76%
Pago por evento (S)	40,24%	50,24%	77,67%	57,20%	57,03%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del formato de cobertura reportado por las EPS del R.S. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Análisis de actividades diferenciales de los pueblos indígenas, afiliados a las EPSI.

Ahora bien, dada la importancia de los pueblos indígenas a través de sus usos y costumbres, y la normatividad vigente en cuanto a su participación en el SGSSS, se presenta en análisis de las actividades diferenciales reportadas por las Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI) en el marco del estudio de suficiencia y mecanismos de ajuste de riesgo, en la siguiente grafica se observa el comportamiento del reporta de estas entidades entre el 2011 y 2021.

Gráfica 9. Comportamiento del reporte de las EPS Indígenas entre el 2011 y 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del formato de cobertura reportado por las EPS del R.S. para el periodo 2011 - 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Las actividades diferenciales objeto de análisis se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 18. Códigos de reporte de las actividades diferenciales de los pueblos indígenas

Código	Descripción
S50001	Casa de paso
S50002	Guías bilingües
S50003	Acciones individuales de medicina tradicional
S50004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S50005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S50007	Transporte urbano
S50008	Transporte intermunicipal terrestre
S50009	Transporte intermunicipal fluvial

Fuente: Resolución 2775 de 2022. Ministerio de Salud y Protección Social

Registros de procedimientos diferenciales realizados por las EPSI:

Los procedimientos correspondientes a los servicios diferenciales realizados por las EPSI que se encuentran dentro de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, bajo la CUPS, reportan las siguientes cantidades de registros.

Tabla 19. Número de registros reportados por las EPSI de actividades diferenciales.

EPSI	2018	2019	2020	2021
EPSI03	1.284.591	1.701.365	2.321.416	2.143.078
EPSI01	124.355	109.443	154.161	492.806
EPSI04	8.964.325	293.550	232.762	345.032
EPSI05	3.438	16.974		24.709
EPSI06		760.684	1.100.766	
TOTAL	10.376.709	2.882.016	3.809.105	3.005.625

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

Se observa que la EPSI de mayor reporte de procedimientos durante los últimos años es la EPSI03, la cual durante el último año tiene un peso sobre el total de los registros del 70,7% y un crecimiento promedio del 20,1%; en segundo lugar se observa que la EPSI01 tiene un peso del

16,4% y un crecimiento promedio del 82,8%, es necesario aclarar que esta EPSI durante los años 2018 a 2020 su crecimiento promedio es del 45,3%, pero el último año obtuvo un crecimiento del 2019,7% jalonando el promedio de los últimos cuatro años.

Igualmente, podemos observar que la EPSI04 durante el año 2018 realizó un reporte de información asociada a actividades diferenciales elevado siendo para este año el 86,4% del total de las actividades, no cual no es consistente internamente.

Durante el último periodo de reporte la EPSI06 Pijaos no presenta información para ser tenida en cuenta en el presente análisis, teniendo en cuenta que entre los acuerdos se encuentra que el reporte debe ser de todas las EPSI habilitadas, así mismo Mallamas no presenta formato de cobertura, por lo cual no es posible tenerla en cuenta dentro del estudio de suficiencia y mecanismos de ajuste.

A continuación, se presenta el reporte de los registros por cada uno de los códigos dispuestos para el reporte.

Tabla 20 Registros de procedimientos por código de actividades diferenciales:

CODIGO ACTIVIDADES	2018	2019	2020	2021
S50004	820.212	699.149	1.485.249	1.436.337
S50002	593.460	1.251.121	1.178.577	651.158
S50005	1.369.545	271.546	410.340	387.089
S50003	143.560	281.536	394.930	349.412
S50001	4.547.937	229.812	167.209	130.759
S50008	27.176	140.567	167.270	40.575
S50007	2.874.819	8.208	5.480	10.176
S50009		77	50	119
TOTAL	10.376.709	2.882.016	3.809.105	3.005.625

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

En lo que respecta a las actividades diferenciales se puede observar que las actividades de mayor consumo durante el último año 2021 son las S50004 - Acciones individuales de

adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena con un peso sobre el total de actividades del 47,8%, seguido de S50002 Guías bilingües, con una participación del 21,7%.

De igual forma se observa que las dos actividades que se incrementaron durante el año 2021 son: La actividad S50007 Transporte urbano y la S50009 Transporte intermunicipal fluvial, actividades que sin embargo estas actividades no son representativas en el reporte de información durante el último periodo.

Así mismo, se observa que durante el año 2021 el resto de actividades se comportaron a la baja, disminuyendo en promedio el registro de actividades en 27,1%, cabe resaltar que la actividad diferencial de mayor decrecimiento durante este año es la S50008 Transporte intermunicipal terrestre con una disminución del 75,7%, seguido de la S50002 Guías bilingües con una disminución del 44,8%.

Finalmente, se observa que en promedio durante los últimos cuatro años la actividad S50003- Acciones individuales de medicina tradicional ha crecido en un 41,0%, sin desconocer que durante el año 2021 disminuyó el registro de actividades en un 11,5% comparada con el año anterior.

Como se puede observar, durante el año 2020 en el cual la población estuvo confinada por pandemia por más de 8 meses, se puede evidenciar un crecimiento del año 2019 a 2020 de las actividades diferenciales del 32,2% especialmente la actividad S50004 con un crecimiento del 112,0%, lo contrario a lo evidenciado durante el año 2021 el cual disminuyó en comparación con el año anterior en un 21,1%.

Una vez analizado el reporte de los registros, se analiza la población atendida por estas entidades, haciendo énfasis en las atenciones diferenciales.

Tabla 21 Personas atendidas actividades diferenciales.

EPSI	2018	2019	2020	2021
EPSI03	398.531	567.583	504.124	405.655
EPSI01	23.376	27.999	43.525	83.860
EPSI04	513.496	46.478	45.433	54.297
EPSI05	2.029	8.660		15.047
EPSI06		114.755	122.521	
TOTAL	937.432	765.475	715.603	558.859

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

También se realiza la evaluación de la cantidad de personas únicas reportadas como atendidas por cada EPSI, y en cada actividad diferencial según el código de reporte de actividades de los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC del Régimen Subsidiado de los Pueblos Indígenas.

La tabla evidencia que, durante los últimos cuatro años, las EPSI han realizado actividades diferenciales a 2.976.369 usuarios, un promedio por año de 744.093 personas. La EPSI03 es la EPS de mayor atención de personas en actividades diferenciales con un peso sobre el total de personas del 62,8%

A diferencia del crecimiento de actividades realizadas en el año 2020 comparado con el año 2019, se evidencia que el número de personas atendidas durante el 2020 disminuye en un 6,5%, es decir, que a menos personas se les practicaron más actividades en el año de pandemia.

En cuanto al año 2021, se evidencia una disminución del 22,0% comparado con el año anterior, lo que indica una disminución de 157.774 personas atendidas, en tal sentido, la EPSI03 disminuyó el número de personas atendidas en un 20,9%, es decir, 105.240 personas menos durante el 2021.

Tabla 22 Personas atendidas por código de actividades diferenciales

CODIGO ACTIVIDAD	2018	2019	2020	2021
S50004	200.025	171.371	227.112	205.113
S50005	226.282	118.091	145.148	124.861
S50003	65.874	110.769	122.508	106.855
S50002	73.156	305.524	175.468	92.901
S50001	220.379	34.272	23.703	13.030
S50008	4.794	20.134	19.117	8.066
S50007	146.922	5.256	2.505	6.947
S50009		58	42	86
TOTAL	937.432	765.475	715.603	557.859

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

La actividad S50004 que representa las acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena, es la actividad más demandada por las personas, con un total de 803.621 personas atendidas durante los cuatro años, equivalente al 27,0% del total de las personas que accedieron a todas las actividades diferenciales reportadas en los últimos cuatro años por las EPSI, esta fue seguida de la S50005 que corresponde a Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena, con atención a 614.382 personas y una participación sobre la población atendida en estos años del 20,64%, en tercer lugar encontramos la actividad S50003 con las Acciones individuales de medicina tradicional, con 406.006 personas atendidas.

De igual forma se evidencia que durante el último periodo 2021, la actividad de mayores personas atendidas es la S50004, con un peso sobre el total de las actividades de este año del 36,8% y una variación negativa comparada con el año anterior del 9,7%. en segundo lugar, encontramos la actividad S50005 con una participación sobre el total del 22,4% y un decrecimiento del 14,0%, cabe anotar que las únicas actividades que tuvieron crecimiento de personal atendido durante el año 2021 fueron: la actividad S50007 Transporte urbano con un crecimiento del 177,3% y la actividad S50009 Transporte intermunicipal fluvial con 104,8%, así mismo durante el año 2021, estas dos actividades diferenciales fueron las menos utilizadas con una participación, en conjunto, sobre el total de personas, menor al 1,2%.

Continuando con el análisis de las prestaciones realizadas por las EPSI, y una vez analizado tanto los registros como las personas atendidas se procede al análisis de los valores de estas atenciones; se registra un crecimiento promedio en los últimos cuatro años del 35,2%, surtiéndose la mayor variación de 2019 a 2020 con un 65,2% de incremento, siendo la EPSI03 la de mayor reporte de costo en actividades diferenciales con el 83,0% del valor total utilizado en los últimos cuatro años y un crecimiento de los años 2019 a 2020 del 88,5%.

Se evidencia, que la EPSI01 reporto un crecimiento para el año 2021, comparado con el año anterior, del 115,5% y una participación sobre el valor total reportado por las EPSI del 10,86%.

Vale la pena destacar que el valor registrado por la EPSI03 presenta una participación, sobre el total de los valores reportados durante el 2021, del 80,33% y una disminución comparada con el año anterior del 2,9%, es necesario aclarar que la EPSI03 durante los cuatro años, es de las aseguradoras indígenas la que ha reportado mayores valores asociados a las actividades diferenciales, igualmente se evidenció, que dos entidades no reportaron valores asociados a

actividades diferenciales, es el caso de la EPSI05 que incurrió en esta situación durante el año 2020 y la EPSI06 en el año 2021.

Tabla 23. Valores reportados por las EPSI en cuanto a las atenciones diferenciales.

EPSI	2018	2019	2020	2021
EPSI03	41.981.017.464	53.466.980.067	100.765.179.270	99.143.559.232
EPSI01	3.582.393.946	4.970.739.302	6.140.469.458	13.230.236.133
EPSI05	123.795.966	5.394.098.393		7.350.884.142
EPSI04	5.795.258.025	1.458.099.813	1.912.104.887	2.272.749.371
EPSI06		2.904.733.241	3.837.113.852	
Total general	51.482.465.401	68.194.650.816	112.654.867.467	121.822.425.488

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

Tabla 24 Valores de actividades diferenciales registrados por código de Actividad

Valores en pesos

CODIGO ACTIVIDAD	2018	2019	2020	2021
S50004	21.273.997.870	21.778.022.030	54.334.904.576	56.650.190.191
S50003	7.448.664.943	20.903.642.659	31.968.299.395	29.947.906.580
S50005	12.203.737.004	8.307.148.303	14.221.023.355	16.083.971.087
S50001	7.111.035.956	7.172.376.554	4.712.723.798	9.144.767.558
S50008	1.311.339.152	1.367.055.871	2.040.082.478	4.066.246.826
S50007	176.021.726	3.782.416.596	799.984.463	3.964.764.809
S50002	1.957.668.750	4.787.909.167	4.574.756.338	1.793.672.339
S50009		96.079.636	3.093.064	170.906.098
Total General	51.482.465.401	68.194.650.816	112.654.867.467	121.822.425.488

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de Prestación de Servicios año 2018 -2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

Considerando los valores registrados por cada una de las actividades diferenciales, se tiene que la actividad S5004 - Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena-, es la actividad que reporta mayor costo durante los cuatro años, especialmente, durante el año de mayor aislamiento por pandemia, es decir el 2020.

Durante al año 2021, se observa que la actividad S50004, es la actividad de mayor peso sobre el total de los costos con un 46,50%, equivalente a \$2.315.285.615 y una variación positiva comparada con el año anterior del 4,3%; en segundo lugar, encontramos que la actividad S50003 con un peso del 24,58% y una variación negativa comparada con el año 2019 de 6,3%.

Así mismo, se observa que la actividad S50009 - Transporte intermunicipal fluvial - es sobre la que menos están empleando dinero para su ejecución, con un peso del 0,14%, cabe resaltar que esta actividad para el año 2021, registró un comportamiento atípico en sus valores a como venía reportándolos en los dos periodos inmediatamente anteriores.

Análisis de actividades diferenciales en el marco del modelo diferencial de Guainía.

De acuerdo a la información entregada por la secretaria de salud departamental del Guainía, los costos adicionales en los que debe incurrir los actores del modelo de atención diferencial del departamento, se concentran en el transporte, medicamentos y la interculturalidad, teniendo en cuenta lo anterior, son estos los rubros que se ajustarían teniendo en cuenta a que el departamento se le reconoce una prima adicional por dispersión geográfica del 11,47% para el Régimen Subsidiado.

Teniendo en cuenta que el modelo diferencial se implementó para el Régimen Subsidiado, el análisis está centrado en dicho régimen, según lo presentado a continuación.

El rubro correspondiente a medicamentos, es el diferencial entre lo presentado por la secretaria de salud departamental y lo reportado por la EPS Coosalud que opera el modelo, en el marco del estudio de suficiencia y mecanismos de ajuste de riesgo.

Tabla 25. Valores a ajustar de las actividades diferenciales en el marco del modelo diferencial de Guainía

	zona 1	Zona 2	Zona 3	Zona 4	Zona 5	Total
Transporte zonal año	\$ 419.500.667	\$ 219.782.667	\$ 97.598.000	\$ 119.958.000	\$ 116.591.333	\$ 973.430.667
Transp Bog -Inir-Bog	No aplica	\$ 12.800.000	\$ 12.800.000	\$ 12.800.000	\$ 12.800.000	\$ 51.200.000
Transp Inírida-Centro Hosp		\$ 11.200.000	\$ 18.480.000	\$ 14.400.000	\$ 21.120.000	\$ 65.200.000
MEDICAMENTOS						\$ 680.810.515

INTERCULTURALIDAD	\$ 616.924.988
--------------------------	----------------

TOTAL A AJUSTAR	\$ 2.387.566.170
------------------------	------------------

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Secretaría de Salud Departamental del Guanía y Base de Prestación de Servicios de Coosalud en el marco del estudio de suficiencia. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2022.

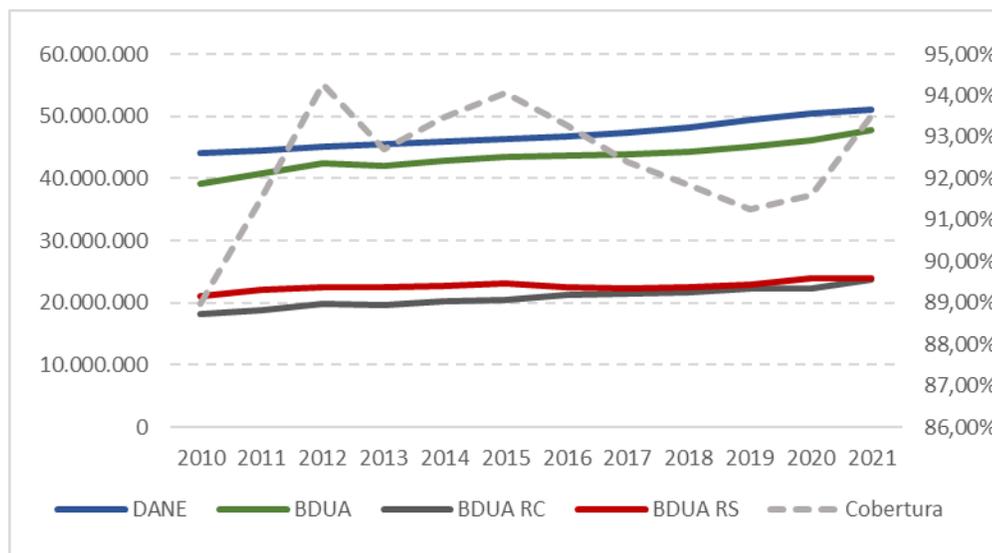
Estudio poblacional

Comportamiento demográfico en Colombia 2010 – 2021

Partiendo de la información del DANE, sobre la población nacional proyectada en el periodo 2010 – 2021, calculada con base en los resultados del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018, se obtiene que la tasa de crecimiento demográfico en el año 2021 respecto al año 2010 del 1,47, mientras que la población afiliada activa al SGSSS en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado muestra una tasa de crecimiento de 1.96 durante el mismo período.

Durante los años 2011 y 2012 la población afiliada al SGSSS exhibió las mayores tasas de crecimiento (3,90 y 3,93), que luego decrece y se mantiene durante los años 2017 y 2019, en un promedio de 1,55, aumentando nuevamente para los últimos años de análisis.

Gráfica 10 Tendencia poblacional DANE y BDUA, y de cobertura al SGSSS. Años 2010 - 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

El Régimen Contributivo presenta una tasa de crecimiento de 2,71 para el año 2021 en relación al año 2010, con una leve disminución respecto al crecimiento exhibido durante los años 2017 a 2019, que en promedio fue de 2,36. Por su parte, el régimen subsidiado tiene una tasa de

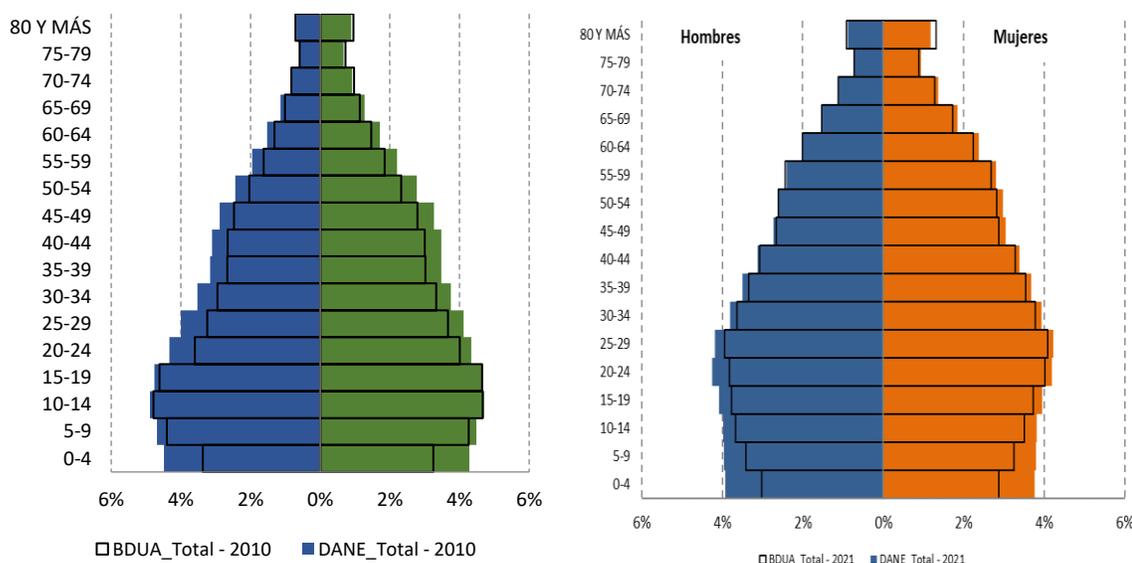
crecimiento de 1,27 en el año 2021 respecto al año 2010, aumentando levemente, en comparación al crecimiento observado durante los años 2017 a 2019, que en promedio fue de 0,82.

Entre los años 2010 y 2021, la participación por régimen en el total de afiliados muestra una tendencia a igualarse entre sí, aumentando en el Régimen Contributivo (de 46,18% a 49,78%) y disminuyendo en el Régimen Subsidiado (de 53,82% a 50,22%).

La cobertura del SGSSS muestra una tendencia creciente en los tres primeros años del periodo de estudio, mostrando su mayor valor en el año 2012 (94,29%). Para el año 2019, la proporción de afiliados sobre la proyección de la población nacional fue del 91,25%, y en el año 2021 pasa a ser del 93,50%.

En la siguiente gráfica se muestra el comparativo de la estructura poblacional de los afiliados con respecto a la población proyectada, y la dinámica poblacional entre los años 2010 y 2021, evidenciando un aumento en la cobertura, principalmente en la población con 25 años o más; la cobertura de la afiliación al SGSSS en el año 2010 fue de 88,97% , para el año 2021 es de 93,50%, en donde, 54,97% de esta cobertura corresponde a la población con 25 años o más en el año 2010, pasando a 66,29% para el año 2021.

Gráfica 11 Afiliación al SGSSS por sexo y grupo de edad quinquenal. Años 2010 y 2021

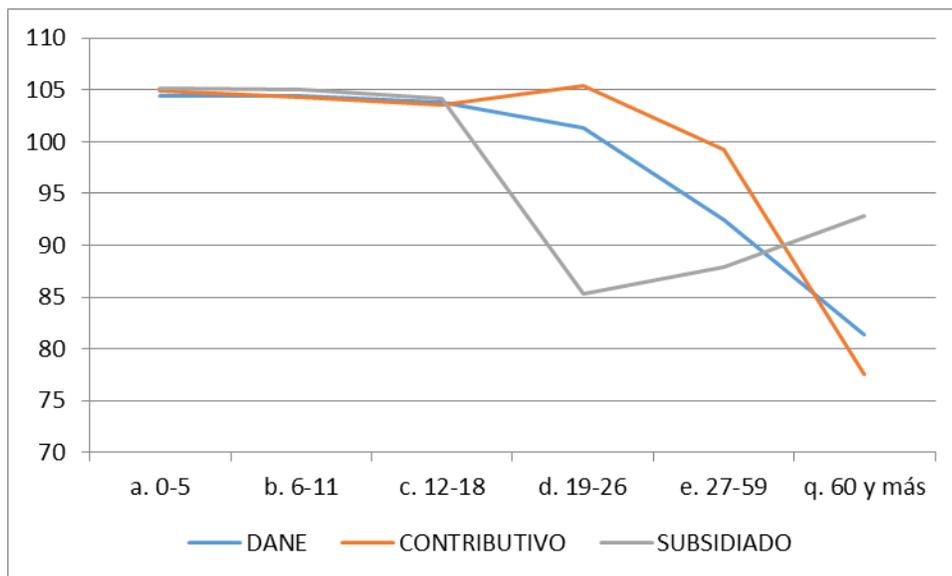


Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

El índice de masculinidad desde salud permite analizar factores de riesgo posiblemente afecten a la población afiliada, en el último año 2021 esta razón se ubica en 95 hombres por cada 100 mujeres, lo cual demuestra mayor número de mujeres y por tanto un riesgo superior a consumir servicios de salud dada las condiciones del género femenino en cuanto a la edad fértil, siendo mayor en número de mujer en Régimen Subsidiado que en el Contributivo, ubicando esta razón en 98 hombres por cada 100 mujeres y en 93 hombres por cada 100 mujeres respectivamente.

Sin embargo, al analizar por los ciclos de edad, se observa diferencias entre los regímenes, siendo mayor esta relación en el Régimen Contributivo para la población económicamente activa es decir entre los grupos de 19 a 26 y 27 a 59 años ubicando la razón en 105 hombres por cada 100 mujeres y en 99 hombres por cada 100 mujeres. Ahora bien, en la población adulta es decir mayores de 60 años la relación es de 93 hombres por cada 100 mujeres, es importante realizar el seguimiento a dicho comportamiento debido a la presión financiera que se puede ejercer en el SGSSS por la prevalencia de enfermedades crónicas en este último grupo y que por los determinantes de salud podrían presentar resultados con mayor grado de severidad.

Gráfica 12 Índice de Masculinidad según los grupos de edad del ciclo de vida en el año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Por otro lado, la participación de las mujeres sobre la población nacional se mantiene en una relación de 51 por cada 100 personas durante los años 2010 y 2021, de ellas alrededor de 27 y 22 respectivamente, se encontraban en edad fértil.

La distribución en la población afiliada fue de 52 mujeres por cada 100 afiliados al SGSSS en el año 2010, de las cuales 26 mujeres se encuentran en edad fértil, para el año 2021 se encuentran 51 mujeres por cada 100 afiliados, de las cuales 27 están en edad fértil.

La razón de los niños menores de 5 años por cada 100 personas en la población nacional fue de 9 en el año 2010, pasando a 8 en el año 2021, por su parte, la razón de los niños de estas edades fue de 7 por cada 100 afiliados al SGSSS en el año 2010, pasando a una razón de 6 en el año 2021.

Índice de envejecimiento

El envejecimiento poblacional es causado principalmente por la disminución en la natalidad, así como por el incremento en la esperanza de vida a causa del descenso en la mortalidad. Su cálculo está determinado como el cociente entre el total de personas de 60 años, más y los niños y jóvenes menores de 15 años de edad.

Al analizar la mencionada relación entre el periodo de 2010 y 2021 se observa un incremento del 37 a 60, es decir que por cada 100 menores de 15 años en el 2010, 37 eran personas mayores de 60 años, al 2021 por cada 100 menores de 15 años, 60 son adultos mayores, lo anterior se debe a la disminución de menores de 15 años y por tanto incremento de adultos mayores de 60 años, lo anterior impacta en las tecnologías y servicios de salud que se garantizan a través de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, dada la presencia de enfermedades crónicas las cuales deben ser mantenidas a largo plazo.

Al analizar el comportamiento de la población afiliada al SGSSS, es decir a los dos regímenes, el incremento del 2010 al 2021 ha pasado de 39 a 71, lo cual demuestra una mayor proporción de adultos mayores de 60 años que de población menor de 15 años.

La tendencia del índice para los regímenes contributivo y subsidiado es creciente en ambos casos, exhibiendo mayor diferencia en el Régimen Contributivo que pasa de 50 en el año 2010 a 85 en 2021, mientras que en el subsidiado fue de 33 en el año 2010 y de 59 en 2021.

Los resultados del índice de envejecimiento muestran que la población de 60 años y más en relación a la población infantil es cada vez mayor, con una diferencia de 21 personas con edades de 60 años o más por cada 100 personas menores de 15 años en la población nacional durante

los últimos 10 años, siendo aún más alta en la población afiliada al SGSSS, que presenta una diferencia de 26.

Bono demográfico e Índice de dependencia

El bono demográfico se conoce como la “ventana demográfica de oportunidades” que tiene un país, por considerar las posibilidades que un período de tiempo puede ofrecer en función del crecimiento económico, así como del mejoramiento de los niveles de bienestar de la población (NU. CEPAL. CELADE, 2012). Se puede entender como aquel período en el cual la población potencialmente productiva crece de manera sostenida en relación con la población económicamente inactiva, aspecto relevante en el marco del SGSSS y de cara a la edad de jubilación en Colombia.

El comportamiento de la distribución de la población potencialmente activa (población en edad productiva) y no activa, permite anticipar las inversiones en el área social y de la salud, en relación con el peso de la población adulta mayor respecto al total general.

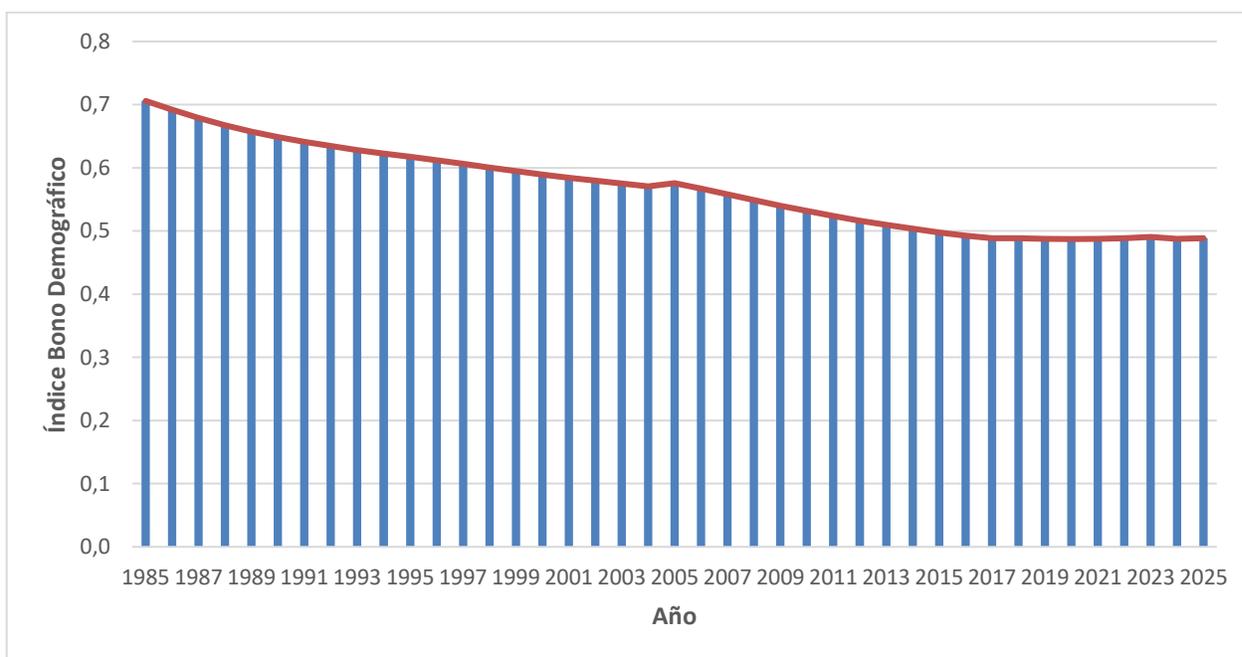
El bono demográfico tiene las siguientes fases (DANE, 2020):

- Bono 1: periodo en el que la relación de dependencia es decreciente pero mayor que dos dependientes por cada tres personas en edades activas.
- Bono 2: periodo en el que la relación de dependencia es decreciente pero menor a dos dependientes por cada tres personas en edades activas.
- Bono 3: periodo en el que la relación de dependencia es creciente pero menor a dos dependientes por cada tres personas en edades activas.
- Impuesto demográfico: la fuerza laboral crece más lentamente que la población dependiente.

Colombia lleva recorridos más de 20 años del bono demográfico, como se muestra en la siguiente gráfica, pero aún existe un margen de acción en la ventana de oportunidad para continuar desarrollando políticas que fortalezcan los niveles de productividad de la población y que fomenten en las personas una cultura de autocuidado y manejo de riesgos capaz de anticiparse a posibles desenlaces negativos para la salud y calidad de vida con el fin de reducir la carga de enfermedad existente, máxime si se tiene en cuenta, el peso relativo de la población mayor de 60 años que ha venido aumentando en los últimos años, el aumento de la expectativa de vida y la

tendencia del índice de envejecimiento. Colombia para el año 2021, se encuentra en la fase del bono 2, como se evidencia en la gráfica de la relación de dependencia, ésta es decreciente, aunque menor a dos por cada tres personas en edades económicamente activas, sin embargo, también se observa que esta relación se mantiene constante por los siguientes 4 años, según las proyecciones de población, previendo una tercera fase del bono.

Gráfica 13 Ventana de oportunidad del bono demográfico en Colombia



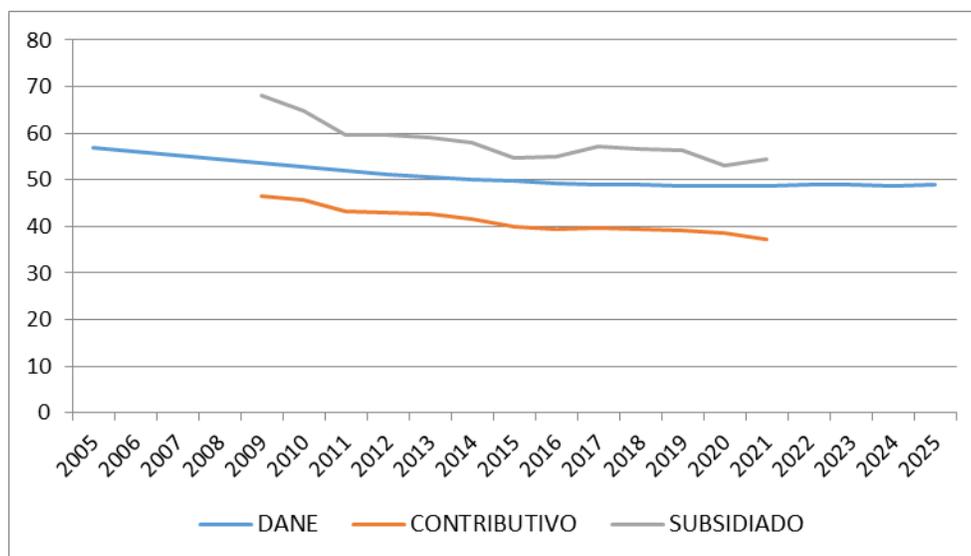
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Teniendo en cuenta la relevancia de observar el comportamiento del índice de dependencia, éste se calcula como la razón establecida de la suma de la población menor de 15 años y mayor de 65 años sobre la población entre los 15 y 64 años de edad y se interpreta como una medida del promedio de personas económicamente dependientes por cada 100 personas potencialmente activas, o en edad de trabajar. A partir de estos grupos de edad se pueden establecer otros dos tipos de indicadores, el primero es la relación de dependencia por edad joven que considera la población entre los 0 y 14 años y el segundo es la relación de dependencia por edades avanzadas que considera la población mayor de 65 años.

En la proyección de la población nacional, el índice de dependencia muestra una tendencia descendente entre los años 2010 y 2021, pasando de 53 personas potencialmente dependientes por cada 100 personas en edades potencialmente activas, a 49. En la población de afiliados al

SGSSS, el comportamiento reportado en el Régimen Contributivo fue de 46 en el año 2010 y de 37 en el año 2021, mientras que en el Régimen Subsidiado el valor del índice fue de 65 en el año 2010 y de 54 en 2021, de manera que, en el total de la población afiliada se encuentra un índice de dependencia de 55 en el año de inicio pasando a un valor de 45 en el año 2021. A continuación, se muestra que la tendencia del índice para el período 2009 a 2021 es descendente en general, manteniéndose alrededor de una relación de 39 durante los últimos 4 años en el Régimen Contributivo y alrededor de 56 en el Régimen Subsidiado, mientras la proyección de la población nacional se mantiene alrededor de 49.

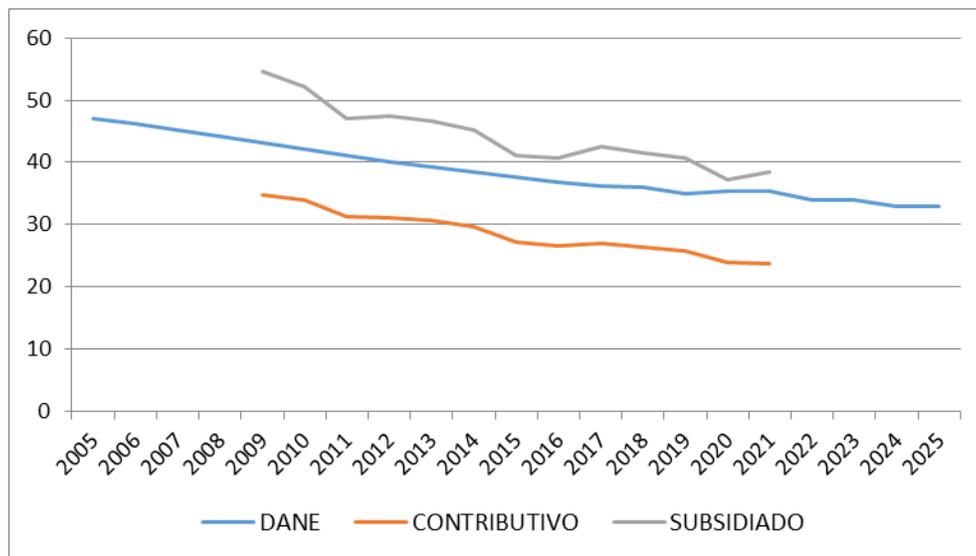
Gráfica 14 Comportamiento de la razón de dependencia. Colombia. 2009-2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

La relación de dependencia por edad joven viene disminuyendo, como se observa en la siguiente gráfica; a nivel nacional desde el año 2010 por cada 100 personas en edad de trabajar, hubo aproximadamente 42 personas en edades de los 0 a 14 años, pasando a 33 en el año 2021, el comportamiento visto en el Régimen Subsidiado muestra una tendencia decreciente también, pasando de 52 en 2010 a 39 en 2021, por su parte, el Régimen Contributivo pasa de un índice 34 en 2010 a 24 en 2021.

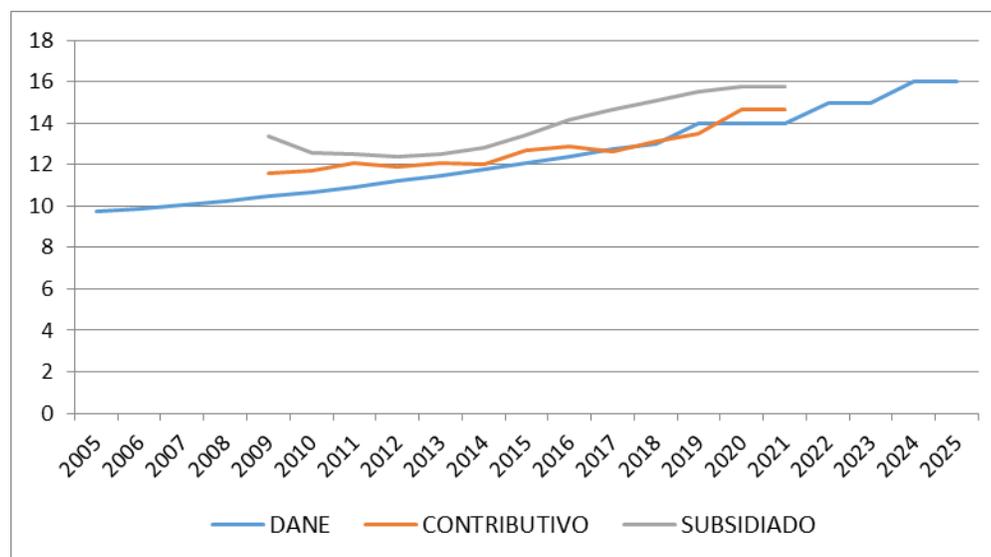
Gráfica 15 Comportamiento de la relación de dependencia por edad joven. Colombia. 2009-2021.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

En la siguiente gráfica se puede apreciar que la relación de dependencia de la población de 65 años o más se ha venido comportando de forma ascendente, pasando de 11 a 15 personas en edad avanzada por cada 100 personas potencialmente activas durante los años 2010 a 2021. Para el Régimen Contributivo y Subsidiado, esta relación en 2010 era de 12 y 13 respectivamente, pasando a 15 en el Régimen Contributivo y a 16 en el Régimen Subsidiado para el año 2021, mostrando una tendencia similar en ambos regímenes.

Gráfica 16 Comportamiento de la relación de dependencia por edad Avanzada. Colombia. 2009-2021.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información del DANE y la BDUA. Años 2010-2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Análisis de población equivalente EPS selección.

Régimen Contributivo

El Régimen Contributivo reportó en el año 2021 una población equivalente de 22.941.055 de personas, valor obtenido como el cociente entre el total de días compensados por todos los afiliados durante el año y 360.

En la distribución por sexo de esta población, el 50,9% del total fueron mujeres y el 49,1% hombres; en la distribución por edad el grupo etario de mayor participación es el de 19 a 44 años con el 44,2%, en el cual el 21,9% corresponde a la participación de las mujeres y el 22,3% a los hombres; le siguen en participación el grupo con edades entre 5 y 14 años con un participación del 12,0%, de los cuales el 5,9% corresponde a mujeres y el 6,1% a los hombres; en orden de importancia le siguen los grupos etarios de 45 a 49 años y de 50 a 54 años, que en conjunto suman el 12,35% y cuya participación por sexo correspondió al 6,5% de las mujeres y al 6,0% de los hombres.

Tabla 26 Distribución de los afiliados equivalentes al Régimen Contributivo, por grupos etarios y sexo. Año 2021

Grupo de Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
a. < 1	132.739	1,14%	139.446	1,24%	272.185	1,19%
b. 1 a 4	443.583	3,80%	464.191	4,12%	907.774	3,96%
c. 5 a 14	1.347.602	11,54%	1.406.107	12,49%	2.753.709	12,00%
d. 15 a 18	576.752	4,94%	596.268	5,30%	1.173.020	5,11%
e. 19 a 44	5.029.046	43,05%	5.110.495	45,39%	10.139.541	44,20%
f. 45 a 49	734.735	6,29%	709.433	6,30%	1.444.168	6,30%
g. 50 a 54	718.108	6,15%	671.060	5,96%	1.389.168	6,06%
h. 55 a 59	703.555	6,02%	618.339	5,49%	1.321.894	5,76%
i. 60 a 64	601.712	5,15%	498.071	4,42%	1.099.783	4,79%
j. 65 a 69	477.479	4,09%	383.011	3,40%	860.490	3,75%
k. 70 a 74	345.741	2,96%	278.602	2,47%	624.343	2,72%
l. >= 75	570.790	4,89%	384.190	3,41%	954.980	4,16%
Total	11.681.842	100,00%	11.259.213	100,00%	22.941.055	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación HAC. Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

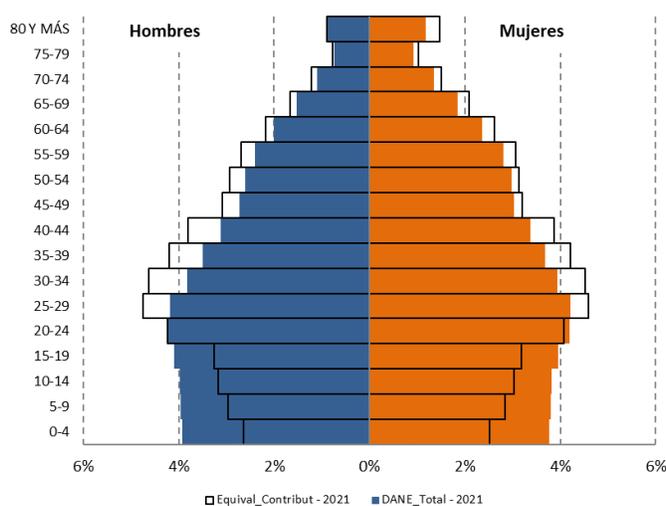
Al realizar un comparativo de la estructura poblacional de la proyección generada por el DANE y de los afiliados equivalentes al Régimen Contributivo, para el año 2021 existen 95 hombres por cada 100 mujeres en el territorio nacional y por cada 100 mujeres afiliadas equivalentes se encontraron 96 hombres afiliados.

La relación niños - mujer es de 29 para el total nacional y de 18 para la población afiliada equivalente, lo que significa que por cada 100 mujeres en edad reproductiva se proyectaron 29 niños menores de 4 años de edad en Colombia y que por cada 100 mujeres compensadas en el SGSSS., hubo 18 niños menores de 4 años de edad.

El índice de envejecimiento para el total nacional es de 60 en el año 2021 y para la población equivalente compensada es de 90 es decir que, por cada 100 jóvenes en Colombia, hubo aproximadamente 60 adultos de 60 o más años de edad, hubo 90 adultos compensados de 60 años o más. También se observa que la participación de la población de menos de 20 años de edad es mayor para la proyección nacional, siendo de 31,7%, mientras que en la población equivalente compensada es de 22,2%, tal y como se evidencia en la siguiente gráfica.

La proyección de la población nacional presenta una razón de dependencia mayor al reportado de la población afiliada equivalente, esto es de 49 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar frente a 48 afiliados equivalentes que se encuentran en edad de dependencia por cada 100 personas en edad de trabajar.

Gráfica 17 Distribución poblacional de afiliados equivalentes al Régimen Contributivo y de la Proyección Nacional. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación HAC y Proyecciones DANE. Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Al realizar el análisis por EPS, en la siguiente tabla se observa que 17 entidades del Régimen Contributivo reportaron información. Del total de la población equivalente del año 2021, el 18,0% proviene de la Nueva EPS (EPS037), el 17,6% de la EPS Sura (EPS010), el 16,4% de la EPS Sanitas (EPS005) y el 14,1% de la EPS Salud Total (EPS002), acumulando el 66,0%. La EPS que reporto menor cantidad de afiliados equivalentes fue Empresas Públicas de Medellín (EPPM),

(EAS016) con participación por debajo del 0,1%. Por último, los afiliados compensados en las EPS de movilidad participaron el 5,1% sobre el total de la población equivalente.

Tabla 27 Distribución de la población afiliada equivalente por EPS. Régimen Contributivo. Año 2021

EPS	Nombre EPS	Total	%
EPS037	NUEVA EPS S.A.	4.127.401	18,0%
EPS010	EPS SURAMERICANA S.A.	4.035.283	17,6%
EPS005	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	3.753.231	16,4%
EPS002	SALUD TOTAL ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO Y DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.	3.224.975	14,1%
EPS017	EPS FAMISANAR S.A.S.	2.034.558	8,9%
EPS008	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	1.674.260	7,3%
MOVILIDAD	MOVILIDAD REGIMEN CONTRIBUTIVO	1.163.024	5,1%
EPS016	COOMEVA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. "COOMEVA E.P.S. S.A."	1.021.270	4,5%
EPS018	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. S.O.S.	687.703	3,0%
EPS044	MEDIMAS EPS S.A.S.	621.207	2,7%
EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	224.485	1,0%
EPS012	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA "COMFENALCO VALLE DE LA GENTE"	215.701	0,9%
EPS042	COOSALUD EPS S.A.	41.022	0,2%
EPS048	ASOCIACION MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - MUTUAL SER EPS	38.238	0,2%
EPS046	FUDACIÓN SALUD MIA	35.303	0,2%
EAS027	FONDO PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NACIONALES	35.018	0,2%
EAS016	EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN - DEPARTAMENTO MEDICO	8.376	0,0%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación HAC y Proyecciones DANE. Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

La distribución de la población afiliada equivalente por departamento es consistente con el comportamiento de la población proyectada por el DANE, para los primeros 7 departamentos con

mayor población; los tres primeros departamentos acumulan el 74,5% del total de afiliados equivalentes, encontrándose Bogotá en el primer lugar con el 26,6%, seguido de Antioquia con el 17,6% y en tercer lugar el departamento del Valle del Cauca con el 10,9%. La participación de los demás departamentos, a excepción de Cundinamarca que presentó el 6,9% y Atlántico que presento 5,08%, presentan como máximo un 5% de participación. Los departamentos con menor población son aquellos que conforman los antiguos territorios nacionales, como se ilustra en la siguiente tabla.

Tabla 28 Distribución de la población afiliada equivalente por EPS. Régimen Contributivo. Año 2021

Cod Depto	Nombre Depto	Total	%
11	BOGOTÁ, D.C.	6.111.656	26,64%
05	ANTIOQUIA	4.045.148	17,63%
76	VALLE DEL CAUCA	2.501.068	10,90%
25	CUNDINAMARCA	1.512.827	6,59%
08	ATLÁNTICO	1.165.819	5,08%
68	SANTANDER	1.108.623	4,83%
13	BOLÍVAR	645.341	2,81%
66	RISARALDA	564.815	2,46%
73	TOLIMA	503.758	2,20%
17	CALDAS	479.422	2,09%
15	BOYACÁ	464.087	2,02%
50	META	434.854	1,90%
54	NORTE DE SANTANDER	434.682	1,89%
47	MAGDALENA	379.205	1,65%
41	HUILA	331.800	1,45%
20	CESAR	323.525	1,41%
23	CÓRDOBA	322.265	1,40%
19	CAUCA	285.472	1,24%
63	QUINDÍO	283.994	1,24%
52	NARIÑO	274.970	1,20%
85	CASANARE	157.494	0,69%
70	SUCRE	155.845	0,68%
44	LA GUAJIRA	142.354	0,62%
18	CAQUETÁ	72.058	0,31%
81	ARAUCA	49.486	0,22%
27	CHOCÓ	48.836	0,21%
86	PUTUMAYO	43.744	0,19%
88	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	42.730	0,19%
95	GUAVIARE	19.776	0,09%
91	AMAZONAS	16.573	0,07%
99	VICHADA	9.637	0,04%
94	GUAINÍA	4.894	0,02%

Cod Depto	Nombre Depto	Total	%
97	VAUPÉS	4.297	0,02%
Total		22.941.055	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación HAC y Proyecciones DANE. Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Pruebas poblacionales en el Régimen Contributivo en población equivalente para el año 2021

Con el objeto de medir el grado de similitud entre las distribuciones de población equivalente del año 2021 reportadas por las EPS, incluidas en la selección de instituciones que pasaron los procesos de calidad de validación de la información y el total del régimen, se aplicó la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon (Lehmann, 2006) a los datos en cada una de las zonas UPC por grupos etarios UPC. La hipótesis nula que se pone a prueba establece que no hay diferencia entre las distribuciones bajo estudio. El criterio escogido es el siguiente: para para que la selección se considere obtenida de la misma distribución que la de su respectivo régimen se debe cumplir la condición que ninguna de las hipótesis nulas debe ser rechazada.

Como resultado se obtiene que, el Régimen Contributivo cumple con el criterio descrito. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

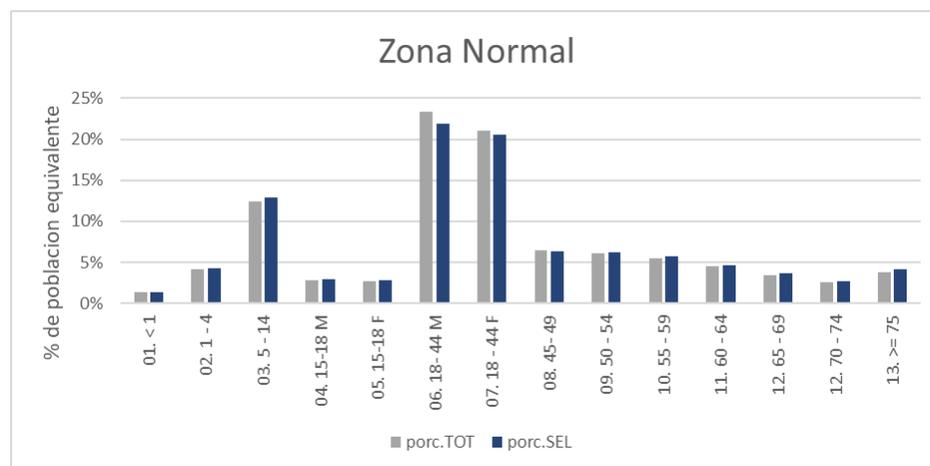
Tabla 29 Estadísticos de prueba Wilcoxon. Régimen Contributivo 2021.

Estadísticos de prueba		
ZONA_2016.TOT		porc.TOT - porc.SEL
Alejada	Z	-1,475 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,140
Ciudades	Z	-,471 ^c
	Sig. asintótica(bilateral)	,638
Especial	Z	-1,538 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,124
Normal	Z	-1,475 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,140
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon		
b. Se basa en rangos positivos.		
c. Se basa en rangos negativos.		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

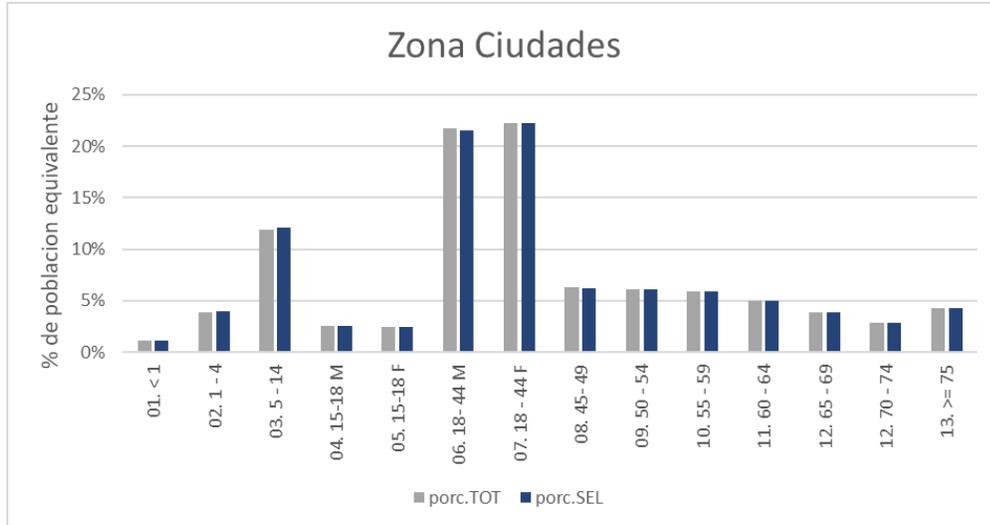
Para complementar la prueba relacionada se presenta el panel de graficas de la población equivalente del Régimen Contributivo por zonas UPC y grupos etarios, donde se observa que la distribución de la población de las EPS de selección y la población del Régimen Contributivo es similar.

Gráfica 18 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Normal. Régimen Contributivo. Año 2021



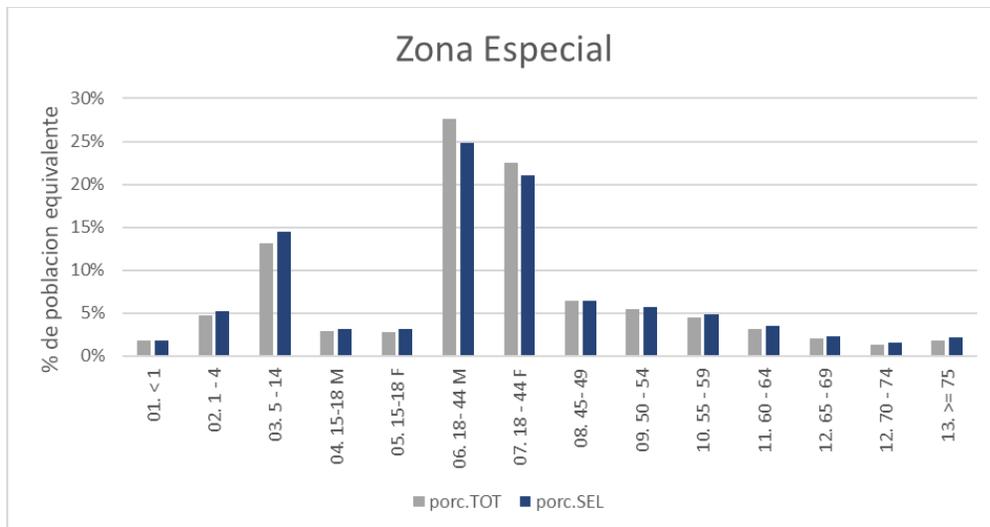
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Gráfica 19 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Ciudades. Régimen Contributivo. Año 2021



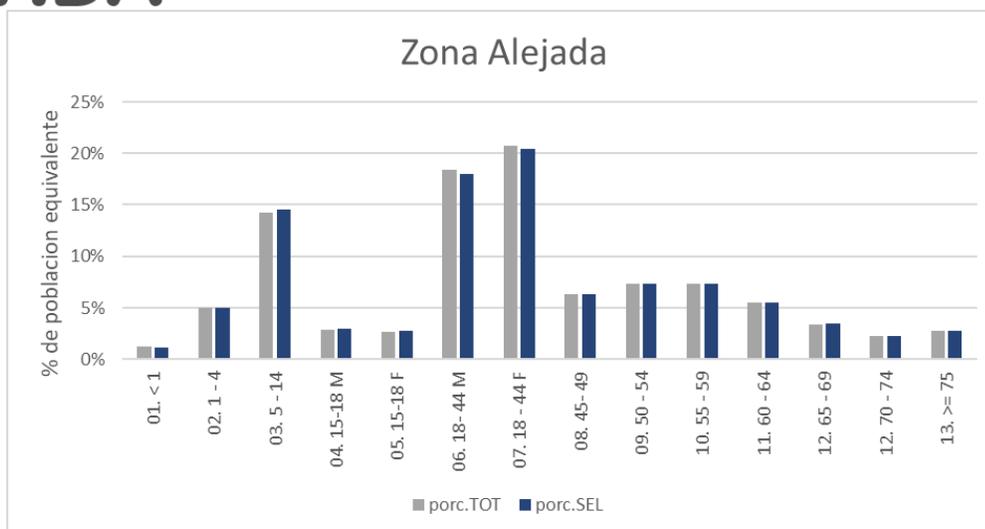
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Gráfica 20 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Especial. Régimen Contributivo. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Gráfica 21 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Alejada. Régimen Contributivo. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Régimen Subsidiado

En el año 2021, la población equivalente liquidada para este régimen fue de 24.383.046 personas, valor obtenido como el cociente entre el total de días compensados por todos los afiliados durante el año y 360.

En la siguiente tabla se presenta la distribución de esta población por sexo y grupos etarios, se observa que 12.593.555 son mujeres, que corresponde al 51,7% de la población compensada, y 11.789.491 son hombres, correspondiente al 48,3%. Respecto al comportamiento por grupo etario, los grupos con mayor participación son los afiliados compensados de 19 a 44 años, que participa 35,8%, seguido del grupo de 5 a 14 años con un 16,8%; le sigue el grupo de las edades entre 15 y 18 años con una participación del 7,6%; con una participación importante le sigue el grupo de 1 a 4 años, con un peso del 6,1%. En comparación a la distribución de la población compensada en el Régimen Contributivo, la población de los grupos de edad de los afiliados compensados al Régimen Subsidiado con menos de 19 años presenta mayor importancia en participación, con un 33,1%, mientras que en el Régimen Contributivo la misma es de 22,2%.

Tabla 30 Distribución de los afiliados equivalentes al Régimen Subsidiado por grupos etarios y sexo. Año 2021

Grupo de Edad (años)	Femenino		Masculino		Total	
	Total	%	Total	%	Total	%
a. < 1	283.578	2,25%	298.749	2,53%	582.327	2,39%
b. 1 a 4	725.129	5,76%	763.045	6,47%	1.488.174	6,10%
c. 5 a 14	2.007.702	15,94%	2.110.277	17,90%	4.117.979	16,89%
d. 15 a 18	911.424	7,24%	950.799	8,06%	1.862.223	7,64%
e. 19 a 44	4.702.972	37,34%	4.044.578	34,31%	8.747.550	35,88%
f. 45 a 49	712.506	5,66%	619.644	5,26%	1.332.150	5,46%
g. 50 a 54	705.292	5,60%	634.071	5,38%	1.339.363	5,49%
h. 55 a 59	661.549	5,25%	618.106	5,24%	1.279.655	5,25%
i. 60 a 64	550.540	4,37%	532.718	4,52%	1.083.258	4,44%
j. 65 a 69	419.716	3,33%	412.408	3,50%	832.124	3,41%
k. 70 a 74	320.409	2,54%	307.824	2,61%	628.233	2,58%
l. >= 75	592.738	4,71%	497.272	4,22%	1.090.010	4,47%
Total	12.593.555	100,00%	11.789.491	100,00%	24.383.046	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de la liquidación mensual de Afiliados – LMA, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

En el comparativo de las estructuras poblacionales entre la proyección de la población nacional del DANE y la población equivalente liquidada, se presenta un índice de masculinidad de 95 para el total nacional y de 94 en los afiliados equivalentes, similar al valor reportado en el régimen contributivo.

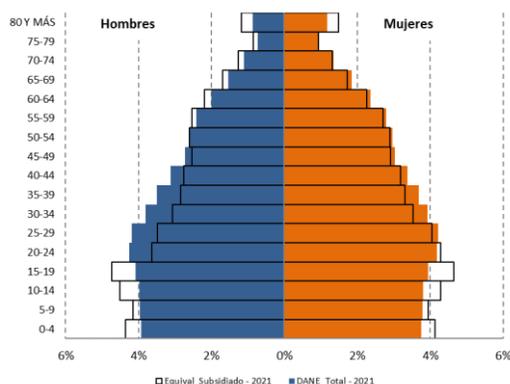
La relación niños - mujer es de 32 en la población del régimen, lo que significa que por cada 100 mujeres afiliadas equivalentes y en edad reproductiva, hay 32 niños menores de 4 años de edad afiliados. Este régimen presenta una relación de 3 unidades menos respecto al dato nacional y 14 unidades más respecto al Régimen Contributivo.

El índice de envejecimiento en este régimen es de 59, esto significa que por cada 100 jóvenes de 15 años de edad afiliados equivalentes en el Régimen Subsidiado, existen 59 afiliados de 60 años o más. Al comparar este valor con el dato nacional y el Régimen Contributivo se observa que el Régimen Subsidiado es menor en una unidad a la proyección de la población nacional y al Régimen Contributivo en 31 unidades. En la siguiente gráfica se evidencia, además, que los grupos de la población liquidada en el Régimen Subsidiado con edades de menos de 20 años,

tienen una mayor participación a la expuesta por la población nacional, siendo de 33,2% frente a 22,3%; en comparación con la pirámide del Régimen Contributivo presentada en la sección anterior, la base de la pirámide del Régimen Subsidiado exhibe también una mayor amplitud en estos grupos de edad.

La población equivalente liquidada en este régimen, presenta una razón de dependencia de 68, lo que significa que, por cada 100 afiliados equivalentes liquidados en edad de trabajar, existen 68 afiliados equivalentes en edades inactivas. Este valor es 20 puntos mayor al indicador en el Régimen Contributivo y 5 puntos mayor a lo descrito en la población nacional.

Gráfica 22 Distribución poblacional de afiliados equivalentes al Régimen Subsidiado y de la proyección nacional. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de la liquidación mensual de Afiliados – LMA, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

El análisis por EPS de la población equivalente liquidada se tiene información de 26 EPS del Régimen Subsidiado. En la siguiente tabla se observa que, en conjunto de las entidades de movilidad presenta la mayor participación, que corresponde al 15,5% de la población total. Entre las entidades del Régimen Subsidiado con mayor población compensada, se encuentran, Coosalud E.S.S. (ESS024) con el 11,2%, Nueva EPS (EPSS41) con el 10,5% y Mutualseer (ESS207) con cerca del 8,8%, AsmetSalud (ESS062) con el 7,5%, Emssanar (ESS118) con un 7,5%, acumulando cerca del 61,3% del total de afiliados equivalentes al Régimen Subsidiado.

Tabla 31 Distribución de la población afiliada equivalente por EPS. Régimen Subsidiado. Año 2021

EPS	Nombre EPS	Total	%
	MOVILIDAD REGIMEN		
MOVILIDAD	SUBSIDIADO	3.786.822	15,52%
ESS024	COOSALUD E.S.S.	2.742.829	11,25%
EPSS41	NUEVA EPS	2.565.529	10,52%
ESS207	MUTUALSER	2.151.783	8,82%
ESS062	ASMETSALUD	1.878.827	7,71%
ESS118	EMSSANAR	1.832.261	7,51%
EPSS40	SAVIA SALUD	1.563.787	6,41%
CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	1.230.834	5,05%
EPSS34	CAPITAL SALUD	1.117.989	4,59%
ESS133	COMPARTA	905.030	3,71%
EPSS45	MEDIMAS	637.791	2,62%
EPSI03	AIC	530.900	2,18%
CCF024	COMFAMILIAR HUILA	529.257	2,17%
EPS022	CONVIDA	469.236	1,92%
EPSI05	MALLAMAS	327.390	1,34%
ESS091	ECOOPSOS	321.284	1,32%
CCF023	COMFAMILIAR GUAJIRA	253.813	1,04%
ESS076	AMBUQ	251.787	1,03%
EPSI01	DUSAKAWI	248.640	1,02%
EPSI04	ANAS WAYUU	214.647	0,88%
CCF050	COMFAORIENTE	190.386	0,78%
CCF102	C.C.F. COMFACHOCO	171.072	0,70%
EPS025	CAPRESOCA	164.031	0,67%
CCF033	COMFASUCRE	113.902	0,47%
EPSI06	PIJAOS	96.580	0,40%
CCF027	COMFAMILIAR NARIÑO	86.639	0,36%
Total		24.383.046	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de la liquidación mensual de Afiliados – LMA, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

En la siguiente tabla se muestra la distribución de los afiliados equivalentes liquidados según el departamento de residencia, en ésta se encuentra que, los 10 departamentos con mayor cantidad de personas compensadas en el Régimen Subsidiado concentran el 59,2%, estos departamentos presentan desde de cerca de 1 millón de afiliados liquidados o más en el Régimen Subsidiado. El primer departamento con mayor participación en la cantidad de afiliados equivalentes es Antioquía con el 10,1%, seguido por Valle Del Cauca con un 7,8%, Bolívar con el 6,2%, Bogotá con 6,1%, Atlántico con 6,0% cada uno. De manera similar a lo observado para el Régimen

Contributivo, las menores concentraciones se observaron en los departamentos que conforman los antiguos territorios nacionales, a excepción del Archipiélago de San Andrés y Providencia que en el Régimen Subsidiado presentó una menor participación.

Tabla 32 Distribución de la población afiliada equivalente por departamento. Régimen Subsidiado. Año 2021

Cod Depto	Nombre Depto	Total	%
05	ANTIOQUIA	2.453.195	10,06%
76	VALLE DEL CAUCA	1.904.180	7,81%
13	BOLÍVAR	1.534.287	6,29%
11	BOGOTÁ, D.C.	1.471.315	6,03%
08	ATLÁNTICO	1.455.897	5,97%
23	CÓRDOBA	1.341.953	5,50%
52	NARIÑO	1.159.791	4,76%
54	NORTE DE SANTANDER	1.109.242	4,55%
68	SANTANDER	1.013.926	4,16%
19	CAUCA	997.522	4,09%
47	MAGDALENA	974.724	4,00%
25	CUNDINAMARCA	898.574	3,69%
20	CESAR	890.345	3,65%
44	LA GUAJIRA	820.793	3,37%
41	HUILA	802.070	3,29%
70	SUCRE	788.700	3,23%
73	TOLIMA	758.701	3,11%
15	BOYACÁ	665.011	2,73%
50	META	557.082	2,28%
66	RISARALDA	416.275	1,71%
17	CALDAS	402.651	1,65%
27	CHOCÓ	375.700	1,54%
18	CAQUETÁ	328.038	1,35%
86	PUTUMAYO	266.466	1,09%
63	QUINDÍO	251.774	1,03%
85	CASANARE	244.728	1,00%
81	ARAUCA	230.328	0,94%
99	VICHADA	64.136	0,26%
95	GUAVIARE	61.781	0,25%
91	AMAZONAS	56.567	0,23%
94	GUAINÍA	42.232	0,17%
97	VAUPÉS	27.715	0,11%
	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	17.347	0,07%
Total		24.383.046	100,00%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de la liquidación mensual de Afiliados – LMA, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Pruebas poblacionales en el Régimen Subsidiado en población equivalente para el año 2021.

La aplicación de la misma prueba de rangos con signo de *Wilcoxon* (Lehmann, 2006) a los datos del Régimen Subsidiado, para medir el grado de similitud entre las distribuciones de población compensada del año 2021 reportadas por las EPS incluidas en la selección y el total del régimen, arroja como resultado el cumplimiento del criterio establecido para que la selección se considere obtenida de la misma distribución que la de su respectivo régimen. A continuación, se presentan los resultados obtenidos.

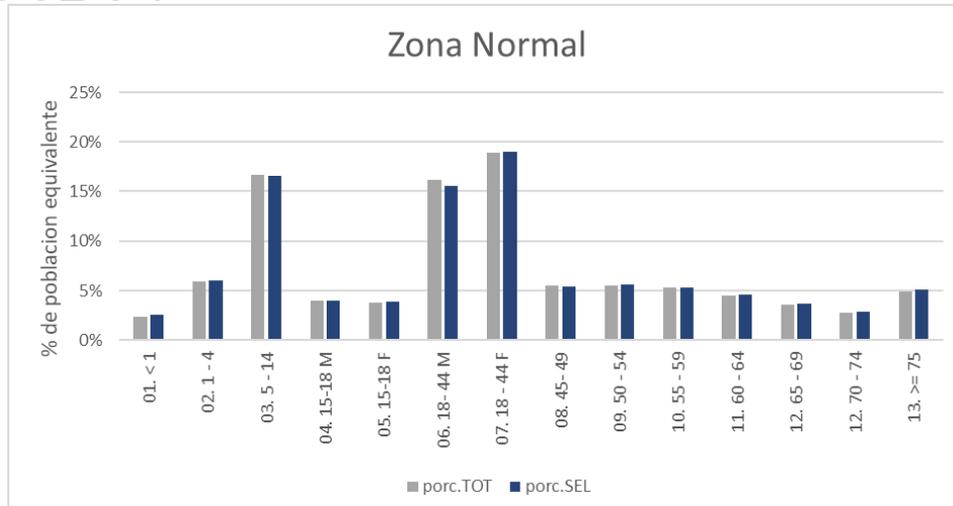
Tabla 33 Estadísticos de prueba Wilcoxon. Régimen Subsidiado 2021.

Estadísticos de prueba ^a		
ZONA_2016		porc.TOT - porc.SEL
Alejada	Z	-,408 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,683
Ciudades	Z	-1,224 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,221
Especial	Z	-,282 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,778
Normal	Z	-1,412 ^b
	Sig. asintótica(bilateral)	,158
a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon		
b. Se basa en rangos positivos.		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

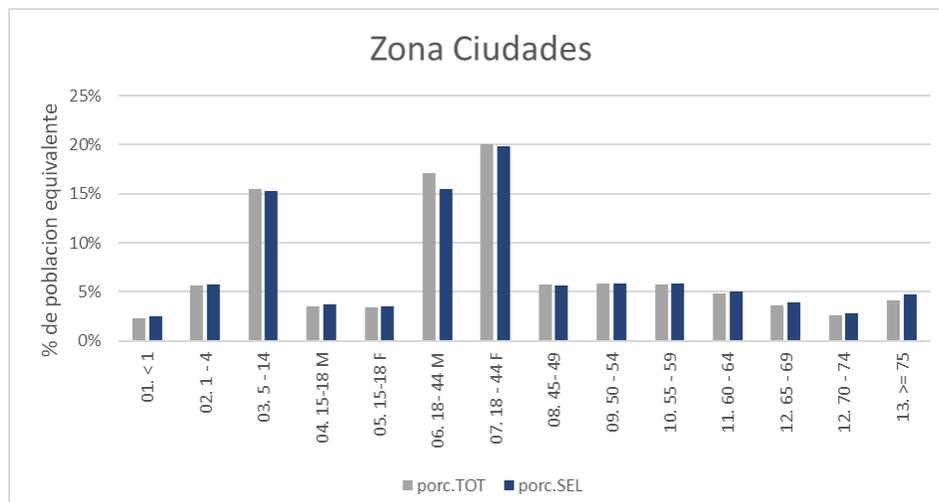
A continuación, se presenta el panel de gráficas de la población equivalente del Régimen Subsidiado por zonas UPC y grupos etarios, en ellas se observan las similitudes entre la distribución de la población de las EPS de selección y la población total del régimen.

Gráfica 23. Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Normal. Régimen Subsidiado. Año 2021.



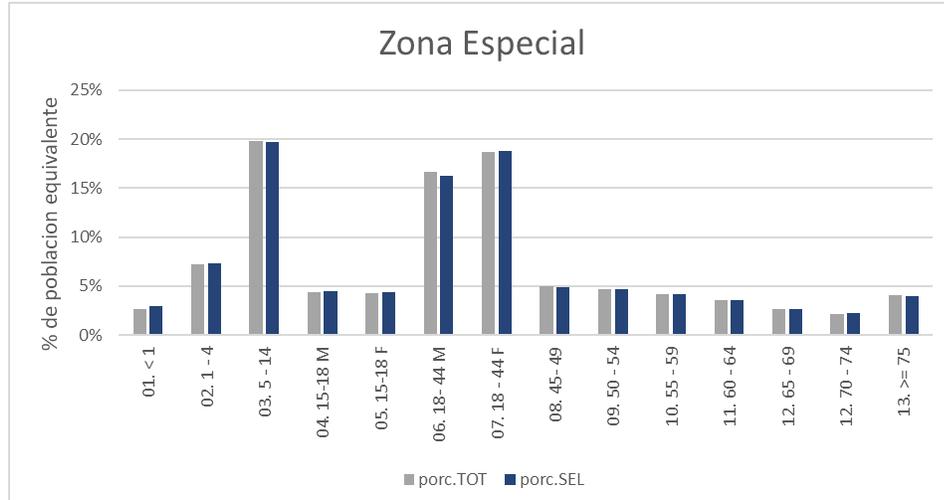
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Gráfica 24 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Ciudades. Régimen Subsidiado. Año 2021.



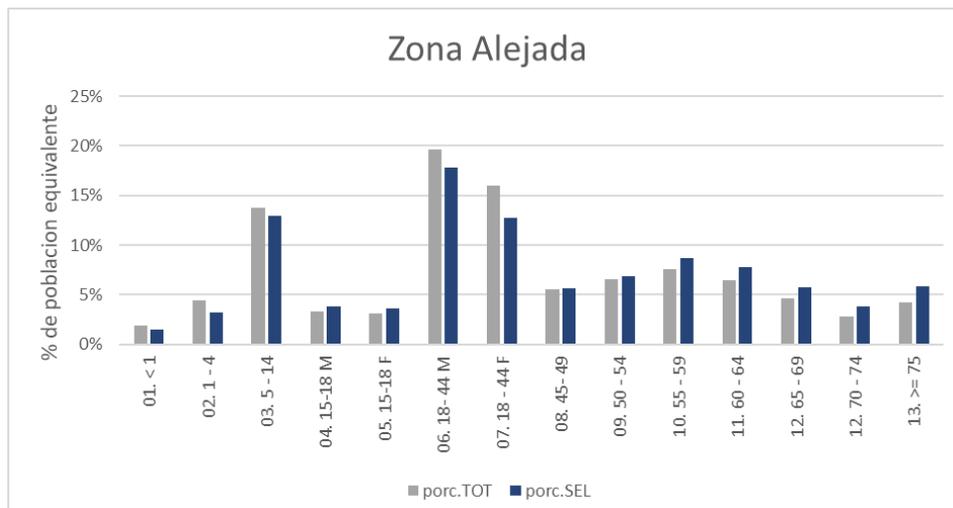
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Gráfica 25 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Especial. Régimen Subsidiado. Año 2021.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Gráfica 26 Distribución de población equivalente por grupo etario en Zona Alejada. Régimen Subsidiado. Año 2021.

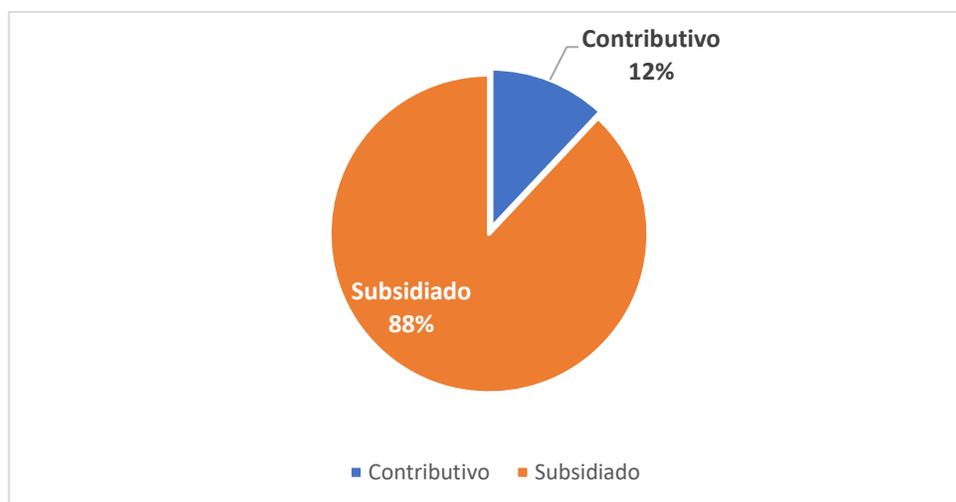


Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación, año 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.

Análisis poblacional del departamento del Guainía.

En el departamento del Guainía a 31 de diciembre del 2021, el 88% de la población pertenece al Régimen Subsidiado, el complemento es decir el 12% pertenece al Régimen Contributivo de acuerdo a la siguiente gráfica.

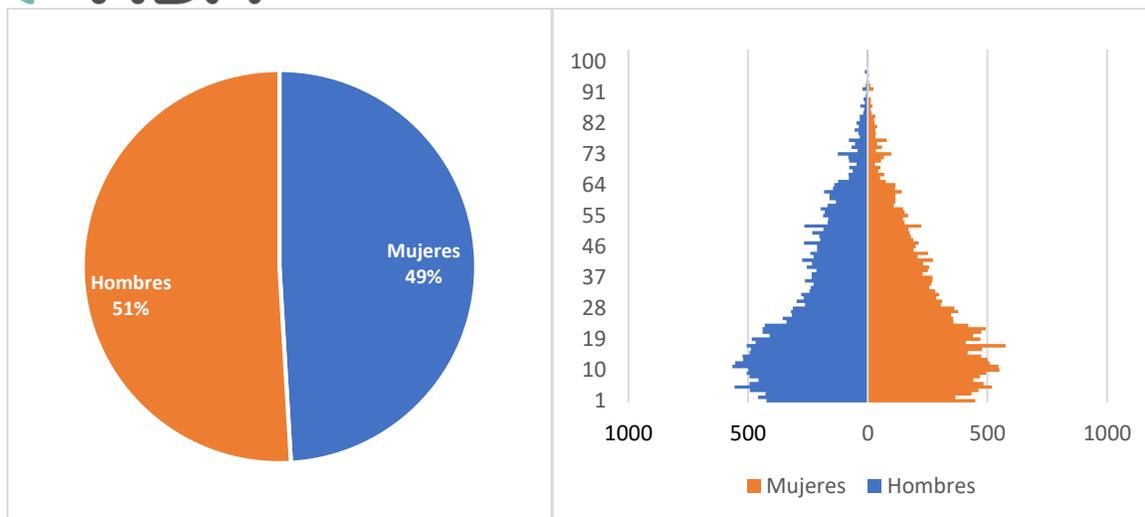
Gráfica 27. Distribución Población por régimen en el departamento del Guainía



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Datos Única de Afiliados BDUA dic 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Año 2022

Al analizar la población por sexo, se encuentra que el 51% son hombres y el 49% mujeres, así mismo su pirámide poblacional se concentra en la población económica activa, disminuyendo al pasar los años por lo anterior no concentra en población mayor, lo anterior se observa en las siguientes graficas.

Gráfica 28. Distribución Poblacional del Departamento del Guainía



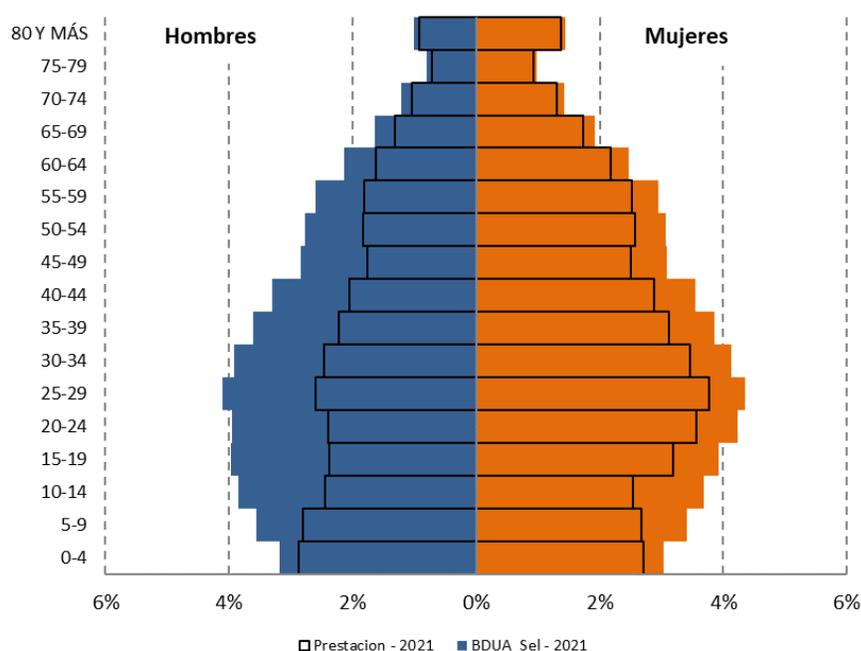
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Datos Única de Afiliados BDUA dic 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Año 2022

Extensión de uso de los servicios de salud de las EPS de selección.

En los regímenes subsidiado y contributivo del SGSSS, la extensión de uso durante el año 2021 fue de 77,7%, mostrando un aumento de -0,2 puntos porcentuales respecto al año anterior, y de -7,9 puntos respecto al promedio de la extensión de uso de los años 2014 a 2018. En el comportamiento por régimen, el Régimen Contributivo exhibió una extensión de uso de 82,4% y el Régimen Subsidiado del 71,1%.

A continuación, se observa la gráfica de pirámide de la extensión de uso por los grupos quinquenales y por sexo, en donde se evidencia mayor participación en el uso de los servicios por parte de las mujeres con 43,0% de la extensión de uso frente a un 33,2% de los hombres. Por edades, la diferencia en la participación por sexo se observa principalmente en la población de 20 años o más, con una extensión de uso del 31,9% en mujeres y del 22,7% en hombres, totalizando el 54,6% de la extensión de uso en ambos regímenes; mientras que en la población de hasta 19 años de edad la extensión de uso de las mujeres es del 10,5% y de los hombres del 11,1%. En concordancia con lo anterior, el índice de masculinidad para las EPS de selección del año 2021, fue de 94 hombres por cada 100 mujeres en la población afiliada, mientras que, en la población usuaria de los servicios de salud, fue de 77 hombres por cada 100 mujeres.

Gráfica 29 Extensión de uso SGSSS Régimen Contributivo y subsidiado 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

El índice de envejecimiento por su parte es de 73 afiliados de 60 años o más por cada 100 afiliados menores de 15 años, de los cuales 40 son mujeres, mientras que esta relación es de 82 en la población usuaria de las prestaciones de salud, de ellos 47 son mujeres.

En el comportamiento según departamento, tal y como se muestra en la siguiente tabla, para la población afiliada de los regímenes contributivo y subsidiado en la BDUA y la población con prestaciones de servicios, se encuentra la distribución de los afiliados y usuarios de los servicios se concentra principalmente en Antioquia, Bogotá D.C. y Valle del Cauca, con participaciones del 17,7%, 13,8% y 11,0% respectivamente, acumulando el 42,6% sobre la población afiliada a las EPS de la selección, y de 17,5%, 14,5% y 9,8% sobre la población de la Base de Prestación de Servicios, acumulando el 41,8%. Los tres departamentos con mayor participación en el Régimen Contributivo coinciden con los anteriormente mencionados, acumulando el 54,7% de la población afiliada y el 41,8% de la población con prestación de servicios. En el caso del Régimen Subsidiado, los departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Bolívar concentran cerca del 34,5% de la población afiliada y el 33,0% de la población con prestación de servicios en salud.

En un segundo grupo, con participaciones entre 3,0% y el 6,1% de participación sobre el total de afiliados, y de participaciones entre 3,2% y el 6,7% en los usuarios de los servicios de salud, se

encuentran los departamentos de Atlántico, Bolívar, Cundinamarca, Santander, Córdoba y Nariño. En el acumulado representan el 30,9% de la participación en los afiliados y el 29,4% en la población de uso; en el Régimen Contributivo, sigue en importancia los departamentos de Cundinamarca, Atlántico y Santander, con participaciones en el total de la población afiliada a este régimen, entre el 7,3%, 5,7% y el 5,0%. Por su parte en el Régimen Subsidiado, las participaciones entre 3,5% y 9,2% sobre la población afiliada, se presentaron en 10 departamentos, entre ellos Córdoba, Atlántico Bolívar y Cauca.

Por último, los departamentos con menor participación en las EPS de selección, con menos del 0,1% sobre la población afiliada, son Guainía, Amazonas, Vichada y Vaupés, acumulando el 0,4% de la población afiliada BDUA y el 0,3% en la población con prestaciones de servicios en salud.

Tabla 34 Participaciones sobre población afiliada y población de prestación de servicios por departamento

Código	Departamento	Participación / Afiliados			Participación / Prestaciones servicios		
		Contributivo	Subsidiado	Código	Departamento	Contributivo	Subsidiado
05	ANTIOQUIA	20,0%	14,5%	17,7%	19,7%	13,9%	17,5%
08	ATLÁNTICO	5,7%	6,7%	6,1%	6,1%	7,8%	6,7%
11	BOGOTÁ DC	23,6%	0,1%	13,8%	23,2%	0,2%	14,5%
13	BOLÍVAR	2,7%	9,2%	5,4%	2,9%	10,1%	5,6%
15	BOYACÁ	1,8%	2,1%	1,9%	1,8%	2,3%	2,0%
17	CALDAS	2,4%	1,2%	1,9%	2,5%	1,4%	2,1%
18	CAQUETÁ	0,2%	2,3%	1,1%	0,2%	2,2%	0,9%
19	CAUCA	1,4%	4,2%	2,5%	1,4%	4,4%	2,5%
20	CESAR	1,5%	3,7%	2,4%	1,5%	3,5%	2,3%
23	CÓRDOBA	1,3%	7,6%	3,9%	1,3%	8,3%	4,0%
25	CUNDINAMARCA	7,3%	0,3%	4,4%	7,7%	0,4%	4,9%
27	CHOCÓ	0,2%	0,3%	0,2%	0,2%	0,1%	0,1%
41	HUILA	1,2%	1,0%	1,1%	1,2%	1,1%	1,2%
44	LA GUAJIRA	0,6%	2,8%	1,5%	0,6%	2,6%	1,3%
47	MAGDALENA	1,7%	4,8%	3,0%	1,8%	5,5%	3,2%
50	META	1,8%	0,5%	1,2%	1,8%	0,5%	1,3%
52	NARIÑO	1,2%	6,1%	3,2%	1,1%	5,8%	2,9%
54	NORTE DE SANTANDER	1,4%	4,9%	2,8%	1,3%	4,5%	2,5%
63	QUINDIO	1,2%	1,1%	1,1%	1,2%	1,0%	1,2%
66	RISARALDA	2,5%	1,2%	2,0%	2,5%	1,3%	2,0%
68	SANTANDER	5,0%	4,7%	4,9%	5,1%	5,6%	5,3%
70	SUCRE	0,7%	3,5%	1,9%	0,7%	3,7%	1,8%
73	TOLIMA	2,3%	2,5%	2,4%	2,5%	2,2%	2,4%
76	VALLE DEL CAUCA	11,2%	10,8%	11,0%	10,7%	8,4%	9,8%
81	ARAUCA	0,2%	1,0%	0,5%	0,2%	1,0%	0,5%

Código	Departamento	Participación / Afiliados			Participación / Prestaciones servicios		
		Contributivo	Subsidiado	Código	Departamento	Contributivo	Subsidiado
85	CASANARE	0,6%	0,3%	0,4%	0,5%	0,3%	0,4%
86	PUTUMAYO	0,1%	1,3%	0,6%	0,1%	1,1%	0,5%
88	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%
91	AMAZONAS	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
94	GUAINÍA	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%
95	GUAVIARE	0,1%	0,4%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%
97	VAUPÉS	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
99	VICHADA	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%

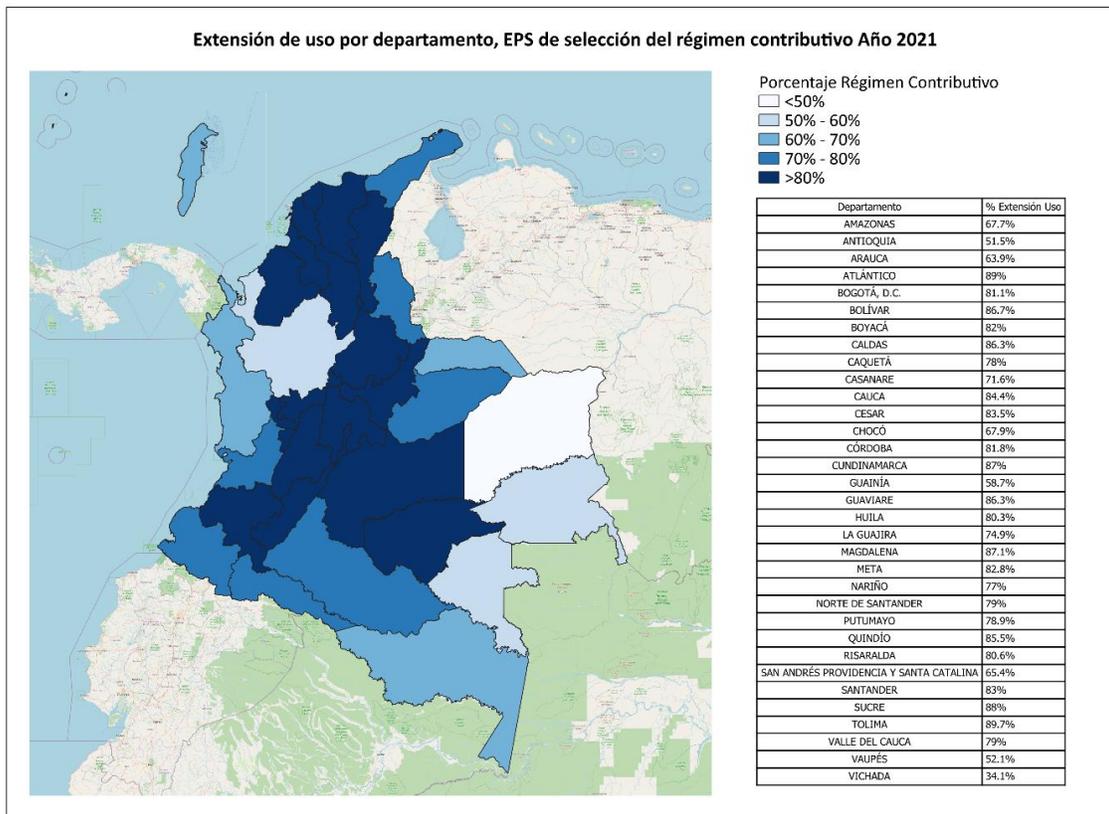
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Respecto al comportamiento de la población usuaria de las prestaciones de salud respecto a la población afiliada, en los siguientes mapas se muestra la extensión de uso por departamento en cada uno de los regímenes. En el primer mapa se observa que las extensiones de uso superiores por departamento en el Régimen Contributivo, en su mayoría se encuentran sobre el 85%, siendo los más altos, los departamentos de Tolima, Atlántico, Sucre, Magdalena, Bolívar, Caldas, Guaviare y Quindío, mientras que, dentro de los departamentos con menor extensión de uso se encuentran Arauca, Guainía, Vaupés, Antioquia y Vichada.

En el segundo mapa, se muestra el comportamiento de la extensión de uso exhibido durante el año 2021 en las EPS seleccionadas del Régimen Subsidiado. En este mapa se evidencia para varios departamentos, extensiones de uso por debajo del 55%, siendo los de menor uso de las prestaciones en salud con cobertura de la UPC, los departamentos de Guainía, Vaupés, Vichada, Archipiélago de San Andrés, Amazonas y Chocó. Por su parte, entre los departamentos que exhibieron mayores participaciones de la población usuaria de las prestaciones en salud se encuentran Santander, Caldas, Atlántico, Huila y Cundinamarca.

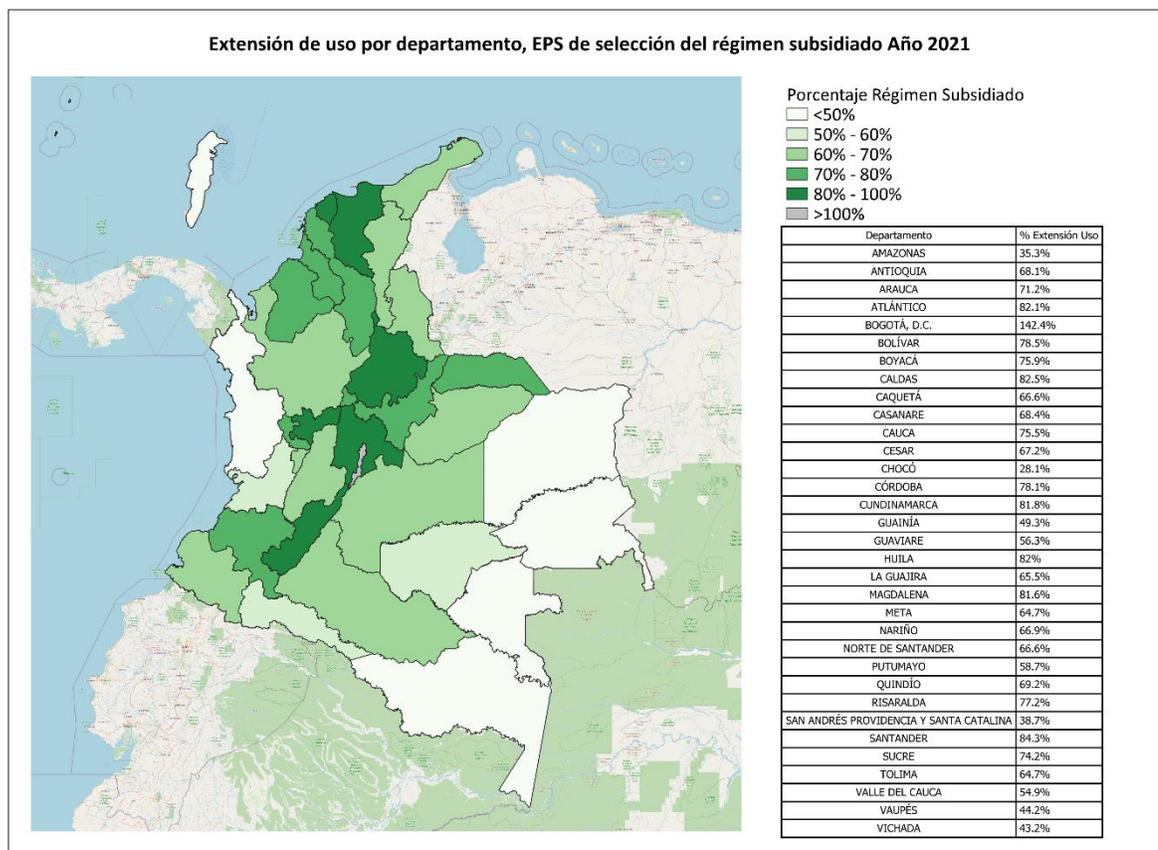
Finalmente, en la siguiente tabla se anexa el detalle de la extensión de uso, que en conjunto muestra que teniendo en cuenta las EPS seleccionadas en ambos regímenes, Vichada es el departamento con menor extensión de uso, con el 41,0% de población usuaria de las prestaciones en salud respecto a su población afiliada.

Mapa 2. Extensión de uso por departamento. EPS de selección del Régimen Contributivo. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Mapa 3. Extensión de uso por departamento. EPS de selección del Régimen Subsidiado. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUa de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 35 Extensión de uso por departamento y régimen de afiliación. Año 2021

Código	Departamento	Participación / Afiliados (Extensión de uso)		
		Contributivo	Subsidiado	Total
05	ANTIOQUIA	51,5%	68,1%	76,8%
08	ATLÁNTICO	89,0%	82,1%	85,9%
11	BOGOTÁ DC	81,1%	142,4%	81,3%
13	BOLÍVAR	86,7%	78,5%	80,9%
15	BOYACÁ	82,0%	75,9%	79,2%
17	CALDAS	86,3%	82,5%	85,3%
18	CAQUETÁ	78,0%	66,6%	67,9%
19	CAUCA	84,4%	75,5%	78,3%
20	CESAR	83,5%	67,2%	73,1%
23	CÓRDOBA	81,8%	78,1%	78,8%
25	CUNDINAMARCA	87,0%	81,8%	86,9%
27	CHOCÓ	67,9%	28,1%	48,0%
41	HUILA	80,3%	82,0%	80,9%

Código	Departamento	Participación / Afiliados (Extensión de uso)		
		Contributivo	Subsidiado	Total
44	LA GUAJIRA	74,9%	65,5%	67,7%
47	MAGDALENA	87,1%	81,6%	83,4%
50	META	82,8%	64,7%	79,8%
52	NARIÑO	77,0%	66,9%	69,0%
54	NORTE DE SANTANDER	79,0%	66,6%	70,1%
63	QUINDIO	85,5%	69,2%	79,2%
66	RISARALDA	80,6%	77,2%	79,7%
68	SANTANDER	83,0%	84,3%	83,5%
70	SUCRE	88,0%	74,2%	77,1%
73	TOLIMA	89,7%	64,7%	79,0%
76	VALLE DEL CAUCA	79,0%	54,9%	69,2%
81	ARAUCA	63,9%	71,2%	69,4%
85	CASANARE	71,6%	68,4%	70,8%
86	PUTUMAYO	78,9%	58,7%	60,5%
88	ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS	65,4%	38,7%	59,8%
91	AMAZONAS	67,7%	35,3%	48,1%
94	GUAINÍA	58,7%	49,3%	49,3%
95	GUAVIARE	86,3%	56,3%	62,6%
97	VAUPÉS	52,1%	44,2%	45,1%
99	VICHADA	34,1%	43,2%	41,0%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Años 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. *El resultado no es consistente, por lo que no se tiene en cuenta en el análisis.

Régimen Contributivo

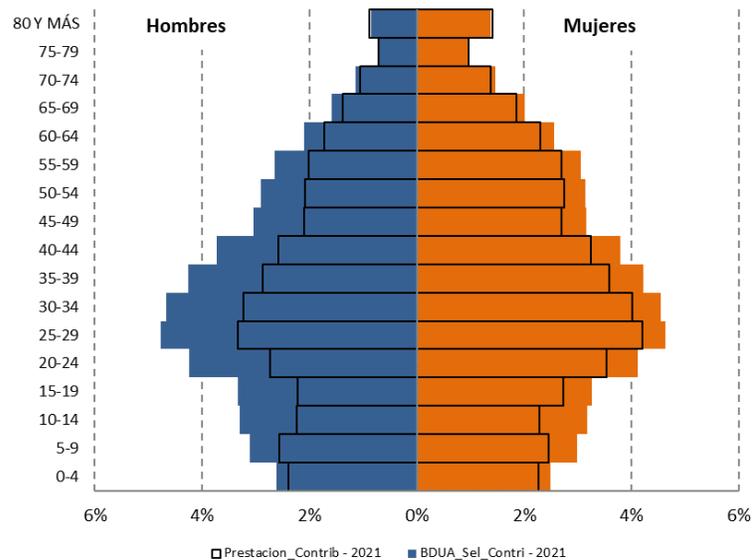
En el Régimen Contributivo durante el año 2021, la proporción de la población usuaria de los servicios de salud entre los afiliados a las EPS de la selección fue del 80,5%, del total, el 36,1% corresponde a los hombres y el 44,4% restante a las mujeres, de ahí que el índice de masculinidad es de 96 hombres afiliados a las EPS seleccionadas del Régimen Contributivo por cada 100 mujeres, mientras que en la población usuaria de los servicios de salud el índice es de 81.

El índice de envejecimiento de la población afiliada a las EPS de selección del Régimen Contributivo en el año 2021, fue de 81 afiliados de 60 años o más por cada 100 afiliados menores de 15 años, mientras que en la población con prestaciones de salud este índice es de 96.

En el siguiente gráfico se observa que los grupos de edad y sexo con mayor contribución en el uso de los servicios en el régimen corresponden las mujeres de 20 a 45 años de edad, cuya extensión de uso acumula el 14,7%, le siguen los hombres entre 25 y 40 años que presentan una

extensión de uso del 15,3%. En cuanto a la participación de uso sobre sus propios grupos de edad, se evidencian participaciones del 90% o más en los afiliados con 70 años o más, y en los menores de 5 años.

Gráfica 30 Extensión de Uso Régimen Contributivo. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Régimen Subsidiado

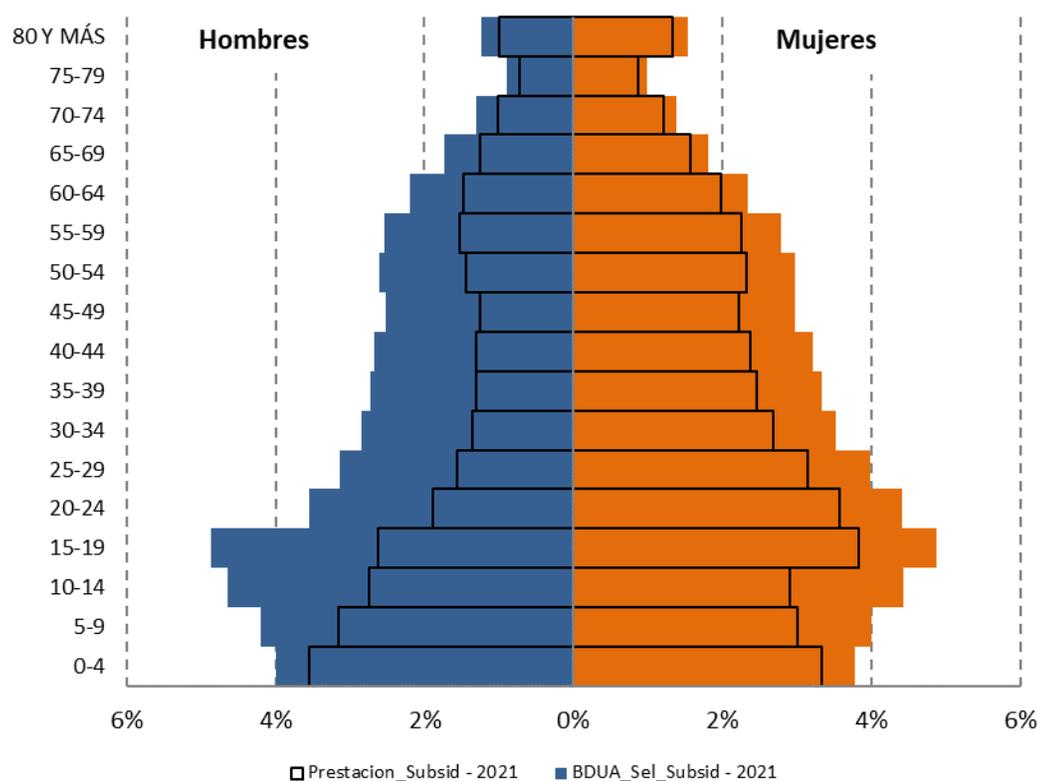
En el Régimen Subsidiado, el valor de la extensión de uso durante el año 2021 fue de 70,3%, aumenta respecto al año 2020, que exhibió una participación de la población de uso de 66,9%.

De la extensión de uso de las EPS seleccionadas en el Régimen Subsidiado, el 41,1% lo aportó el uso de los servicios por parte de las mujeres, por lo que el restante 29,2% corresponde al aporte de los hombres, comportamiento que se evidencia en el siguiente gráfico. El índice de masculinidad en la población reportada como usuaria de los servicios de salud su valor fue de 71 hombres por cada 100 mujeres, mientras que en la población de afiliados este índice es de 91.

Por su parte, en la población afiliada a las EPS seleccionadas el índice de envejecimiento fue de 62 personas de 60 años o más por cada 100 menores de 15 años y en la población usuaria de las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud fue de 66.

En la siguiente gráfica, se observa que los grupos de edad con mayor participación en el uso de los servicios de salud sobre el total de la población afiliada corresponden a los menores de 20 años, acumulando el 25,2%, con participaciones de alrededor de 5% al 7% por grupo edad. Le siguen en importancia los grupos de edad y sexo de las mujeres entre los 15 y 35 años. Respecto a uso relacionado a la población afiliada al mismo grupo de edad, el grupo de edad cuya población utiliza mayormente los servicios de salud, es el de los menores de 5 años, que alcanzó el 88% de la participación.

Gráfica 31 Extensión de Uso Régimen Subsidiado. Año 2021



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de afiliados activos BDUA de las EPS de la selección y la base de Prestación de Servicios, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Caracterización de los perfiles de morbilidad por la demanda atendida y reportada, en los regímenes contributivo y subsidiado del S.G.S.S.S

La caracterización de los perfiles de morbilidad de la demanda atendida y reportada por las aseguradoras tanto del Régimen Contributivo como subsidiado tiene como fuente de

información la Base de Prestación de Servicios una vez se han realizado los procesos de calidad con la cual se estima la UPC, esta fuente de información y de acuerdo a lo definido en la normatividad vigente donde se establece que la prima debe responder al perfil epidemiológico del país, es útil para el presente análisis dado que aporta el dato mejor cualificado sobre un significativo número de eventos.

Consecuentemente, queda circunscrito a la información de la población atendida y reportada por las diferentes aseguradoras al estudio de suficiencia de la UPC, la cual ha superado las validaciones de calidad efectuadas por este Ministerio, y que contiene los diagnósticos y las tecnologías sanitarias asociadas a la prestación de servicios de salud, de acuerdo con las características de este reporte. Es así como, del universo de prestaciones en salud brindadas a través del Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, se tiene un grupo no incluido debido a que los operadores (EPS) no cumplieron con los estándares de calidad de la información, para ser considerados en el estudio, de acuerdo a lo presentado en los apartes anteriores.

En tal sentido, el estudio que se desarrolla a continuación, no corresponde a un análisis de situación de salud de la población atendida o a un perfil epidemiológico completo, pues las condiciones de oportunidad, calidad y disponibilidad de la información reportada por las EPS y EAS para el año 2021, solo permiten realizar una caracterización restringida a las poblaciones origen de la información reportada, en función de tres componentes, desagregados por régimen de afiliación, sexo y finalidad acorde con la Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE-10:

- Componente de trazadores de promoción y prevención durante el año 2021.
- Componente de morbilidad atendida durante el año 2021.
- Componente de mortalidad atendida durante el año 2021.

Perfiles De Morbimortalidad De La Población Atendida Por El Sistema

Con el fin de establecer las razones de la población para entrar en contacto con los servicios de salud, así como las intervenciones principalmente utilizadas, se procedió a examinar cada uno de los diagnósticos CIE-10 en su mayor nivel de desagregación (4 dígitos), conformando cinco categorías que permitan aproximarse de manera ordenada al análisis de los motivos de contacto con los servicios de salud:

- Promoción y Prevención: está conformado por los diagnósticos que identifican hábitos o condiciones de riesgo para la salud. Incluye diagnósticos relacionados con búsqueda activa de eventos y apoyo diagnóstico para detección temprana o prevención secundaria y terciaria de eventos.
- Morbilidad y mortalidad: están conformados cada uno por los diagnósticos de entidades patológicas instauradas en cualquiera de los sistemas orgánicos. Incluye los diagnósticos que corresponden a signos o síntomas que reflejan una franca disfunción orgánica.

El conjunto de estos diagnósticos representa un proxy de la morbilidad y la mortalidad, en términos de proporcionalidad y puede estar afectada esta medida en su magnitud, por los controles de consulta sobre el mismo evento, especialmente para aquellos de carácter crónico.

En ambos casos, se realizó la homologación de este conjunto de diagnósticos, al listado de causas de morbilidad y mortalidad del *Estudio de la Carga Mundial de Morbimortalidad – GBD 2019* realizado por el Instituto de Métricas y Evaluación en Salud, en el que se analizan 286 causas de muerte, 369 enfermedades y lesiones y 87 factores de riesgo, en 204 países y territorios.

- Otras causas de morbilidad asociadas a la prestación de los servicios: son los diagnósticos que reflejan la presencia no conformidades del sistema, es decir, posibles daños en el paciente derivados del uso de dispositivos médicos o como consecuencia de una falla en la disponibilidad de servicios o el proceso de atención.
- Contactos mal definidos con los servicios de salud: este grupo describe acercamientos del usuario con el sistema que se asocian a tres situaciones principalmente: una, signos y síntomas inespecíficos que no permiten identificar la presencia de una patología clasificada o que se refieren a disfunciones orgánicas temporales; dos, contactos relacionados con procesos administrativos del sistema o no claramente definidos; y tres, procedimientos que no son para diagnóstico ni identifican una patología específica.

De igual manera, para el análisis de uso, se desarrolló una agrupación de tecnologías y servicios que permitan dar cuenta de los principales renglones de gasto asociados a la prestación.

La fuente de datos es la información de la BDUA de los regímenes contributivo y subsidiado año 2020 - 2021 y la Base de Prestación de Servicios -Selección Año 2021 y la unidad de análisis es el evento, el cual corresponde al diagnóstico de una enfermedad o lesión asociada a un individuo, de tal forma que un individuo puede contribuir con más de un evento.

Esta unidad ha sido depurada para el presente trabajo (insesgada) con el propósito de corregir las redundancias de la información y estimar de la manera más aproximada posible, las tasas de los eventos por grupo etario, para su análisis a través de las distintas desagregaciones (sexo, régimen de afiliación, clasificación diagnóstica por finalidad), para todos los componentes, lo cual facilita las estimaciones preliminares sobre los eventos que registran la mayor frecuencia para el sistema en la vigencia de análisis.

El componente de morbilidad y promoción y prevención, se filtra por las consultas, en el entendido que es el servicio que permite identificar las patologías como diagnóstico establecido en el individuo y que clasificado en su respectivo grupo por finalidad, constituye una aproximación a la incidencia y prevalencia de enfermedades. En este grupo en particular, los registros aportan una muestra de aproximadamente 73 millones de eventos.

El componente de mortalidad se depura contra la información de la BDUA de la misma vigencia y posteriormente, se consideran las causas de mortalidad establecidas para el Estudio de Carga de Enfermedad 2019 – GBD2019 del Instituto para la Métrica y Evaluación en Salud - IHME, con lo cual se logra una aproximación a la mortalidad en la población atendida.

Régimen Contributivo

Trazadores de Promoción y Prevención

Con respecto a años anteriores, se mantiene la tendencia general en la extensión de uso de las acciones trazadoras de promoción y prevención en ambos géneros con algunas reducciones de

la tasa global, particularmente en el género masculino. Uno de los factores atribuibles a este comportamiento podría ser el favorecimiento que se otorgó a los servicios de salud resolutivos, en razón a la emergencia sanitaria ocasionada por el SARS CoV-2 [COVID-19]

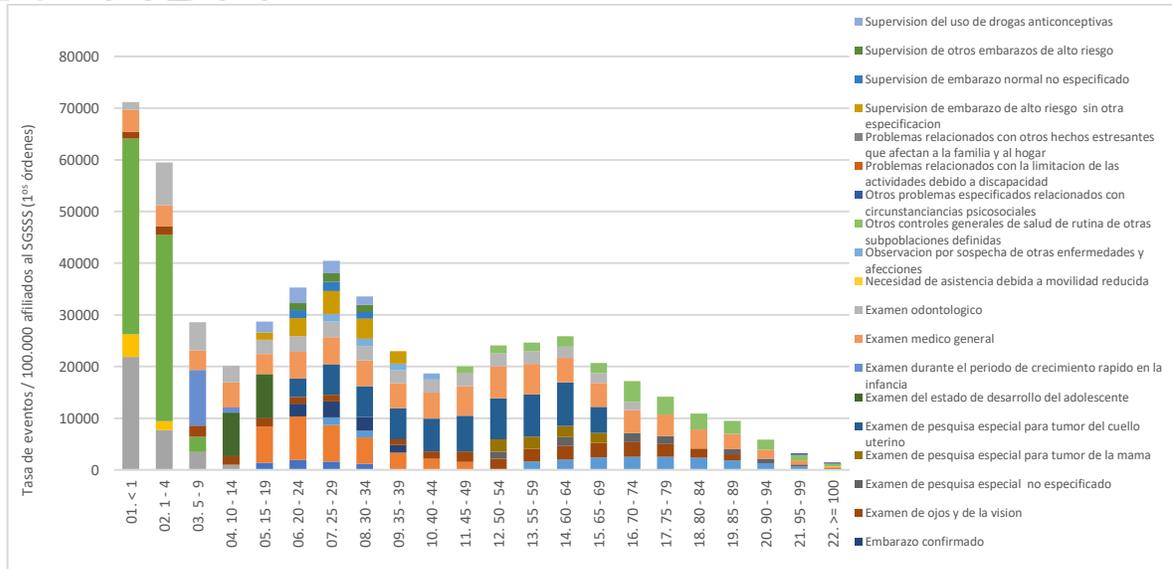
Sexo Femenino

En el género femenino, la mayor extensión de uso de programas de promoción y prevención continúa observándose en las niñas menores de 5 años, siendo los controles de salud de rutina, supervisión en niño sano y el examen odontológico, las principales actividades. Igualmente sucede hasta los 14 años, en donde prevalecen los controles de supervisión del crecimiento y desarrollo, el examen médico general y el examen odontológico.

El segundo grupo poblacional con mayor uso de las actividades de promoción y prevención son las mujeres en edad fértil. Entre los 15 años y los 39 años, toman relevancia las actividades de asesoramiento general sobre anticoncepción, y desde los 20 años, empieza a notarse la atención del embarazo y las pesquisas para cáncer de cuello uterino y otras enfermedades, las cuales se incrementan entre los 50 y los 64 años, pero se extienden hasta los 69 años, inclusive.

De igual forma, las pesquisas para cáncer de mama se hacen más significativas entre los 50 y hasta los 69 años, anotando que si bien, hay un inicio más temprano de estas, se observan bajos niveles de cobertura respecto a la población objetivo. A partir de los 45 años, la extensión de uso de actividades de promoción y prevención se concentra en controles de rutina, examen médico general y odontológico, examen de ojos y vigilancia nutricional desde los 55 años.

Gráfica 32. Extensión de uso de los servicios de promoción y prevención por grupo de edad.
Sexo Femenino. R.C. Año 2021.



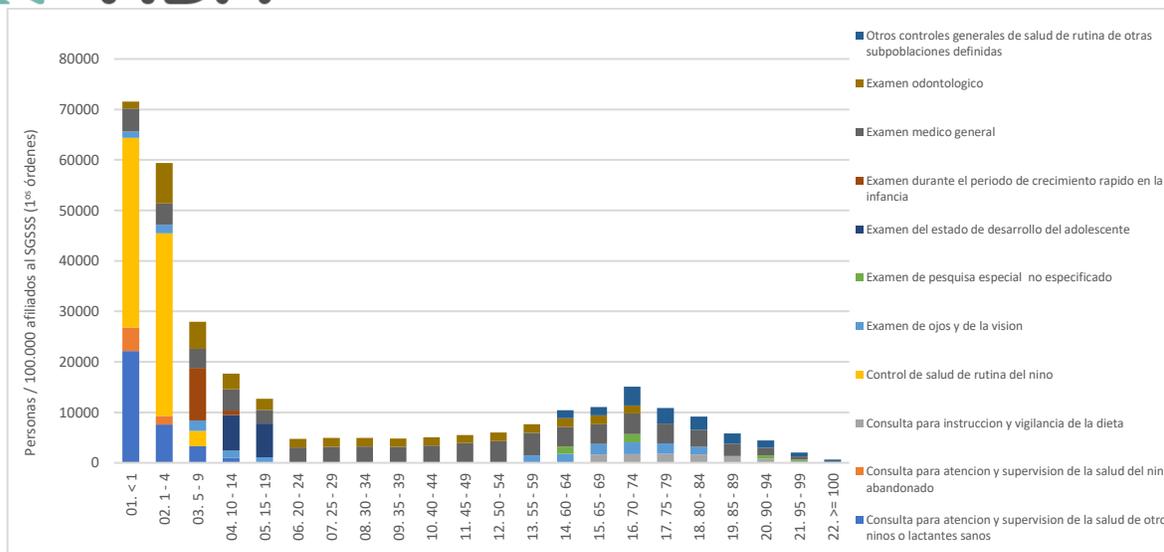
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Sexo Masculino

En el sexo masculino, la cobertura de acciones de promoción y prevención se focaliza en los niños menores de 5 años con la consulta médica y de enfermería como herramientas primordiales, pero en general, la extensión de uso es similar a la observada para el sexo femenino hasta los 14 años, ya que de esta edad en adelante cae notablemente la extensión de uso en todos los grupos etarios, con restricción a actividades como examen médico y examen odontológico, principalmente. También, se observa un leve incremento en la extensión de uso entre los 60 y los 84 años, centrada principalmente en el seguimiento médico, odontológico, el control visual, la vigilancia de la dieta y algunas pesquisas no especificadas.

Gráfica 33. Extensión de uso de los servicios de promoción y prevención por grupo de edad.

Sexo Masculino. R.C. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Perfil de Morbilidad

Morbilidad Atendida

Para el año 2021, el perfil de la morbilidad atendida de ambos sexos muestra un descenso general en las tasas de los eventos observados en vigencias anteriores a la pandemia, así como una modificación en el perfil que puede asociarse a los periodos de confinamiento y la priorización de intervenciones sobre el coronavirus, lo que hace que los diagnósticos de COVID, entren a ocupar aproximadamente una cuarta parte (23,85%) de la tasa general de los eventos del grupo de las enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales.

Sexo Femenino

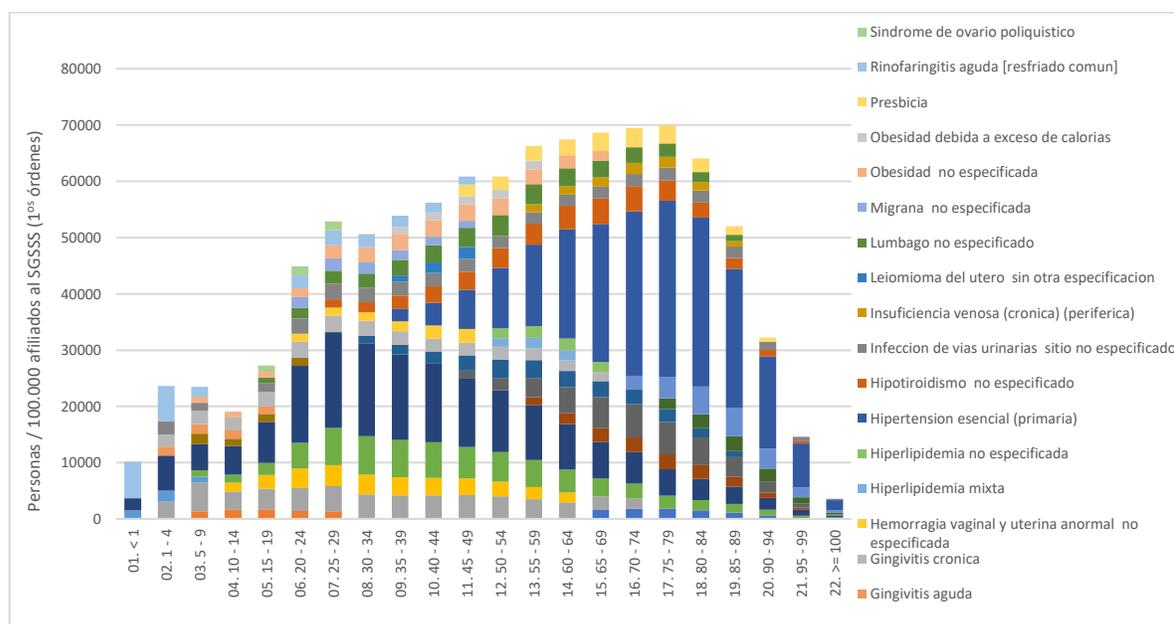
En el género femenino, las causas de consulta en las niñas menores de 5 años continúan concentrándose en enfermedades infecciosas principalmente rinofaringitis aguda, bronquiolitis, gastroenteritis de presunto origen infeccioso, gingivitis aguda e infección de vías urinarias, tendencia que se extiende a edades mayores. No obstante, llama la atención el inicio temprano de enfermedades de origen dental de curso crónico como la gingivitis crónica, que se da a partir del grupo etario de 1 a 4 años.

En la edad reproductiva, hacen su aparición algunos eventos asociados a la etapa reproductiva (Hemorragia uterina anormal, Síndrome de ovarios poliquísticos), la migraña, y debutan eventos como el lumbago, la obesidad y los dolores articulares. Si bien, la infección por SARS CoV2 se

extiende a lo largo de todos los grupos etarios, ocupando el 13,34% de las tasas de los eventos mórbidos, este afecta principalmente a las mujeres entre los 20 y los 50 años.

A partir de los 35 años, el perfil empieza a ocuparse por enfermedades crónicas como la HTA, que muestra un inicio más temprano (a partir de los 35 años) pero que se extiende al resto de los grupos etarios, siendo más relevante entre los 65 y 89 años. Le sigue la diabetes mellitus desde los 45 años, principalmente no insulino dependiente, la cual se acentúa hacia la vejez, junto con otras entidades como hipotiroidismo, lumbago de inicio en edades tempranas (15 años), dislipidemia y dolor articular desde los 30 años. A partir de los 70 años, se acentúan las tasas por enfermedad renal crónica y EPOC. Menos significativos pero presentes los trastornos vasculares y visuales como la presbicia, principalmente.

Gráfica 34. Causas de morbilidad por grupo de edad. Sexo Femenino. R.C. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

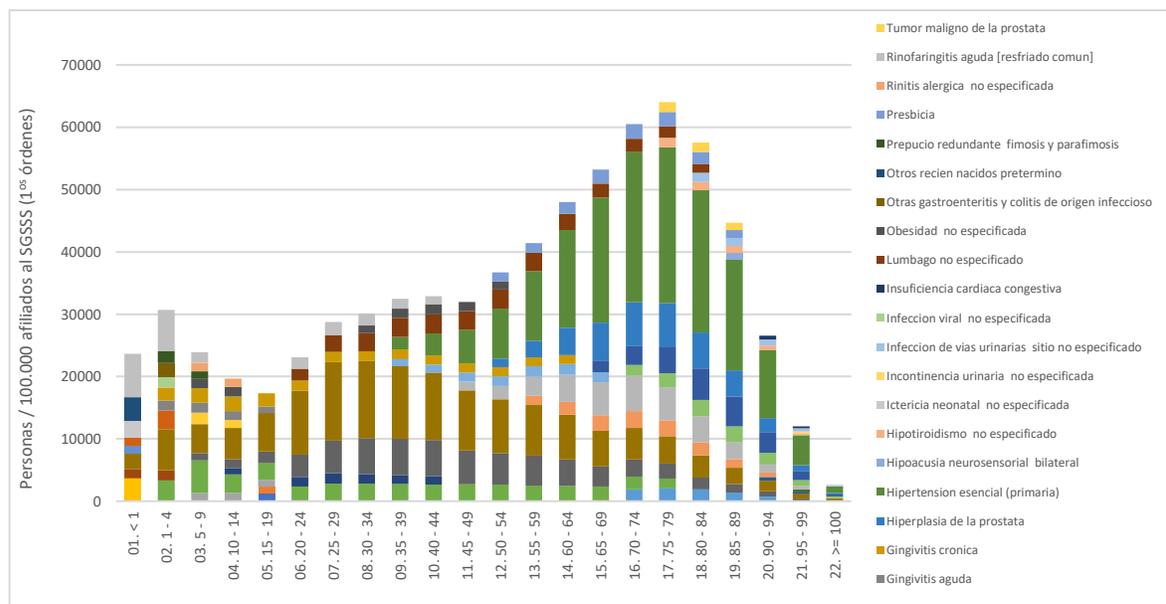
Sexo Masculino

En los hombres, también se evidencia la marcada disminución de la morbilidad reportada, probablemente explicada por la pandemia. El COVID-19 presenta un comportamiento similar al de las mujeres, con mayor énfasis entre los 20 y los 50 años. En los menores de 5 años, predominan las enfermedades infecciosas como la rinofaringitis aguda, la bronquiolitis y la gastroenteritis; no obstante, para todos los menores de edad, se marca la relevancia de

condiciones asociadas a la salud oral como la gingivitis aguda y crónica y la caries de la dentina, seguido de trastornos de la visión.

El inicio de las enfermedades crónicas ocurre en edades tempranas (desde los 35 años) donde la HTA es la entidad más prevalente, seguido de la diabetes mellitus, principalmente no insulino dependiente, la hiperplasia prostática desde los 50 años, la enfermedad renal crónica desde los 65 años, y la cardiomiopatía isquémica y el EPOC y el tumor maligno de próstata, a partir de los 70 años. Entidades como el lumbago, si bien se extiende hasta los 84 años, debuta desde los 20 años y está en relación primordialmente con las edades productivas.

Gráfica 35. Causas de morbilidad por grupo de edad. Sexo Masculino. R.C. Año 2021.



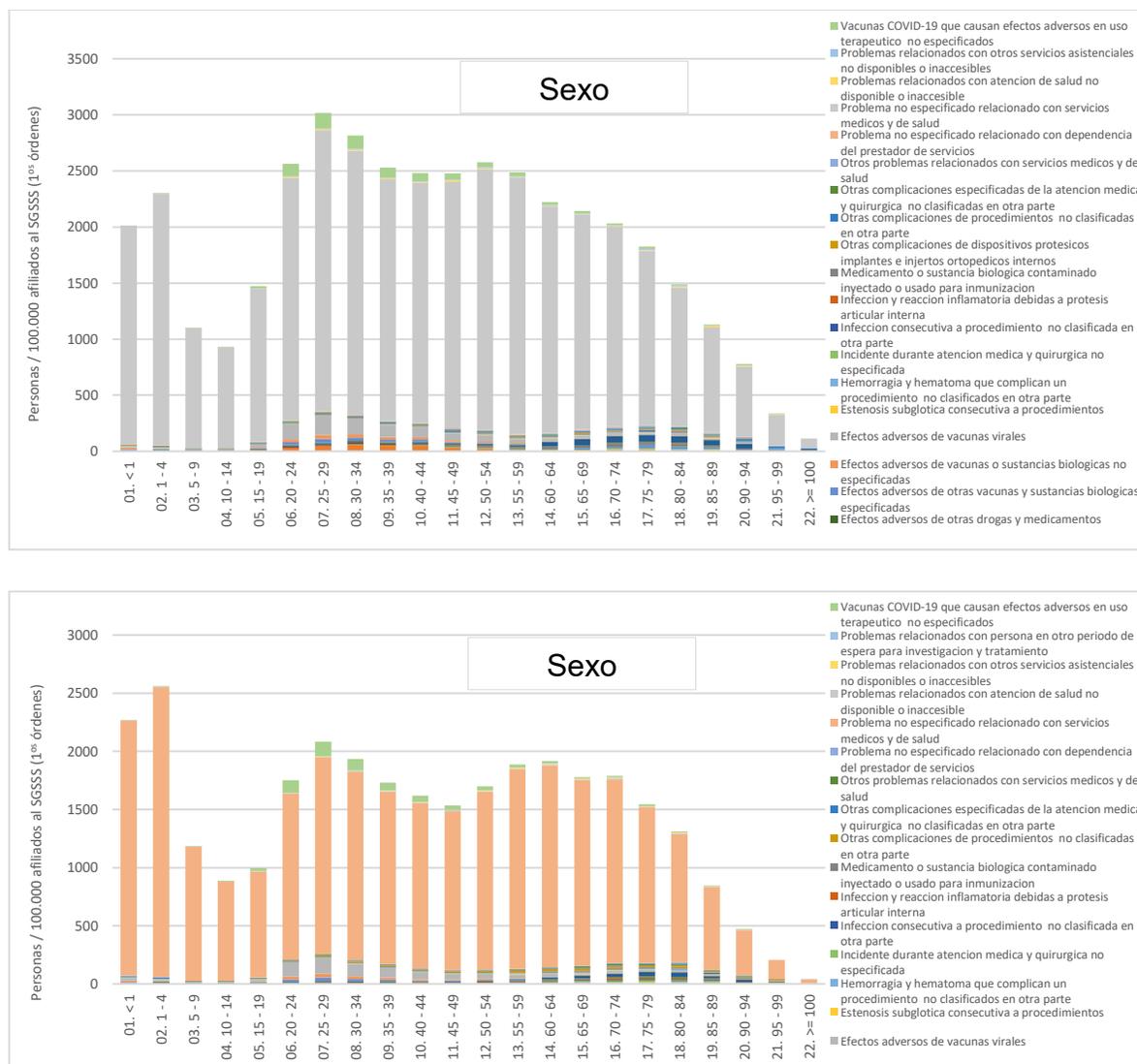
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Otras causas de morbilidad asociadas a la prestación de los servicios de salud

El comportamiento para todos los eventos es similar en ambos sexos, aunque con mayores tasas por 100.000 habitantes en el sexo femenino. Predomina la determinación imprecisa de los eventos adversos que se derivan de la prestación de los servicios de salud, bajo la descripción de “problema no especificado o relacionado con servicios médicos y de salud” en todas las edades, con mayor proporción en los menores de 5 años y entre los 20 y los 34 años.

Se reportan en menor proporción eventos adversos derivados de la vacunación contra el COVID-19, problemas relacionados con servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles o complicaciones no especificadas de la atención médica, principalmente.

Gráfica 36. Otras causas de morbilidad asociadas a la prestación de los servicios por grupo de edad. Ambos sexos. R.C. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

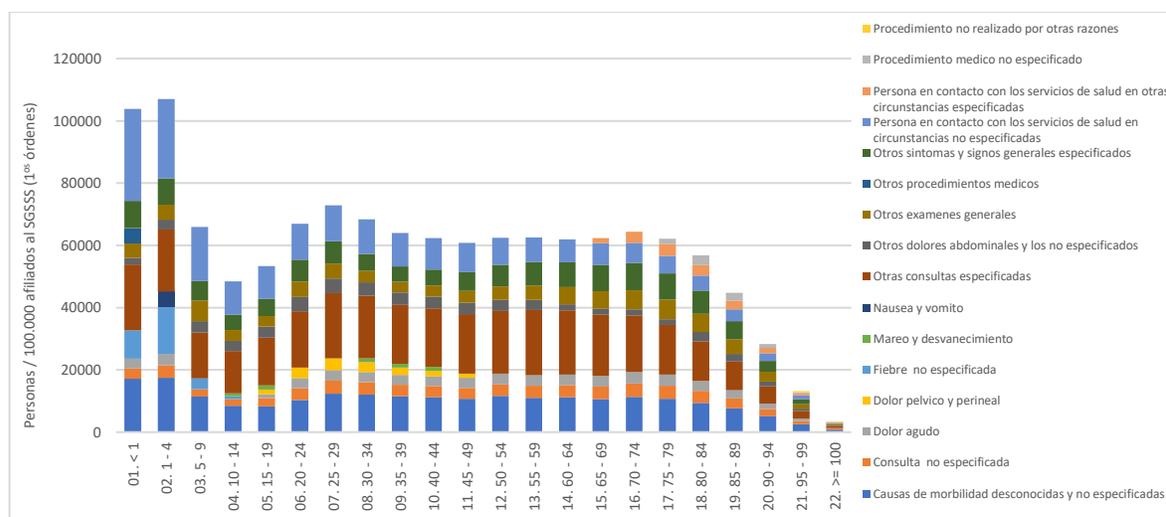
Contactos mal definidos o no especificados con los servicios de salud

Casi una tercera (32,54%) parte del total de la tasa de los eventos por 100.000 habitantes, corresponde a causas mal definidas o no especificadas de contacto con los servicios de salud,

que le restan precisión a la información de morbilidad que se extrae de la Base de Prestación de Servicios reportada al estudio de suficiencia de la UPC.

Se evidencia la presencia de diagnósticos como otras consultas especificadas, causas de morbilidad desconocidas y no especificadas, persona en contacto con los servicios de salud en circunstancias no especificadas, otros síntomas y signos generales no especificados, principalmente.

Gráfica 37. Contactos mal definidos con los servicios por grupo de edad. Ambos sexos. R.C. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Perfil de Mortalidad

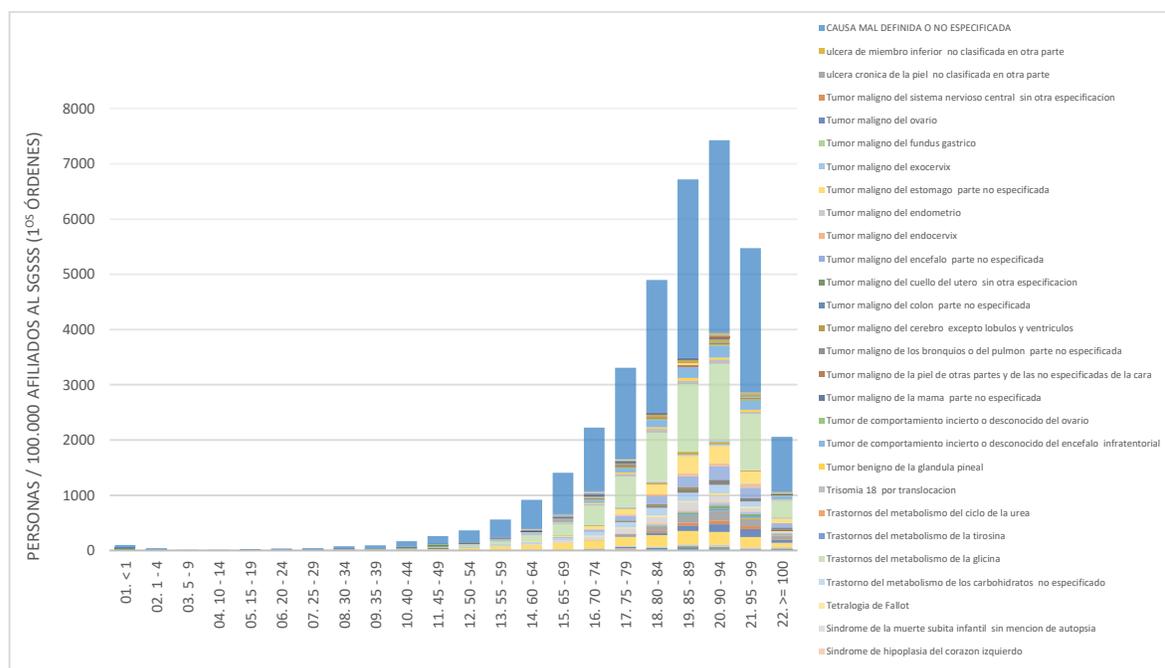
La mortalidad identificada en la información reportada evidencia que, tanto en mujeres como en hombres, aproximadamente la mitad de los eventos por 100.000 habitantes, están relacionados con causas mal definidas o diagnósticos no especificados. Las 10 primeras causas de muerte ocupan el 91,88% y el 91,99% de la tasa global de los eventos mortales en mujeres y hombres, respectivamente, a la que estos últimos aportan mayor contribución.

Sexo Femenino

La Hipertensión Esencial Primaria, continúa siendo la entidad que evidencia un peso alto en la etiología de muchos eventos mortales con un peso del 17%, muy lejos de otros eventos que entran a pesar solamente un dígito en el porcentaje. Le sigue el COVID-19 con un 4,85% de la

tasa global y luego, entidades como la Diabetes Mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Infección de vías urinarias, Demencias y Neoplasias. A su vez, dentro del grupo de neoplasias, las principales causas de muerte son en su orden el cáncer de mama, seguido del cáncer de cuello uterino y el cáncer de estómago.

Gráfica 38. Causas de mortalidad por grupo de edad. Sexo Femenino. R.C. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2016. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

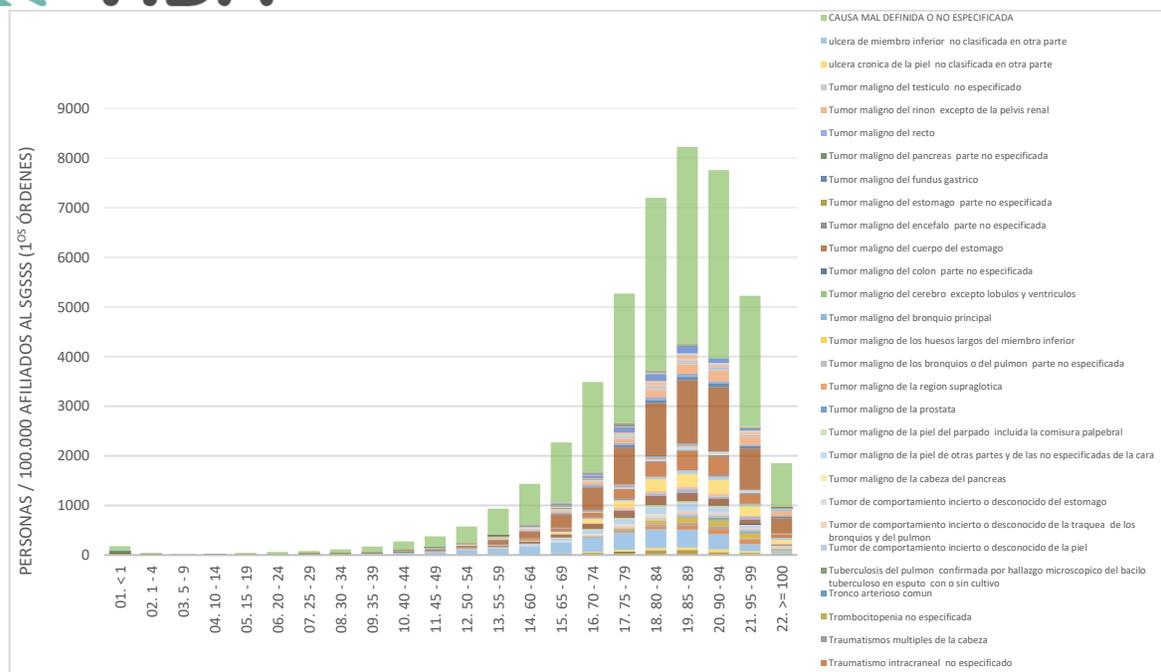
Sexo Masculino

El perfil de causas de mortalidad en este sexo es muy similar al de las mujeres, siendo la Hipertensión Esencial Primaria la primera causa con el 14,7% de la tasa global, manteniéndose al igual que en vigencias prepandémicas, por debajo del porcentaje observado para las mujeres.

Le sigue el COVID-19 en mayor proporción que para las mujeres (6,4%), la Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Renal Crónica (ERC) y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), pero las neoplasias, se hacen más relevantes que en las mujeres a expensas del cáncer de próstata, seguido del cáncer de estómago, bronquios y pulmón, piel y colon.

También hacen parte importante del perfil de causas de mortalidad, las infecciones de vías urinarias y las demencias.

Gráfica 39. Causas de mortalidad por grupo de edad. Sexo Masculino. R.C. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2016. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Régimen Subsidiado

Trazadores de promoción y Prevención

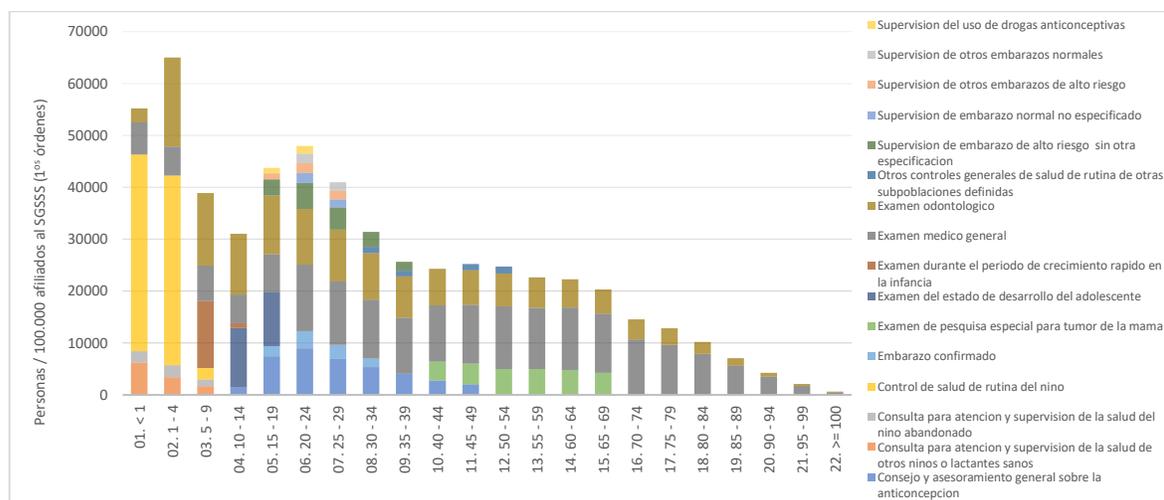
Durante la vigencia 2021, se observa un leve incremento de la tendencia general de la extensión de uso de las acciones trazadoras de promoción y prevención en ambos sexos con respecto a años anteriores, y contrario a lo observado en el Régimen Contributivo.

Sexo Femenino

La dinámica de la extensión de uso de las actividades de promoción y prevención por parte de las mujeres de este régimen muestra para la vigencia 2021 un comportamiento similar al observado para las mujeres del Régimen Contributivo, pero con mayores coberturas en la etapa reproductiva.

Igualmente, para las niñas menores de 14 años, los controles de salud de rutina, los exámenes por medicina general y odontología ocupan las mayores tasas de uso. A partir de esa edad y hasta los 49 años, inclusive, toman relevancia las actividades de asesoramiento general sobre anticoncepción y la atención de la gestación y se evidencia un inicio más temprano de las pesquisas para cáncer.

Gráfica 40. Extensión de uso de los servicios de promoción y prevención por grupo de edad. Sexo Femenino. R.S. Año 2021.



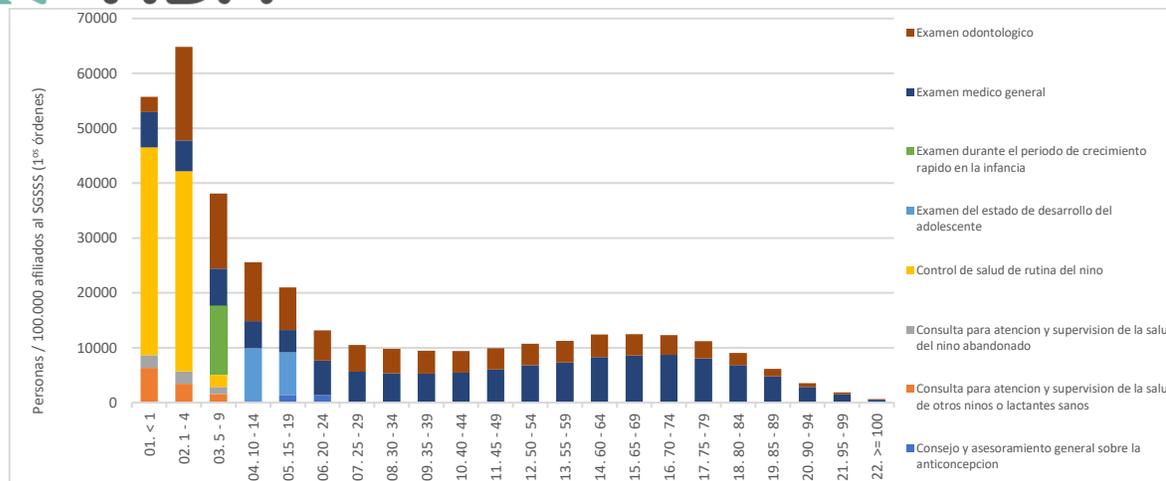
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Sexo Masculino

En el sexo masculino, se reflejan las mismas actividades de promoción y prevención que en el grupo homólogo del Régimen Contributivo, concentrándose en los menores de 5 años, donde el grupo etario de 1 a 4 años muestra predominio a expensas de control de salud de rutina y examen odontológico.

A partir de esa edad, se registra una caída progresiva en las tasas de uso de estas actividades hacia los grupos de mayor edad, limitándose de igual forma que en el Régimen Contributivo, al examen médico general y el examen odontológico, principalmente.

Gráfica 41. Extensión de uso de los servicios de promoción y prevención por grupo de edad. Sexo Masculino. R.S. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Perfil de morbilidad

Morbilidad atendida

El reporte de información suministrada por EPS de este régimen, que superó las validaciones de calidad, muestra que la magnitud de la morbilidad atendida en ambos sexos resulta marcadamente inferior (36%) a la atendida por el Régimen Contributivo, e incluso presenta descenso en las tasas de los eventos observados con respecto a vigencias anteriores a la pandemia en casi todos los grupos etarios.

A su vez, con base en la información reportada y validada, el impacto de la infección por SARS CoV2 sobre la morbilidad habitual, ocupa solo un 3,49% de la tasa global de eventos del grupo de enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales, lo cual resulta marcadamente inferior a lo observado en el Régimen Contributivo.

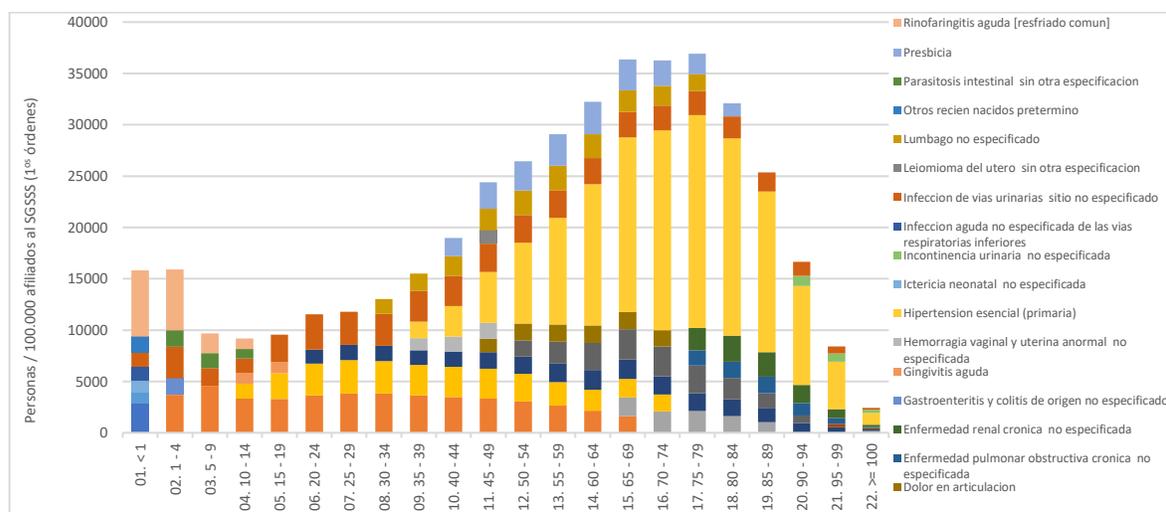
Sexo Femenino

En las mujeres, las causas de consulta en las niñas menores de 14 años continúan concentrándose en enfermedades transmisibles principalmente rinofaringitis aguda, bronquiolitis y parasitosis intestinal. Eventos como la infección urinaria y la caries de la dentina afectan a casi todos los grupos etarios, y la cefalea se presenta desde los 10 hasta los 69 años.

La infección por Coronavirus se registra desde los 20 años en adelante, con las mayores tasas de presentación entre los 50 y los 84 años, a expensas del diagnóstico COVID-19 virus no identificado.

A partir de los 30 años, el perfil empieza a ocuparse por afecciones de curso crónico como el lumbago que tiene su mayor expresión en el grupo etario de 50 – 54 años, la HTA, que al igual que en el Régimen Contributivo, muestra un inicio más temprano, la DM, principalmente no insulino dependiente, con las mayores tasas entre los 60 y los 79 años y los dolores articulares desde los 45 años en adelante. Especial mención merecen eventos visuales como la presbicia, que se registra desde los 40 años. Hacia la vejez, aparecen enfermedades como la ERC y el EPOC.

Gráfica 42. Causas de morbilidad por grupo de edad. Sexo Femenino. R.S. Año 2021.



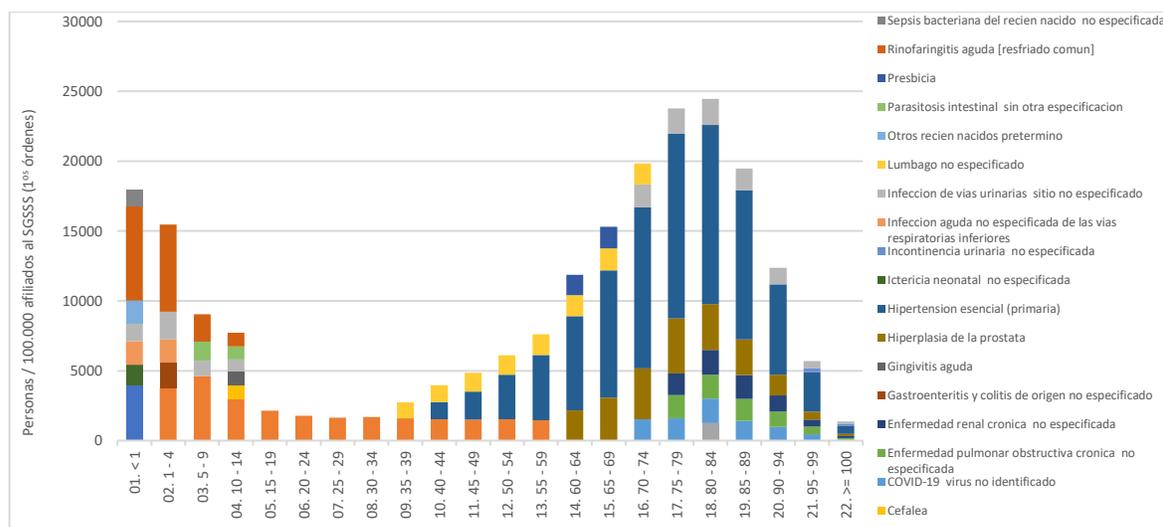
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Sexo Masculino

En los hombres, se evidencia un comportamiento similar al de las mujeres, aunque con una menor proporción tanto en población joven como en adultos mayores. En los menores de 14 años las causas de morbilidad son las mismas observadas para las mujeres. A medida que avanza la edad, se van resaltando enfermedades como la hipertensión arterial, de aparición más tardía que en las mujeres (40 años), el lumbago, la hiperplasia de próstata y la presbicia desde los 60 años con las tasas más altas entre los 70 y los 79 años, la infección de vías urinarias (70 años) y EPOC a los 75 años. Llama la atención que el diagnóstico de “COVID-19 virus no identificado” hace su

aparición desde los 70 años en adelante presentando su mayor impacto entre los 80 y los 84 años.

Gráfica 43. Causas de morbilidad por grupo de edad. Sexo Masculino. R.S. Año 2021.



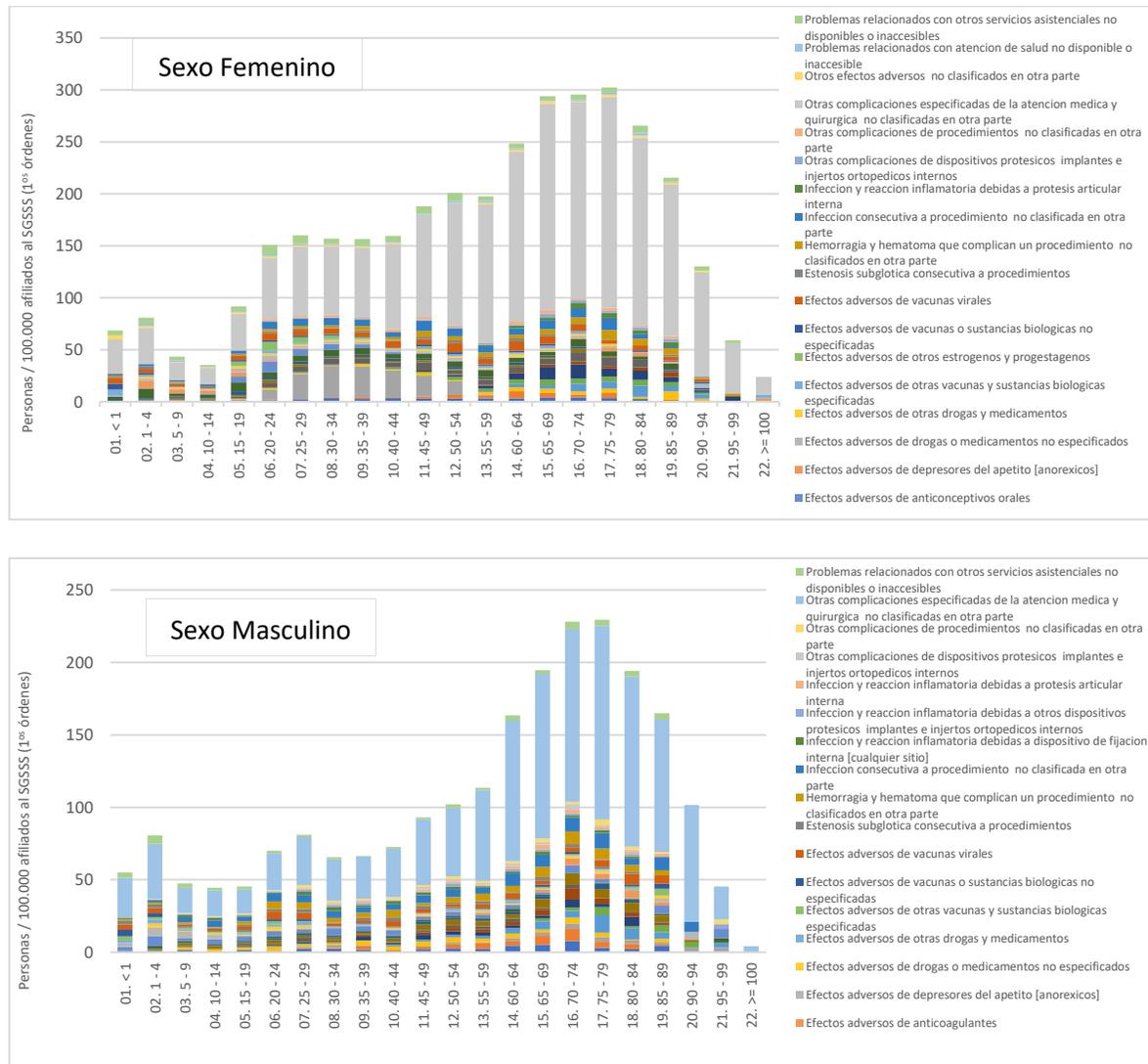
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2023.

Otras causas de morbilidad asociadas a la prestación de los servicios de salud

El comportamiento para todos los eventos es similar en ambos sexos, reportándose una mayor magnitud en el sexo femenino. También predomina la determinación imprecisa de los eventos adversos que se derivan de la prestación de los servicios de salud, bajo la descripción de “Otras complicaciones no especificadas de la atención médica y quirúrgica no clasificadas en otra parte” en todas las edades, con mayor proporción en la vejez desde los 60 años.

Se reportan, en proporción marcadamente inferior otros eventos adversos derivados de la vacunación contra el COVID-19, problemas relacionados con servicios asistenciales no disponibles o inaccesibles, complicaciones no especificadas de la atención médica, complicación mecánica de lentes intraoculares y en las mujeres en edad fértil, eventos asociados a los dispositivos anticonceptivos.

Gráfica 44. Otras causas de morbilidad asociadas a la prestación de servicios de salud por grupo de edad. Ambos sexos. R.S. Año 2021.

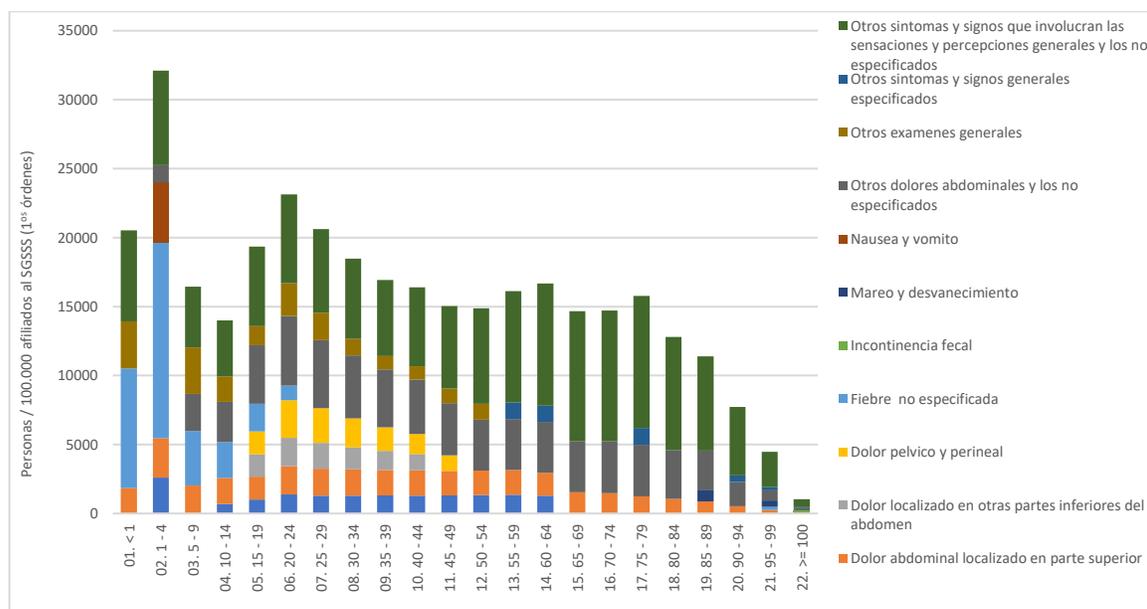


Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Contactos mal definidos o no especificados con los servicios de salud

Se evidencia la presencia de diagnósticos inespecíficos en todos los grupos etarios, ocupando el 16,04% de la tasa global de eventos presentados en este régimen, a expensas principalmente, de otros síntomas y signos que involucran las sensaciones y percepciones generales y los no especificados y otros dolores abdominales y los no especificados. En los menores de 5 años predomina la fiebre no especificada y en las mujeres en edad fértil el dolor pélvico y perineal.

Gráfica 45. Contactos mal definidos con los servicios por grupo de edad. Ambos sexos. R.S. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Perfil de Mortalidad

Para el Régimen Subsidiado, de acuerdo con la información reportada se evidencia que el perfil de causas de mortalidad en general es similar para los dos sexos. Del total de la tasa global de eventos mortales se tiene que, las primeras 10 causas de mortalidad ocupan el 89,32% en las mujeres y 92,59% en los hombres, siendo la causa mal definida o no especificada la causa que ocupa más del 50% de la proporción de la tasa global de eventos en ambos sexos.

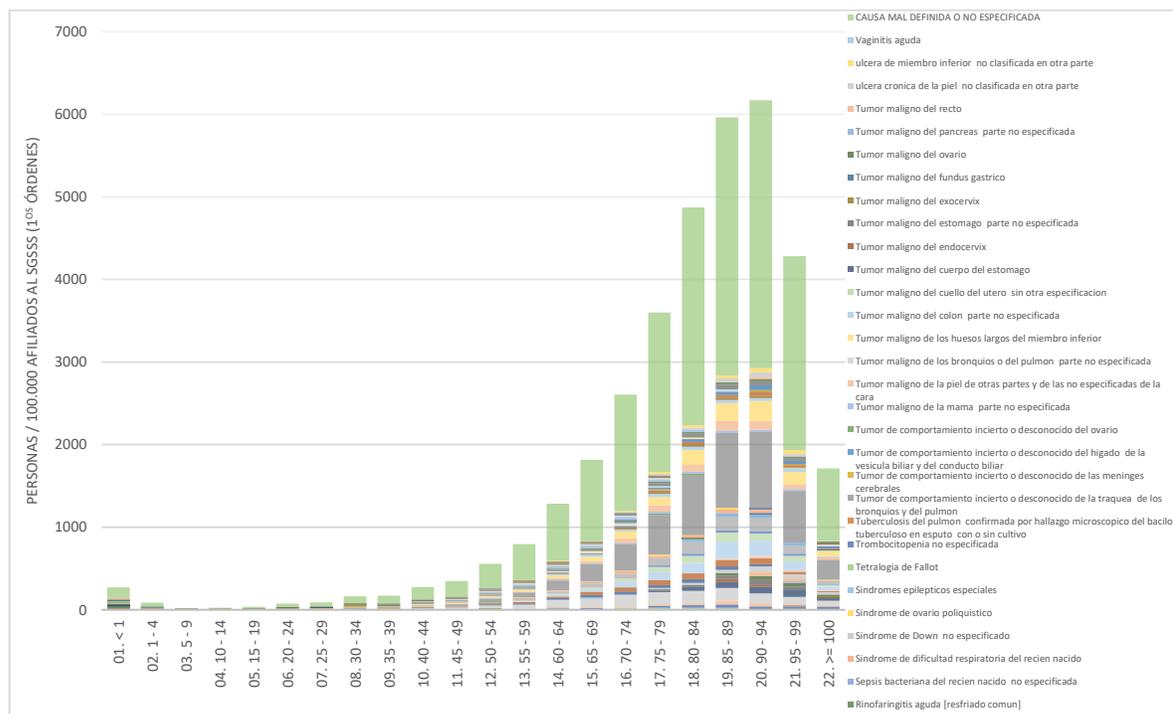
Sexo Femenino

En el sexo femenino se observa, para esta vigencia, una importante reducción en las tasas de mortalidad respecto de los niveles prepandemia, ubicándose las mayores entre los 85 y 94 años.

La Hipertensión Esencial Primaria es la patología que aporta, después de las causas mal definidas o no especificadas, la mayor proporción a la tasa global de eventos (14%), observándose un descenso relevante en el peso respecto de las cifras prepandemia (49%). Es seguida de entidades que pesan menos del 4% en la mencionada proporción, tales como: EPOC, el COVID- 19, la Infección de vías Urinarias, la ERC y la DM.

A estas les siguen las Neoplasias con un peso menor al 2%, siendo el cáncer de mama, cuello uterino y estomago las principales.

Gráfica 46. Causas de mortalidad por grupo de edad. Sexo Femenino. R.S. Año 2021.

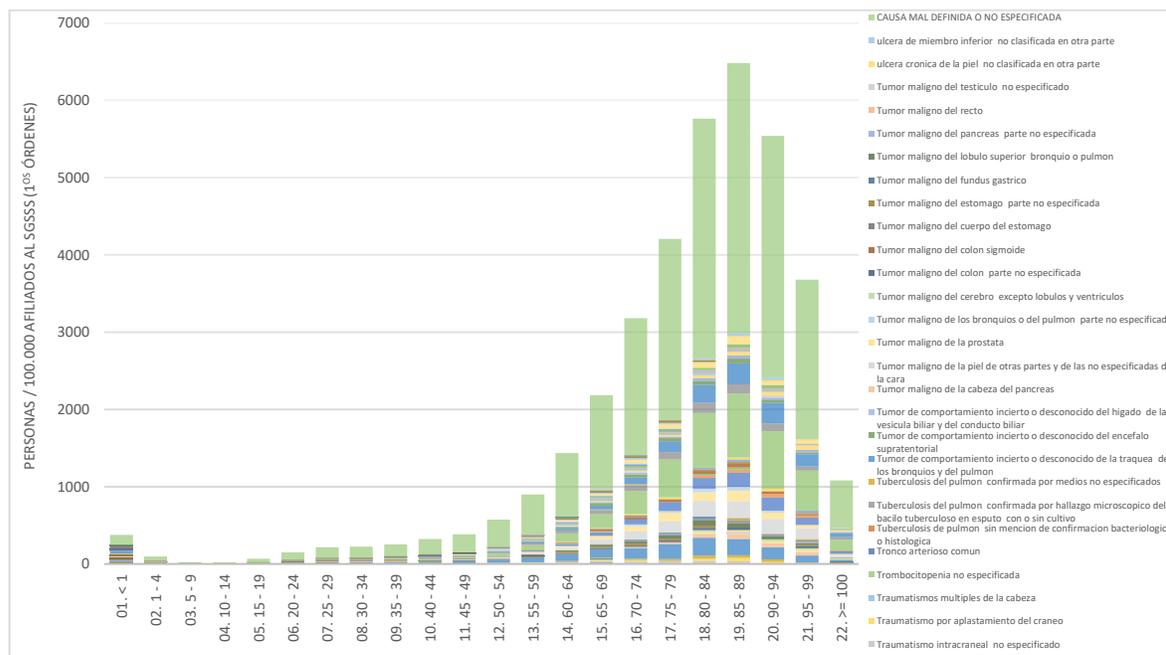


Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Sexo Masculino

Al igual que en el sexo femenino, se observan una disminución en las tasas globales de mortalidad respecto de los niveles prepandemia. Así mismo, es la Hipertensión Esencial primaria la entidad que aporta mayor peso, 12% después de las causas mal definidas o no especificadas, evidenciándose una importante reducción al comparar con las cifras presentadas antes de la pandemia (43%). Le siguen patologías que ocupan un solo dígito de peso porcentual en la tasa global de eventos, tales como EPOC, el COVID-19, la Infección de Vías Urinarias, la ERC, y la Enfermedad Cardíaca de origen isquémico. Las neoplasias tienen un peso porcentual del 2% y en su orden de aparición se encuentran: el tumor maligno de próstata, el de estómago y el de pulmón.

Gráfica 47. Causas de mortalidad por grupo de edad. Sexo Masculino. R.S. Año 2021.



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las EAPB, Año 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022.

Análisis de los estados financieros de las aseguradoras.

La SNS solicita a las EPS del Régimen Contributivo y Subsidiado el catálogo de información financiera con fines de supervisión por medio del archivo FT001, así mismo la Dirección de Regulación Beneficios Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud a partir del año 2021, solicitó a las EPS de los dos regímenes, los archivos FT001 mensuales que vienen reportando a la SNS con el fin tener información más oportuna a la publicación de la Superintendencia, la cual se realiza trimestralmente.

Para la revisión de la información, se toman los estados financieros que cada EPS reporto a la Supersalud en los archivos FT001-01, FT001-02, FT001-03, FT001-06 FT001-07 correspondiente a las vigencias 2020, 2021 y a marzo de 2022, desglosando cada archivo y entregando un resultado a nivel de 4 y 6 dígitos.

Régimen Contributivo

Las EPS del Régimen Contributivo reportan a la SNS, el catálogo de información financiera con fines de supervisión, con el archivo FT001 de acuerdo con la clasificación de los grupos de NIIF 1 y 2. Es necesario aclarar que durante el periodo 2020 se presentó la emergencia sanitaria

generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19 a nivel mundial; en Colombia se estableció “Estado de emergencia económica, social y ecológica”, el cual generó un estancamiento económico a nivel nacional, convirtiéndose en un año atípico para tomar como referencia de comparación.

Tabla 36. Estado de Resultados Integrales Comparativo 2020-2021

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES					
ENTIDADES CLASIFICADAS EN NIIF GRUPO 1 Y 2					
EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO					
COMPARATIVO 2020-2021					
Valores en Miles de Pesos					
INGRESOS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021		VERTICAL 2021
INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SGSSS	46.817.167.653	38.973.939.955	7.843.227.698	20,1%	98,6%
OTROS INGRESOS DE OPERACIÓN	673.102.033	476.209.118	196.892.915	41,3%	1,4%
IMPUESTO A LAS GANANCIAS	1.242.873		1.242.873,169	100,0%	0,0%
TOTAL INGRESOS	47.491.512.559	39.450.149.073	8.041.363.486	20,4%	
COSTOS					
ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD – UPC	34.903.448.125	29.200.721.886	5.702.726.239	19,5%	77,8%
ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD NO UPC	8.263.672.896	6.068.271.686	2.195.401.210	36,2%	18,4%
COSTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS IPS PROPIAS	919.736.562	757.445.707	162.290.855	21,4%	2,1%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	566.844.169	458.466.968	108.377.201	23,6%	1,3%
PRESTACION DE SERVICIOS PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)	204.537.552	108.995.286	95.542.266	87,7%	0,5%
TOTAL, COSTOS	44.858.239.304	36.593.901.533	8.264.337.771	22,6%	94,5%
GASTOS					
DE ADMINISTRACIÓN Y OPERACIÓN	2.084.103.481	1.916.517.108	167.586.373	8,7%	78,2%
GASTOS DE DISTRIBUCION (OPERACIÓN)	255.954.424	252.759.114	3.195.310	1,3%	9,6%
FINANCIEROS	193.534.127	175.302.707	18.231.420	10,4%	7,3%
IMPUESTO A LAS GANANCIAS	122.180.572	189.355.095	-67.174.523	-35,5%	4,6%
OTROS GASTOS	10.664.684		10.664.684	100,0%	0,4%
TOTAL GASTOS	2.666.437.288	2.533.934.024	132.503.264	5%	5,6%
UTILIDAD DEL EJERCICIO	-33.164.032	322.313.516	-355.477.548	-110%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

A nivel general, este régimen presenta un crecimiento durante el año 2021 del 20.4% en los ingresos y una participación de los costos sobre el total de los ingresos del del 94.5%, de igual forma presenta un peso de los gastos sobre el ingreso del 5.6% y refleja una pérdida comparada con el año anterior de un 110% por valor de \$33 mil millones de pesos para el periodo 2021.

Ingresos

A nivel general los ingresos presentan un crecimiento del 20%, siendo los ingresos por actividades ordinarias de las entidades que conforman el SGSSS las de segundo mayor crecimiento con un 20% de 2020 a 2021, convirtiéndose en el rubro de mayor peso con un 99% sobre el total de los ingresos, en primer lugar se encuentra otros ingresos de operación con un crecimiento del 41% de un periodo a otro y un peso sobre el total de los ingresos del 1%, en segundo lugar encontramos los ingresos por impuestos a las ganancias los cuales durante el periodo 2020 no presentan registros en los estados financieros.

Es necesario resaltar que a pesar de que los ingresos por actividades ordinarias de las entidades que conforman el SGSSS no es el rubro de mayor crecimiento de un periodo a otro, si es los ingresos de mayor variación en valor absoluto.

Tabla 37. Ingresos por EPS

Valores en miles de pesos

INGRESOS DE ACTIVIDADES ORDINARIAS DE LAS ENTIDADES QUE CONFORMAN EL SGSSS -EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTICAL 2021
NUEVA EPS S.A.	12.294.375.244	9.942.273.041	2.352.102.203 24%	26%
EPS SURA	7.970.970.145	5.926.709.604	2.044.260.541 34%	17%
E.P.S. SANITAS S.A.	7.149.457.878	5.305.091.559	1.844.366.319 35%	15%
SALUD TOTAL S.A. EPS	4.728.680.904	3.956.423.419	772.257.485 20%	10%
COMPENSAR	4.163.705.073	3.270.178.871	893.526.201 27%	9%
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	3.581.508.225	2.870.121.347	711.386.878 25%	8%
COOMEVA EPS SA	2.295.823.875	2.415.298.260	-119.474.385 -5%	5%
MEDIMÁS EPS S.A.S.	2.281.964.708	3.383.170.766	-1.101.206.058 -33%	5%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	1.382.604.485	1.106.497.731	276.106.754 25%	3%
ALIANSA SALUD EPS S.A.	490.757.347	402.010.941	88.746.406 22%	1%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	409.959.073	357.040.240	52.918.833 100%	1%
SALUD MÍA EPS	67.360.696	39.124.175	28.236.521 72%	0%
TOTAL, INGRESOS POR EPS	46.817.167.653	38.973.939.955	7.843.227.698 20%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se evidencia en la tabla anterior, la EPS con mayores ingresos en el Régimen Contributivo es Nueva EPS, con ingresos que crecieron de 2020 a 2021 en un 24% por valor de \$2,35 billones de pesos y una participación sobre el total de los ingresos por EPS del 26%, seguido encontramos a EPS Sura con un crecimiento en los ingresos de un año a otro del 34% equivalente a \$2.04 billones de pesos y un peso del 17%, y en tercer lugar se encuentra EPS Sanitas la cual incrementó de un periodo a otro en un 35%, \$1.8 billones de pesos y una participación del 15% sobre el total de los ingresos por actividades ordinarias de las entidades que conforman el SGSSS.

Así mismo, encontramos que existen dos EPS que presentaron disminución en los ingresos durante el año 2021 como es EPS Medimás la cual disminuyó los ingresos en un 33%, equivalente a \$1.1 Billones de pesos; y Coomeva EPS con una disminución del 5% comparada con el año anterior. Es necesario mencionar que estas EPS vienen en su proceso de intervención y cierre por parte de la SNS.

Finalmente, podemos concluir que el 85% de las EPS del Régimen Contributivo incrementaron sus ingresos con promedio superior al 28%, y solo dos EPS presentan decrecimientos, Medimás y Coomeva.

Tabla 38. Ingresos de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

Valores en miles de pesos

INGRESOS DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 – 2021	VERTIC AL 2021
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN – UPC	32.752.264.421	28.535.947.351	4.216.317.070	15% 70%
PRESUPUESTO MÁXIMO	4.944.842.274	3.574.408.162	1.370.434.112	38% 11%
OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD	2.116.239.223	100.948.048	2.015.291.175	1996% 5%
RECOBROS AL ADRES NO UPC - MIPRES	1.389.681.891	1.611.930.463	-222.248.572	-14% 3%
LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES Y CONOCIDAS	1.098.341.479	990.444.246	107.897.234	11% 2%
INCAPACIDADES DE ENFERMEDAD GENERAL-UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN-CON SITUACIÓN DE FONDOS	1.063.848.122	911.029.812	152.818.310	17% 2%
PRIMAS EMITIDAS POR PLANES ADICIONALES DE SALUD	1.014.952.376	855.551.123	159.401.253	19% 2%
INGRESOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	736.237.089	560.208.363	176.028.726	31% 2%
UNIDAD DE PAGO PARA ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	487.629.318	476.764.953	10.864.365	2% 1%
CUOTA MODERADORA	471.667.610	350.266.138	121.401.471	35% 1%
COPAGOS	239.976.827	234.826.100	5.150.727	2% 1%

INGRESOS DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021		VERTIC AL 2021
LIBERACION RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES NO CONOCIDAS	137.206.570	228.824.996	-91.618.426	-40%	0%
RECOBROS AL ADRES NO UPC - FALLOS DE TUTELA	110.905.014	259.922.305	-149.017.291	-57%	0%
LIBERACIÓN DE RESERVAS -OBLIGACIONES PENDIENTES NO CONOCIDAS - PRESUPUESTO MÁXIMO	73.875.791	412312,923	73.463.478	17817 %	0%
UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN ADICIONAL	67.267.252	32.982.542	34.284.711	104%	0%
AJUSTE POR DESVIACIÓN DE SINIESTRALIDAD CUENTA DE ALTO COSTO	53.193.397	79.274.006	-26.080.609	-33%	0%
RECOBROS ARL	19.843.204	13.406.256	6.436.949	48%	0%
RECOBROS AL ADRES NO UPC - COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO	15.569.129	100.716.724	-85.147.594	-85%	0%
RECOBROS A ENTIDADES TERRITORIALES - MIPRES	7.580.989	1.479.274	6.101.715	412%	0%
INGRESOS POR RECOBROS A ENTIDADES TERRITORIALES	4.805.451	26.083.874	-21.278.423	-82%	0%
RECOBROS A ENTIDADES TERRITORIALES - FALLOS DE TUTELA	3.217.841	16.581.996	-13.364.156	-81%	0%
CUOTA MODERADORA - SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON PRESUPUESTO MÁXIMO	1.988.194		1.988.194	100%	0%
RECOBROS A ENTIDADES TERRITORIALES - COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO	1.841.499	11.874.122	-10.032.623	-84%	0%
COPAGOS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON PRESUPUESTO MÁXIMO	1.531.514		1.531.514	100%	0%
INGRESOS POR DUPLICADO DE CARNÉ Y CERTIFICACIONES	23.497	39.509	-16.013	-41%	0%
SANCIÓN POR INASISTENCIA	2.958	17.231	-14.273	-83%	0%
RECOBRO A EMPLEADORES	0	46,2	-46	-100%	0%
DEVOLUCIONES Y DESCUENTOS	-459.405		-459.405	100%	0%
TOTAL	46.814.073.525	38.973.939.955	7.840.133.570	20%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

El rubro por Ingresos de las entidades administradoras de planes de beneficios, es el rubro de mayor representación en los ingresos, como se indicó anteriormente. Este rubro está conformado especialmente por los ingresos de pago por capitación UPC con una participación del 70% sobre el total del ingreso de las EPS y un crecimiento del año 2020 a 2021 del 15% equivalente a \$4.2 billones de pesos; En segundo lugar se evidencia presupuestos máximos con un 11% de peso sobre el total del ingreso y un crecimiento comparado con el año anterior del 38% por valor de \$1.3 billones de pesos, en tercer lugar encontramos otras actividades relacionadas con la salud, con un 5% de peso sobre el total del rubro en mención y una incremento de 1996% equivalente a \$2.0 billones de pesos frente al año 2020.

De la información reportada a la SNS se observa una diferencia en los ingresos por valor de \$3.0 billones de pesos, los cuales, al sumar las cuentas a nivel de cuatro dígitos, no corresponde al total de la suma registrada a nivel de dos dígitos.

Costos

En cuanto a los costos totales, se presenta un crecimiento para el año 2021 del 23% equivalente a \$8.2 billones de pesos y una participación del 94% sobre el total de ingresos. El rubro con mayor representación fue el costo de administración del régimen de seguridad social en salud – UPC con un peso de 77%, seguido por el costo de administración del régimen de seguridad social en salud – No UPC con una participación de 18.4% sobre el total de costos.

Tabla 39. Costos Del Sistema General De Seguridad Social En Salud Por EPS

Valores en miles de pesos

COSTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD POR EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTICAL 2021
NUEVA EPS S.A.	11.743.678.682	9.482.951.734	2.260.726.947 24%	26%
EPS SURA	7.735.495.115	5.703.499.656	2.031.995.459 36%	17%
E.P.S. SANITAS S.A.	6.760.520.771	4.901.269.563	1.859.251.207 38%	15%
SALUD TOTAL S.A. EPS	4.363.998.114	3.558.902.347	805.095.767 23%	10%
COMPENSAR	4.043.265.723	3.063.904.102	979.361.621 32%	9%
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	3.347.146.402	2.661.622.918	685.523.485 26%	7%
COOMEVA EPS SA	2.374.653.378	2.261.123.743	113.529.635 5%	5%
MEDIMÁS EPS S.A.S.	2.195.330.970	3.162.789.824	-967.458.854 -31%	5%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	1.395.214.661	1.064.010.768	331.203.893 31%	3%
ALIANSALUD EPS S.A.	438.200.326	362.170.687	76.029.639 21%	1%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	396.965.904	335.186.441	61.779.463 18%	1%
SALUD MÍA EPS	63.769.258	36.469.750	27.299.508 75%	0%
TOTAL	44.858.239.304	36.593.901.533	8.264.337.771 23%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el año 2021, la EPS de mayor participación sobre el total del costo del Régimen Contributivo fue Nueva EPS S.A. con un 26%, y un crecimiento del año 2020 a 2021 del 24% por valor de \$2.2 billones de pesos; seguido encontramos a la EPS Sura con un peso del 17% y un crecimiento del 36% equivalente a \$2.0 billones de pesos, y en tercer lugar encontramos a la EPS Sanitas con un peso del costo del 15% y un crecimiento en el año 2021 de \$1.8 billones de

pesos un 38%. Así mismo, se encuentra que Medimás EPS disminuyó sus costos en un 31% frente a lo reportado en el año 2020 equivalente a \$967 mil millones de pesos.

Tabla 40. Costos Del Sistema General De Seguridad Social En Salud

Valores en miles de pesos

COSTOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTICAL 2021
ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - UPC	34.903.448.125	29.200.721.886	5.702.726.239 20%	78%
ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD NO UPC	8.263.672.896	6.068.271.686	2.195.401.210 36%	18%
COSTO PRESTACIÓN DE SERVICIOS IPS PROPIAS	919.736.562	757.445.707	162.290.855 21%	2%
PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD	566.844.169	458.466.968	108.377.201 24%	1%
PRESTACION DE SERVICIOS PLANES ADICIONALES DE SALUD (PAS)	204.537.552	108.995.286	95.542.266 88%	0%
TOTAL	44.858.239.304	36.593.901.533	8.264.337.771 23%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Los costos del SGSSS están conformados especialmente por los costos de administración del régimen de seguridad social en salud UPC, el cual tiene un peso del 78% sobre el total de este rubro y un crecimiento durante el año 2021 del 20% equivalente a \$5.7 billones de pesos, en segundo lugar encontramos los costos de administración del régimen de seguridad social en salud NO UPC, el cual tiene un peso del 18% y un crecimiento de un año a otro del 36% por valor de \$2.2 billones de pesos y en tercer lugar encontramos los costos por prestaciones de servicios IPS propias, las cuales crecieron un 21% correspondiente a \$162 mil millones de pesos y su peso sobre el total del rubro fue del 2%, este tercer ítem es necesario discriminarlo ya que el catálogo de información financiera cuenta con los dos últimos dígitos como identificador de negocio que para el caso de la prestación de servicios de salud, le asigno los números (06).

Tabla 41. Costo - Administración Del Régimen De Seguridad Social En SALUD - UPC

ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - UPC	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021		VERTICAL 2021
COSTO RESERVAS TECNICAS-LIQUIDADAS PENDIENTES DE PAGO- SERVICIO DE SALUD (UPC)	22.363.309.299	20.135.159.978	2.228.149.321	11%	64%
COSTO RESERVAS TECNICAS - CONOCIDOS NO LIQUIDADOS - SERVICIOS DE SALUD (UPC)	5.754.897.546	3.504.592.933	2.250.304.613	64%	16%
ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS Y ENFERMEDADES DE ALTO COSTO	3.229.988.984	2.792.603.299	437.385.685	16%	9%
COSTO RESERVAS TECNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS - SERVICIOS DE SALUD (UPC)	1.130.620.925	929.431.514	201.189.411	22%	3%
COSTO RESERVAS TECNICAS-LIQUIDADAS PENDIENTES DE PAGO- INCAPACIDADES (UPC)	926.129.025	695.505.429	230.623.596	33%	3%
CONTRATOS PARA ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	766.141.442	588.738.610	177.402.832	30%	2%
COSTO RESERVAS TECNICAS - CONOCIDAS NO LIQUIDADAS - PLAN ADICIONAL DE SALUD (PAS)	306.919.041	269.962.715	36.956.325	14%	1%
OTRAS RESERVAS	205.779.455	100.615.001	105.164.454	105%	1%
COSTO RESERVAS TECNICAS - CONOCIDAS NO LIQUIDADAS - POR INCAPACIDADES (UPC)	130.098.504	129.508.370	590.134	0%	0%
COSTO RESERVAS TECNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS - INCAPACIDADES (UPC)	76.261.678	41.045.353	35.216.325	86%	0%
COSTO RESERVAS TECNICAS - LIQUIDADAS PENDIENTE DE PAGO - PLAN ADICIONAL DE SALUD (PAS)	10.908.458	11.747.134	-838.676	-7%	0%
COSTO RESERVAS TECNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS - PLAN ADICIONAL DE SALUD (PAS)	2.393.769	1.811.551	582.219	32%	0%
TOTAL, COSTOS	34.903.448.125	29.200.721.886	5.702.726.238	20%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Como se indicó anteriormente, en la tabla de costos del SGSSS, el peso de administración del régimen de seguridad social en salud - UPC es el rubro de mayor representación dentro de los costos de las EPS del Régimen Contributivo. Está conformado especialmente por la cuenta costo reservas técnicas-liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (UPC), la cual tiene un peso dentro de este rubro del 64% y su crecimiento en el año 2021 fue del 11% equivalente a \$2.2 billones de pesos; en segundo lugar, encontramos la cuenta costo reservas técnicas - conocidos no liquidados - servicios de salud (UPC) con un peso del 16% y un crecimiento de un año a otro del 64% por valor de \$2.2 billones de pesos; y en tercer lugar se encuentra la cuenta de enfermedades catastróficas y enfermedades de alto costo con una participación del 9% y un crecimiento de \$437 mil millones de pesos, un 16% en el año 2021.

Es necesario precisar que, el costo que las EPS del Régimen Contributivo registran en sus estados financieros como liquidado y conocido supera el 75% del total de los costos por administración del régimen de seguridad social en salud - UPC.

Tabla 42 Costos - Administración Del Régimen De Seguridad Social En Salud NO UPC

Valores en miles de pesos

COSTOS -ADMINISTRACIÓN DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD NO UPC	2021	2020	HORIZONTAL 2021	2020 -	VERTICAL 2021
COSTO RESERVAS TECNICAS-LIQUIDADAS PENDIENTES DE PAGO - PRESUPUESTO MÁXIMO	4.513.390.082	2.536.326.873	1.977.063.209	78%	55%
OTROS COSTOS OPERACIONALES	1.637.998.324	96.034.958	1.541.963.367	1606%	20%
COSTO RESERVAS TECNICAS - CONOCIDAS NO LIQUIDADAS - PRESUPUESTO MÁXIMO	1.271.260.186	679.052.275	592.207.911	87%	15%
PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO FINANCIADOS CON LA UPC NI CON EL PRESUPUESTO MÁXIMO	428.912.022	895.141.566	-466.229.544	-52%	5%
COMITÉ TÉCNICO CIENTÍFICO	300.036.969	1.612.720.238	-1.312.683.269	-81%	4%
COSTO RESERVAS TECNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS - PRESUPUESTO MÁXIMO	65.564.002	198.325.918	-132.761.917	-67%	1%
FALLOS DE TUTELA	34.373.437	47.348.249	-12.974.812	-27%	0%
MEDICAMENTOS ENFERMEDADES HUÉRFANAS	12.137.874	3.321.609	8.816.265	265%	0%
MEDICAMENTOS ENFERMEDADES HUÉRFANAS	8.263.672.896	6.068.271.686	1.420.289.307	31%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a los costos por administración del régimen de seguridad social en salud NO UPC, encontramos que para el año 2021, el costo de reservas técnicas liquidadas pendientes de pago- Presupuestos Máximos, es la cuenta de mayor peso sobre el rubro con un 55% y un aumento del 78% por valor de \$1.9 billones de pesos frente al año 2020, seguido de otros costos operaciones con un 20% de participación sobre el total y un incremento de 1.606% equivalente a \$1.5 billones de pesos comparado al año anterior. Como tercer rubro se encuentra el costo de reservas técnicas – conocidas no liquidadas- Presupuestos Máximos con un peso del 15% y un incremento del 87% frente al año 2020.

Gastos

Los gastos totales presentaron un crecimiento del 5% del periodo 2020 al 2021 con una participación sobre el ingreso del 5.6% durante el año 2021 lo que indica que en el Régimen Contributivo la totalidad de los gastos están por debajo de lo estipulado del 10%.

Los gastos más representativos en el Régimen Contributivo durante el periodo 2021 fueron los gastos registrados en la cuenta gastos de administración y operación, los cuales tuvieron una participación sobre el total de los gastos del 78%, y un incremento del 9% equivalente a \$167 mil millones de pesos frente al año anterior; los gastos de distribución tienen un peso del 10% y un

aumento en el último año del 1% por valor de \$3 mil millones de pesos, mientras que los gastos por impuesto a las ganancias tuvieron un peso sobre el total de gastos del 5%, convirtiéndose en el único rubro que presente una disminución del 35% por valor de \$67 mil millones de pesos frente al 2020.

Cabe señalar que durante el año 2021 se registra un nuevo rubro “Otros Gastos”, el cual no registró información durante el 2020.

Tabla 43. Gastos Por EPS

Valores en miles de pesos

GASTOS POR EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021		VERTICAL 2021
NUEVA EPS S.A.	538.213.011	455.384.550	82.828.461	18%	20%
E.P.S. SANITAS S.A.	395.103.359	383.960.376	11.142.982	3%	15%
EPS SURA	392.057.155	306.585.310	85.471.845	28%	15%
SALUD TOTAL S.A. EPS	307.992.859	339.258.991	-31.266.132	-9%	12%
COMPENSAR	285.838.993	263.587.459	22.251.534	8%	11%
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	243.077.518	200.526.174	42.551.344	21%	9%
MEDIMÁS EPS S.A.S.	185.044.611	230.526.745	-45.482.134	-20%	7%
COOMEVA EPS SA	162.795.326	229.050.567	-66.255.240	-29%	6%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	81.274.794	72.825.350	8.449.444	12%	3%
ALIANSA SALUD EPS S.A.	40.338.314	22.695.693	17.642.621	78%	2%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	30.903.213	26.369.501	4.533.712	17%	1%
SALUD MÍA EPS	3.798.134	3.163.307	634.827	20%	0%
TOTAL	2.666.437.288	2.533.934.023	132.503.264	5%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

La EPS de mayor participación en el total de gastos durante el año 2021 fue Nueva EPS con un peso del 20% y un crecimiento del 18% equivalente a \$82 mil millones de pesos, seguida de EPS Sanitas y EPS Sura con una participación cada una del 15% y un crecimiento del 3% (\$11 mil millones de pesos) y 28% (\$85 mil millones de pesos) respectivamente.

Así mismo, las EPS del Régimen Contributivo de mayor disminución del gasto durante el año 2021 fueron Coomeva y Medimás con un 49% equivalente a \$111 mil millones de pesos en total frente al año 2020, la cuales tienen un peso sobre el total del gasto de 13%.

Tabla 44. Resultado Del Ejercicio – Utilidad

RESULTADO DEL EJERCICIO - UTILIDAD	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	
SALUD TOTAL S.A. EPS	137.758.991	120.814.420	16.944.571	14%
E.P.S. SANITAS S.A.	66.494.326	77.949.098	-11.454.771	-15%
ALIANSA SALUD EPS S.A.	44.941.791	21.572.733	23.369.058	108%
NUEVA EPS S.A.	41.591.813	27.051.467	14.540.347	54%
EPS SURA	18.174.761	32150012,36	-13.975.252	-43%
MEDIMÁS EPS S.A.S.	5.957.746	54.093.711	-48.135.965	-89%
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	3.322.111	19.705.418	-16.383.308	-83%
SALUD MÍA EPS	960.670	-204.386	1.165.056	-570%
COMFENALCO VALLE E.P.S.	-3.050.919	1.793.007	-4.843.926	-270%
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	-59.438.045	-13.866.108	-45.571.936	329%
COMPENSAR	-73.276.489	14.164.500	-87.440.989	-617%
COOMEVA EPS SA	-216.600.789	-32.910.355	-183.690.433	558%
TOTAL	-33.164.032	322.313.516	-355.477.548	-110%

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Durante el año 2021, se presentó una pérdida por valor de \$33 mil millones de pesos en el Régimen Contributivo, con una disminución en la utilidad del 110% equivalente a \$355 mil millones de pesos comparado con el año 2020, la EPS de mayor rentabilidad en este periodo fue Salud Total por un valor de \$137 mil millones de pesos y un crecimiento del 14%, seguida de EPS Sanitas con una utilidad de \$66 mil millones de pesos y una disminución de un año a otro del 15% equivalente a \$11 mil millones de pesos. Coomeva EPS registró la mayor pérdida en el 2021 por valor de \$216 mil millones de pesos una disminución del 558% frente al año 2020, influyendo en el resultado general del ejercicio en el 2021.

Régimen Subsidiado

El estado de resultados del Régimen Subsidiado, presenta la información reportada por las EPS a la SNS en el archivo "Catalogo de información financiera" con fines de supervisión Régimen Subsidiado público y privado. Este estado financiero consolidado nos muestra, que durante el periodo 2021, este grupo de EPS al final de su periodo fiscal presentaron una pérdida por \$471 mil millones de pesos, cabe anotar que se presenta información de las EPS que tienen habilitado los códigos base como Régimen Contributivo.

De igual forma se evidencia una participación de los costos sobre el total de ingresos del 92.5% y un peso de los gastos sobre el ingreso del 9.8%, es decir que, a nivel general, el gasto de administración está por encima de lo establecido en la norma.

Tabla 45. Estado de Resultados Integrales Régimen Subsidiado

ESTADO DE RESULTADOS INTEGRALES GENERAL				
REGIMEN SUBSIDIADO 2020-2021				
Valores expresados en Miles de Pesos				
	2021	2020	HORIZONTAL	VERTICAL 2021
INGRESO	20.669.535.944	20.095.039.133	3%	
COSTO	19.121.868.242	18.131.053.297	5%	92,51%
GASTO	2.018.733.292	1.700.345.303	19%	9,77%
UTILIDAD	-471.065.589	263.640.533		

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Ingresos

Los ingresos de las EPS públicas y privadas del Régimen Subsidiado tuvieron un incremento del periodo 2020 a 2021 del 3% equivalente a \$574 mil millones de pesos, estos ingresos están constituidos principalmente por ingresos de las entidades administradoras de planes de beneficios, los cuales tuvieron una disminución en el 2021 del 4% por valor de \$503 mil millones de pesos y una participación sobre el total de los ingresos del 66%.

Seguido encontramos los ingresos por administración de la seguridad social en salud, con un crecimiento del 16% (\$865 mil millones de pesos) y un peso del 30%; y en tercer lugar encontramos los ingresos diversos, con un incremento de 21% equivalente a \$71 mil millones de pesos y una participación sobre el total de los ingresos es el 2% siendo el tercer ingreso más significativo para el Régimen Subsidiado.

Tabla 46 Ingresos Régimen Subsidiado

INGRESOS RÉGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTIC AL 2021	
INGRESOS DE LAS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIOS	13.612.363.513	14.115.907.379	-503.543.866	-4%	66%
ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	6.164.663.798	5.299.575.032	865.088.766	16%	30%
INGRESOS DIVERSOS	411.689.708	339.941.134	71.748.574	21%	2%
RECUPERACIONES	260.973.692	171.972.134	89.001.558	52%	1%

INGRESOS DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD	74.354.389	62.303.107	12.051.282	19%	0%
REVERSIÓN DE LAS PÉRDIDAS POR DETERIORO DE VALOR	41.341.567	15.978.959	25.362.607	159%	0%
GANANCIAS EN INVERSIONES E INSTRUMENTOS FINANCIEROS	28.901.211	30.690.497	-1.789.286	-6%	0%
SERVICIOS DE SALUD	23.321.767	16.922.458	6.399.309	38%	0%
DIVERSOS	21.055.227	11.645.264	9.409.962	81%	0%
FINANCIEROS	16.181.419	19.084.879	-2.903.461	-15%	0%
REVERSIÓN DE LAS PÉRDIDAS POR DETERIORO DE VALOR	10.479.694	5.730.830	4.748.864	83%	0%
SUBVENCIONES	1.985.076		1.985.076	100%	0%
ARRENDAMIENTOS OPERATIVOS	1.300.119	992.190	307.930	31%	0%
IMPUESTO A LAS GANANCIAS DIFERIDO	345.962		345.962	100%	0%
DIVIDENDOS Y PARTICIPACIONES	302.265		302.265	100%	0%
INDEMNIZACIONES	196.330	249.834	-53.505	-21%	0%
AJUSTE POR DIFERENCIA EN CAMBIO	72.592	80.258	-7.665	-10%	0%
INGRESO POR DISPOSICIÓN DE ACTIVOS	35.000	71.029	-36.029	-51%	0%
IMPUESTO A LAS GANANCIAS DIFERIDO	28.400	3.896.073	-3.867.674	-99%	0%
OTROS SERVICIOS	5.533	3.855	1.678	44%	0%
DEVOLUCIONES, REBAJAS Y DESCUENTOS EN VENTA DE SERVICIOS (DB)	-61.316	-5.780	-55.537	961%	0%
TOTAL INGRESOS	20.669.535.944	20.095.039.133	574.496.811	3%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.S. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 47. Ingresos Régimen Subsidiado por EPS

Valores en miles de pesos

INGRESOS REGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO POR EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTICAL 2021
COOSALUD S.A	3.321.645.701	2.643.619.628	678.026.072	26%
MUTUAL SER	2.875.317.950	2.199.599.481	675.718.469	31%
ASMET SALUD	2.350.689.942	1.958.917.302	391.772.640	20%
SAVIA SALUD EPS	2.316.404.655	1.948.873.463	367.531.192	19%
EMSSANAR ESS	2.231.218.681	2.128.491.579	102.727.101	5%
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	1.699.896.050	1.475.629.117	224.266.933	15%
CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	1.326.335.981	1.075.942.800	250.393.181	23%
EPS'S CONVIDA	678.439.211	594.610.004	83.829.207	14%
CCF HUILA	666.161.991	602.300.486	63.861.505	11%
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPS INDÍGENA	641.450.171	587.535.968	53.914.203	9%
EPS INDÍGENA MALLAMÁS	389.688.872	331.996.187	57.692.685	17%
ECOOPSOS S.A.S.	374.475.867,4	338.996.676	35.479.192	10%
CCF DE LA GUAJIRA	329.153.359	268.766.078	60.387.281	22%
ANAS WAYUU EPSI	291.713.346	244.749.197	46.964.149	19%
DUSAKAWI A.R.S.I.	256.709.015	219.823.353	36.885.662	17%
CCF COMFAORIENTE EPS	238.564.516	201.799.220	36.765.297	18%
CAPRESOCA E.P.S.	215.896.310	172.603.742	43.292.568	25%
CCF DEL CHOCO	187.653.744	165.782.081	21.871.664	13%
CCF DE SUCRE	140.024.134	128.670.170	11.353.963	9%
PIJAOS SALUD EPSI	138.096.447	109.327.453	28.768.995	26%
COMPARTA		1.611.977.364	-1.611.977.364	-100%
AMBUQ ARS		889.155.408	-889.155.408	-100%

Total, general	20.669.535.944	20.095.039.133	574.496.811	3%	
----------------	----------------	----------------	-------------	----	--

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a los ingresos por EPS, se evidencia que Coosalud S.A. es la EPS del Régimen Subsidiado con mayores ingresos por valor de \$3.3 billones de pesos, con una participación del 16% sobre el total del ingreso del este régimen, y una variación positiva del 2020 a 2021 del 26%; seguido se en contra a Mutua SER con un peso del 14% y una variación positiva del 31% equivalente a \$675 mil millones de pesos. Así mismo se tiene a Emssanar, Asmet y Savia salud, cada una con una participación del 11% sobre el total de los ingresos; estas cinco EPS del Régimen Subsidiado recibieron más del 50% de los ingresos de este régimen. Esto indica que, del número total de EPS públicas y privadas del Régimen Subsidiado, el 25% reciben el 63% del valor total de los ingresos, y el otro 75% de EPS públicas y privadas del mismo régimen, reciben el 37% de restante del ingreso.

Cabe aclarar que las EPS Comparta, AMBUQ ARS, y CCF de Nariño, no presentan información durante el año 2021.

Costos

Los costos del Régimen Subsidiado tuvieron un incremento del 2020 a 2021 de un 5% equivalente a \$990 mil millones de pesos, y su participación sobre el total del ingreso fue del 92.5%. Estos costos representan las prestaciones de servicios de salud a nivel nacional y están clasificados especialmente por: costo reservas técnicas-liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (UPC) con un peso para el 2021 sobre el total de los costos del 48% y una disminución del 5% por valor de \$495 mil millones de pesos frente al año anterior.

Seguido encontramos a los costos por administración de la seguridad social en salud con un crecimiento del 17% equivalente a \$797 miles de millones de pesos, comparado con el año 2020 y una participación del 29%, obteniendo en estos dos rubros una participación de más del 75% del total de costos.

En cuanto, a los costos de reservas técnicas - conocidos no liquidados - servicios de salud (UPC) durante el año 2021 presentaron una disminución del 22% frente al 2020 por valor de \$180 mil millones de pesos con una participación en el total del rubro del 3%, siendo el segundo costo con

mayor disminución en los costos después de los costos de reservas técnicas-liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (UPC), mencionadas anteriormente. Estas disminuciones en los costos del estado de resultados se vieron reflejados en el resultado de la operación del Régimen Subsidiado de las EPS públicas y privadas.

Tabla 48. Costos Régimen Subsidiado Público Y Privado Por EPS

Valores en miles de pesos

COSTOS REGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO POR EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTICAL 2021
COOSALUD S.A	3.042.745.722	2.403.070.008	639.675.713 27%	16%
MUTUAL SER	2.677.843.842	2.008.868.376	668.975.466 33%	14%
EMSSANAR ESS	2.555.555.572	2.009.545.847	546.009.725 27%	13%
ASMET SALUD	2.226.813.211	1.855.715.004	371.098.207 20%	12%
SAVIA SALUD EPS	1.856.057.995	1.517.566.540	338.491.455 22%	10%
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	1.533.134.996	1.380.877.919	152.257.077 11%	8%
CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	1.220.765.450	988.185.580	232.579.870 24%	6%
CCF HUILA	679.005.608	547.868.763	131.136.845 24%	4%
EPS'S CONVIDA	632.480.716	574.784.500	57.696.216 10%	3%
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPS INDÍGENA	570.447.237	472.724.359	97.722.878 21%	3%
ECOOPSOS S.A.S.	344.711.985	309.889.809	34.822.176 11%	2%
EPS INDÍGENA MALLAMÁS	329538039,3	291.128.718	38.409.321 13%	2%
CCF DE LA GUAJIRA	275.779.316	218.140.358	57.638.958 26%	1%
CCF COMFAORIENTE EPS	211.751.267	177.898.024	33.853.243 19%	1%
ANAS WAYUU EPSI	189.981.254	155.864.226	34.117.028 22%	1%
DUSAKAWI A.R.S.I.	177.237.101	165.872.264	11.364.837 7%	1%
CCF DEL CHOCO	166.748.644	143.233.990	23.514.654 16%	1%
CAPRESOCA E.P.S.	161.390.015	129.948.645	31.441.370 24%	1%
CCF DE SUCRE	148.346.425	110.488.661	37.857.764 34%	1%
PIJAOS SALUD EPSI	121.533.847	82.136.964	39.396.883 48%	1%
COMPARTA		1.578.848.313	-1.578.848.313 -100%	0%
AMBUQ ARS		790.386.661	-790.386.661 -100%	0%
CCF DE NARIÑO		218.009.768	-218.009.768 -100%	0%
TOTAL GENERAL	19.121.868.242	18.381.775.574	740.092.668 4%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a las EPS que reportaron estados financieros a la SNS, se encontró que las tres EPS-S de mayor incremento de sus costos en términos porcentuales durante el periodo 2021 fueron: COOSALUD con un incremento del 27% equivalente a \$639 mil millones de pesos y una participación del 16% sobre el total del rubro, Mutual Ser con un 33% y un crecimiento de \$668 mil millones de pesos y un peso del 14%; y EMSSANAR ESS con un aumento del 27% por valor

de \$546 mil millones de pesos y una participación del 13% sobre el total; es necesario aclarar que Coosalud fue la EPS-S que recibió mayores ingresos durante el periodo 2021.

Así mismo, encontramos que la concentración del costo esta registrado en cinco EPS-S las cuales registran más del 50% del total de los costos de todo el grupo de EPS-S, es decir que del 100% de las EPS públicas y privadas del Régimen Subsidiado, en más de la mitad del costo, se encuentra concentrado en el 25% de las EPS-S.

Cabe aclarar también que las EPS Comparta, AMBUQ ARS, y CCF de Nariño, no presentan información durante el año 2021.

Gastos

Los gastos de las EPS públicas y privadas del Régimen Subsidiado tuvieron durante el año 2021, un crecimiento del 19% equivalente a \$318 mil millones de pesos y una participación sobre el total del ingreso del 9.8%. En términos generales, más del 90% de los gastos se concentran en los gastos de administración y operaciones; y los gastos de deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisiones.

Los gastos de administración y operaciones generan la mayor participación en el año 2021 con un peso del 53% y una disminución de un periodo a otro del 1% equivalente a \$6.4 billones de pesos. En el caso de los gastos por deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisiones se observa un incremento del 74% frente al año 2020 de \$355 mil millones de pesos con una participación en el total del rubro, del 41% para el año 2021. Es necesario entrar a revisar las políticas contables que las EPSS tienen establecidas para la determinación del deterioro, depreciaciones, amortizaciones y provisiones ya que su crecimiento fue bastante en el último periodo.

Tabla 49. Gastos Régimen Subsidiado Público Y Privado Por EPS

Valores en miles de pesos

GASTOS REGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO POR EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 - 2021	VERTICAL 2021
SAVIA SALUD EPS	459.048.726	266.978.771	192.069.955 72%	22,7%
MUTUAL SER	180.229.641	157.718.288	22.511.353 14%	8,9%
COOSALUD S.A	180.190.213	165.526.797	14.663.416 9%	8,9%
CAPITAL SALUD EPSS S.A.S	177.858.101	108.911.637	68.946.464 63%	8,8%
EMSSANAR ESS	157.424.507	102.022.862	55.401.645 54%	7,8%
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC EPS INDÍGENA	122.759.573	110.045.934	12.713.640 12%	6,1%
ASMET SALUD	118.409.077	115.440.351	2.968.726 3%	5,9%

GASTOS REGIMEN SUBSIDIADO PÚBLICO Y PRIVADO POR EPS	2021	2020	HORIZONTAL 2020 -		VERTICAL
			2021	2021	
ANAS WAYUU EPSI	99.161.183	88.432.736	10.728.447	12%	4,9%
CCF CAJACOPI ATLÁNTICO	82.384.901	63.964.849	18.420.052	29%	4,1%
EPS'S CONVIDA	78.500.697	76.439.437	2.061.261	3%	3,9%
CAPRESOCA E.P.S.	68.690.458	80.397.943	-11.707.485	-15%	3,4%
DUSAKAWI A.R.S.I.	62.132.731	40.230.471	21.902.260	54%	3,1%
EPS INDÍGENA MALLAMÁS	54.126.185	26.743.039	27.383.147	102%	2,7%
PIJAOS SALUD EPSI	37.373.173	30.255.385	7.117.788	24%	1,9%
CCF HUILA	37.362.386	33.411.799	3.950.587	12%	1,9%
CCF DE LA GUAJIRA	29.007.889	24.878.030	4.129.859	17%	1,4%
ECOOPSOS S.A.S.	26.344.344	26.473.444	-129.100	0%	1,3%
CCF DEL CHOCO	21.077.374	18.218.710	2.858.664	16%	1,0%
CCF COMFAORIENTE EPS	17.212.989	19.068.987	-1.855.999	-10%	0,9%
CCF DE SUCRE	9.439.144	9.831.216	-392.072	-4%	0,5%
COMPARTA		78.485.037	-78.485.037	-100%	0,0%
CCF DE NARIÑO		8.375.337	-8.375.337	-100%	0,0%
AMBUQ ARS		48.494.246	-48.494.246	-100%	0,0%
TOTAL GENERAL	2.018.733.292	1.700.345.303	318.387.988	19%	

Fuente. Elaboraciones propias del autor con la información de la Superintendencia Nacional de Salud del R.C. para el periodo 2020 y 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

En cuanto a las EPS que reportaron sus estados financieros a la SNS, se encontró que las cuatro EPSS de mayor incremento en sus gastos en términos porcentuales durante el periodo 2021 fueron: EPS indígena Mallamás con un incremento del 102% y una participación del 2.7%, Savia Salud registro un aumento del 72% y una participación del 23%, Capital Salud con crecimiento del 63% un peso de 8.9% y Emssanar ESS creció un 54% con una representación del 7.8% frente al total del rubro.

Adicionalmente, se encontró que la concentración del gasto está registrada en cinco EPS-S las cuales reportan más del 50% del total de los gastos de todo el grupo de EPS-S, es decir que del 100% de las EPS públicas y privadas del Régimen Subsidiado, más de la mitad del gasto se encuentra concentrado en el 25% de las EPSS.

Cabe aclarar también que las EPS Comparta, AMBUQ ARS, y CCF de Nariño, no presentan información durante el año 2021.

Estimación y suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación

Régimen Contributivo

Cálculo de la prima

Ajustes por IBNR

Con la información de la base de suficiencia de 2021, se procedió con la construcción de un modelo de datos panel con periodicidad mensual para las EPS. Se utilizó el modelo de datos panel del gasto total en función de las actividades, por EPS, mes, variables de control y el IBNR, el cual resultado significativo estadísticamente a partir del tercer rezago.

$$\ln_Gasto\ Total_{it} = B_0 + B_1 * \ln_Actividades_{it} + B_2 * IBNR_{it} + B_k * Tiempo_{kt}$$

Donde,

i: EPS 1, 8...*i*

t: 1, ...12 meses

k: variables de control 2 y 11 meses

La serie de gasto y actividades se trabajó en términos de logaritmos para reducir la varianza de los datos. El modelo donde resultaron estadísticamente significativos los parámetros fue con un IBNR de 5 meses de rezago.

A continuación, se presentan los resultados de los modelos estimados. Se realizó la prueba de *Breusch-Pagan* para determinar si el modelo a estimar que corresponde a un modelo estático o pool de datos. Los resultados permitieron identificar que el modelo corresponde a un modelo estático.

De igual forma se realizó la prueba de *Hausman* que establece como hipótesis nula que los estimadores de efectos aleatorios y de efectos fijos no difieren sustancialmente. Los resultados

encontrados nos permiten aceptar la hipótesis nula y por lo tanto la diferencia entre los coeficientes de efectos aleatorios y fijos no es sistemática entre las EPS. Finalmente, se recomienda usar el método de efectos fijos.

El modelo de efectos fijos establece que, para cada EPS los efectos individuales tienen un intercepto diferente y que las diferencias entre EPS no son aleatorias, sino constantes o “fijas” y por ello se debe estimar cada intercepto para cada EPS.

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta_1 X_{1it} + e_{it}$$

Donde,

α_i es un vector de interceptos para cada EPS

$X =$ variables explicativas

Tabla 50 Resultados datos panel estimación gasto en salud en logaritmos

GASTO EN SALUD - ESTIMACIÓN IBNR 2023

Variables	Efectos Fijos	Efectos Aleatorios	Efectos Fijos	Efectos Fijos: Heterocedasticidad, Correlación Serial y Contemporánea, Método (FGLS)
Constante	23,649	23,664	23,958	23,970
t/z estadístico ¹	(79,36)***	(48,64)***	(77,03)***	(118,16)***
Ln_Actividades x persona	1,735	1,723	1,735	1,725
t/z estadístico ¹	(7,46)***	(7,51)***	(7,46)***	(11,37)***
IBNR_5	0,047	0,047	0,047	0,047
t/z estadístico ¹	(2,43)***	(2,43)***	(2,43)***	(3,65)***
Mes_tiempo_2	-0,036	-0,036	-0,036	-0,046
t/z estadístico ¹	(-1,11)	(-1,12)	(-1,11)	(-2,44)**
Mes_tiempo_11	-0,058	-0,057	-0,058	-0,060
t/z estadístico ¹	(-1,72)*	(-1,73)*	(-1,72)*	(-3,14)***
α_i:Eps_2			0,454	0,453
t/z estadístico ¹			(9,51)***	(16,87)***
α_i:Eps_3			0,486	0,484
t/z estadístico ¹			(4,16)***	(5,8)***
α_i:Eps_4			0,506	0,503
t/z estadístico ¹			(13,71)***	(15,98)***
α_i:Eps_5			-2,386	-2,388
t/z estadístico ¹			(-63,26)***	(-56,95)***
α_i:Eps_6			-0,163	-0,161
t/z estadístico ¹			(-4,4)***	(-6,17)***
α_i:Eps_7			-1,348	-1,345
t/z estadístico ¹			(-38,81)**	(-54,66)***
α_i:Eps_8			-0,023	-0,019
t/z estadístico ¹			(-0,23)	(-0,28)
Observaciones	96	96	96	96
Individuos	8	8	8	8
R²			0,994	
R²: Within	0,43	0,43		
Between	0,06	0,06		
Overall	0,06	0,06		
Prueba todos los $B_i = 0$	F(4,84)	Wald chi²(4)	F(11,84)	Wald chi²(11)
Valor Prueba	15,56	63,07	1.192,30	31.955,19
Prob > F/ Chi²	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
corr(u_i, X_b)^{2/}	-0,1544	corr(u _i , X) = 0		
F_(7,84) test that all u_i=0	1757,66			
Prob > F	0,000			
Sigma_u	1,033	1,102		
Sigma_e	0,084	0,084		
Rho (fracción de la varianza a cargo de los u_i)	0,993	0,994		
Efectos temporales:	F(2,84)	Chi²(2)	F(2,84)	Chi²(2)
(Mes_tiempo_2, Mes_tiempo_11) = 0	2,10	4,24	2,10	16,04
Prob > F/ Chi²	0,13	0,12	0,13	0,0003
Breusch - Pagan Lagrangian multiplier: Prueba para modelo datos panel (efectos estáticos) vs. Pool de datos.				
Prueba: Var(u) = 0				
chi²(1)		519,48		
Prob > Chi²		0,00		
Hausman				
Prueba: H0: Diferencia en los coeficientes no es sistemática				
Chi²(4)		0,100		
Prob > Chi²		0,9989		
Rho: Correlación serial				0,19

1/ Efectos fijos (t -statistic), Efectos aleatorios y GLS (z -statistic).

* significativos al 10%; ** significativos al 5%; ***significativos al 1%

2/ Efectos fijos: corr(u_i, X_b) ≠ 0. Efectos aleatorios: corr(u_i, X) = 0

Cálculos: DBCYT - VPS - MSPS

No se identificó problema de multicolinealidad en el modelo de efectos fijos, pero si se identificaron problemas de correlación serial, correlación contemporánea y de heterocedasticidad. A partir de los resultados del modelo de efectos fijos, corrigiendo los

problemas encontrados, se construyó el triángulo de las reservas del IBNR, el cual se presenta a continuación:

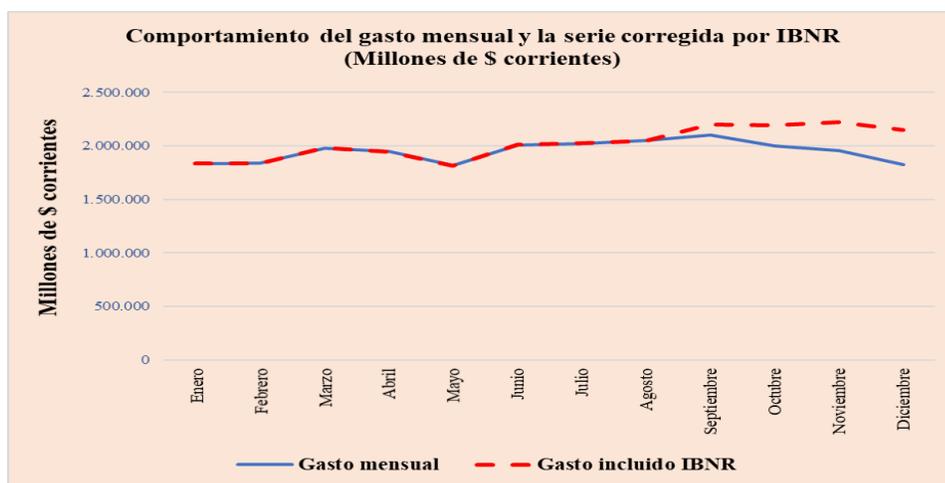
Tabla 51 Triangulo de las reservas del IBNR (millones de \$)

Mes/ días	30	60	90	120	150	180	210	240	270	300	330	360
Enero	1.833.829	1.922.277	2.014.992	2.112.178	2.214.052	2.214.052	2.214.052	2.214.052	2.214.052	2.214.052	2.214.052	2.214.052
Febrero	1.838.251	1.926.912	2.019.851	2.117.271	2.219.391	2.219.391	2.219.391	2.219.391	2.219.391	2.219.391	2.219.391	
Marzo	1.980.705	2.076.237	2.176.378	2.281.348	2.391.381	2.391.381	2.391.381	2.391.381	2.391.381	2.391.381		
Abril	1.948.616	2.042.601	2.141.118	2.244.388	2.352.639	2.352.639	2.352.639	2.352.639	2.352.639			
Mayo	1.817.796	1.905.471	1.997.375	2.093.712	2.194.695	2.194.695	2.194.695	2.194.695				
Junio	2.010.065	2.107.014	2.208.639	2.315.165	2.426.829	2.426.829	2.426.829					
Julio	2.024.114	2.121.740	2.224.075	2.331.346	2.443.791	2.443.791						
Agosto	2.049.853	2.148.720	2.252.357	2.360.992	2.474.866							
Septiembre	2.098.782	2.200.010	2.306.120	2.417.348								
Octubre	2.003.047	2.099.657	2.200.927									
Noviembre	1.953.976	2.048.220										
Diciembre	1.826.788											

Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

Con la anterior información se calcularon los factores de IBNR y los factores de desarrollo acumulados FDAIBNR, con lo cual se estableció el valor y el porcentaje de reservas del IBNR, que se presenta en la gráfica siguiente:

Gráfica 48 Comportamiento del gasto mensual y cálculo del IBNR



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

En la siguiente tabla se presentan los valores y el porcentaje del IBNR del gasto en salud.

Tabla 52. Reserva del IBNR del gasto en salud (millones de \$)

Mes	Gasto mensual	Gasto incluido IBNR	Reserva IBNR	Reserva IBNR %
Enero	1.833.829	1.833.829	0	0,00%
Febrero	1.838.251	1.838.251	0	0,00%
Marzo	1.980.705	1.980.705	0	0,00%
Abril	1.948.616	1.948.616	0	0,00%
Mayo	1.817.796	1.817.796	0	0,00%
Junio	2.010.065	2.010.065	0	0,00%
Julio	2.024.114	2.024.114	0	0,00%
Agosto	2.049.853	2.049.853	0	0,00%
Septiembre	2.098.782	2.198.985	100.203	0,43%
Octubre	2.003.047	2.189.911	186.864	0,80%
Noviembre	1.953.976	2.221.164	267.188	1,14%
Diciembre	1.826.788	2.152.308	325.520	1,39%
Total	23.385.820	24.265.595	879.775	3,76%

Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

Ajuste por trending inflacionario

Este ajuste se realiza empleando los datos de gastos mensuales de las EPS y el comportamiento del índice de precios al consumidor con corte a octubre de 2022. Se llevan los conceptos de los meses de enero a diciembre de 2021, a diciembre de 2022, y usando la inflación esperada se proyectan hasta el mes correspondiente en 2023.

Tal y como se observa en la tabla, los valores de las atenciones de enero de 2021 se proyectan a enero de 2023 con un incremento del 18,49%; el valor de febrero de 2021 a febrero de 2023 con un incremento del 18,42% y así sucesivamente. Las distintas variaciones en el incremento, se explican por el comportamiento histórico de las variaciones del IPC. En agregado y ponderado por el volumen de reclamación, se empleará un incremento ponderado de 19,03% para cualquier indexación que se realice por concepto de trending inflacionario, que equivale al promedio de los valores porcentuales.

Tabla 53. Trending para el Régimen Contributivo 2019-2021.

Fecha	IPC	Valor Total	Meses de Proy.	IPC 2021	Valor al periodo de aplicación	Variación
		(Millones de pesos)			(Millones de pesos)	
ene-21	105,91	1.594.930.821.815	ene-21	125,49	1.889.859.575.949	18,492%
feb-21	106,58	1.582.154.905.627	feb-21	126,21	1.873.615.173.787	18,422%
mar-21	107,12	1.764.307.947.220	mar-21	126,94	2.090.708.047.817	18,500%
abr-21	107,76	1.758.844.896.619	abr-21	127,67	2.083.732.573.383	18,472%
may-21	108,84	1.628.269.556.387	may-21	128,40	1.920.844.667.506	17,968%
jun-21	108,78	1.802.851.502.368	jun-21	129,13	2.140.167.841.424	18,710%
jul-21	109,14	1.812.934.839.858	jul-21	129,87	2.157.335.220.653	18,997%
ago-21	109,62	1.857.754.235.480	ago-21	130,62	2.213.605.914.446	19,155%
sep-21	110,04	1.886.968.625.461	sep-21	131,37	2.252.674.264.628	19,381%
oct-21	110,06	1.822.226.947.586	oct-21	132,12	2.187.457.945.126	20,043%
nov-21	110,60	1.785.779.874.581	nov-21	132,88	2.145.467.840.686	20,142%
dic-21	111,41	1.654.538.219.900	dic-21	133,64	1.984.651.685.535	19,952%

Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

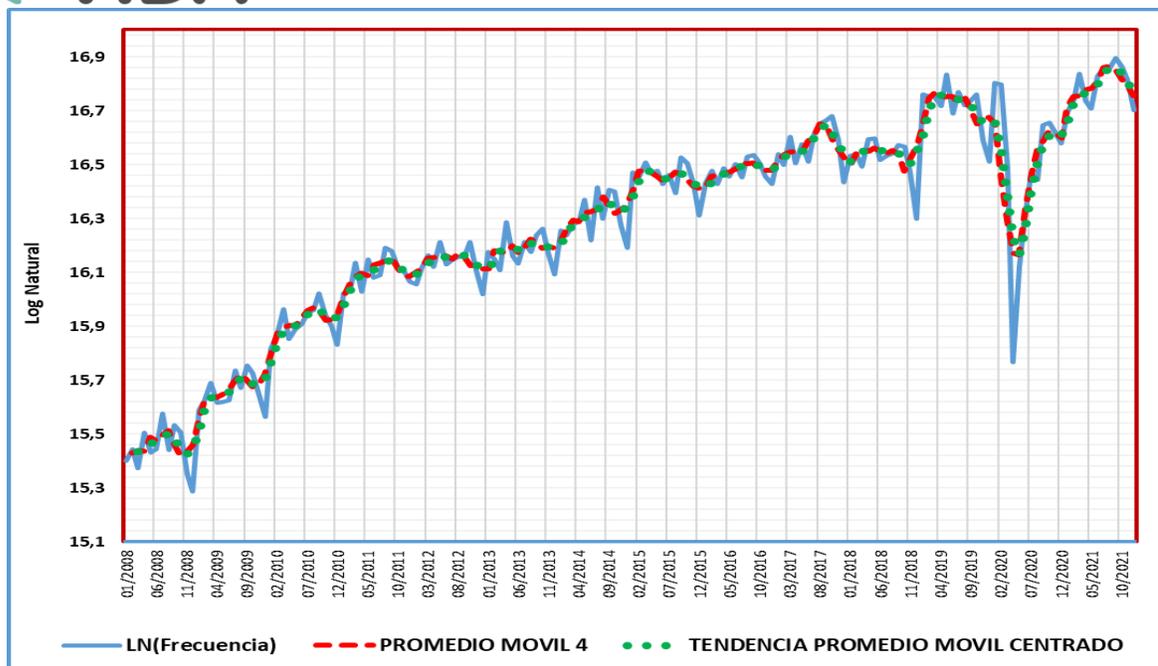
IPC Fuente: Departamento Nacional de Estadísticas DANE a octubre 2022.

Ajuste por análisis de frecuencias

La serie de registros se trabajó en términos de logaritmos para reducir la varianza de los datos. A partir de esta serie, se calculó el promedio móvil de orden cuatro y luego se construyó el promedio móvil centrado.

A continuación, se presenta la evolución de la serie de registros de actividades en términos de logaritmos, su promedio móvil de orden 4 y el promedio móvil centrado. La serie presenta un comportamiento creciente a lo largo del tiempo, con crecimientos y decrecimientos para el periodo analizado.

Gráfica 49 Evolución de Registro de Actividades en Logaritmos



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

Con la serie del promedio móvil centrado, se procedió a identificar el componente de tendencia de los datos. Para ello se revisaron varios polinomios y de logaritmo. En el gráfico 2 se presentan los principales resultados de la tendencia lineal, polinómica de orden 2, 3, 4, 5 y logarítmica.

El gráfico a) presenta la tendencia lineal, el gráfico b) presenta la tendencia polinómica de orden 2, el gráfico c) presenta la tendencia polinómica de orden 3, el gráfico d) presenta la tendencia polinómica de orden 4 y el gráfico e) presenta la tendencia polinómica de orden 5, mostrando un R2 alto en cada una de las 5 formas de tendencias.

Asimismo, varios de los coeficientes de todas las variables de los diferentes polinomios resultaron significativos estadísticamente. Sin embargo, en la tendencia lineal y los polinomios de orden 3, 4 y 5 presentan una tendencia creciente y explosiva en el tiempo.

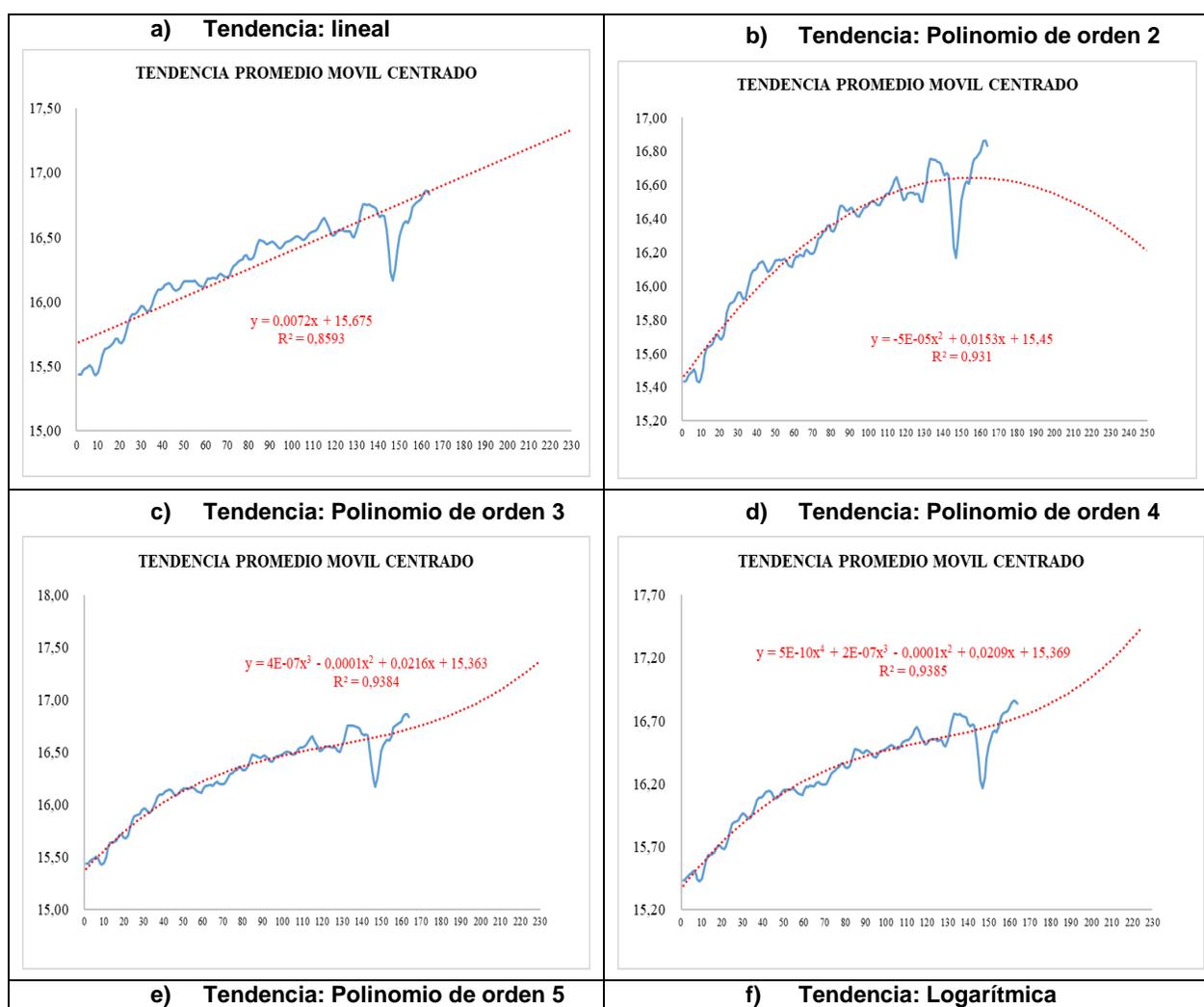
En la tendencia del polinomio de orden 2 se observa una tendencia explosiva y decreciente en el tiempo.

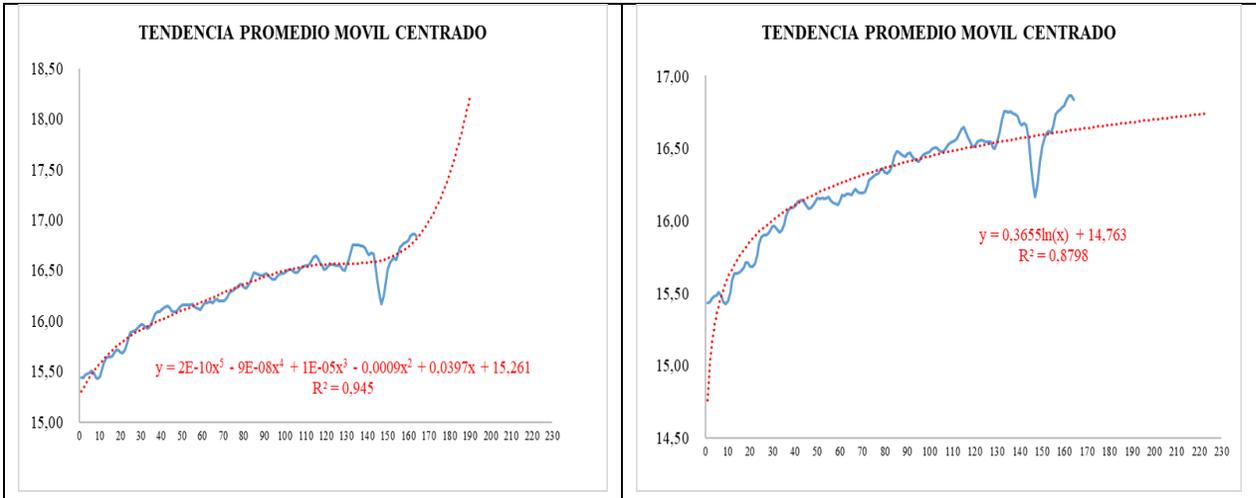
Finalmente, el gráfico f) presenta la tendencia en logaritmo la cual tiende a estabilizarse en el tiempo con crecimientos moderados, un R2 alto y resultado ser significativa estadísticamente en sus coeficientes.

Como complemento a la tendencia identificada como logarítmica se incluyeron en el cálculo de la tendencia variables dicotómicas para identificar los picos de la serie en el tiempo. Los resultados de la tendencia en logaritmos con las variables dicotómicas muestran un R2 de 0,98 superior al encontrado con la tendencia solo en logaritmos (R2 = 0,88) y todos los coeficientes encontrados, son significativos estadísticamente al 1%, con lo cual se pudo identificar mejor la tendencia de la serie.

Como resultado de lo anterior, se procedió a utilizar la tendencia en logaritmos, en la medida que el modelo presento un error cuadrático medio (ECM) del 5,49% de toda la serie de procedimientos utilizados para la estimación de la tendencia de frecuencias, como ajustador de la UPC.

Gráfica 50 Identificación del componente de Tendencia para la variable de Frecuencias

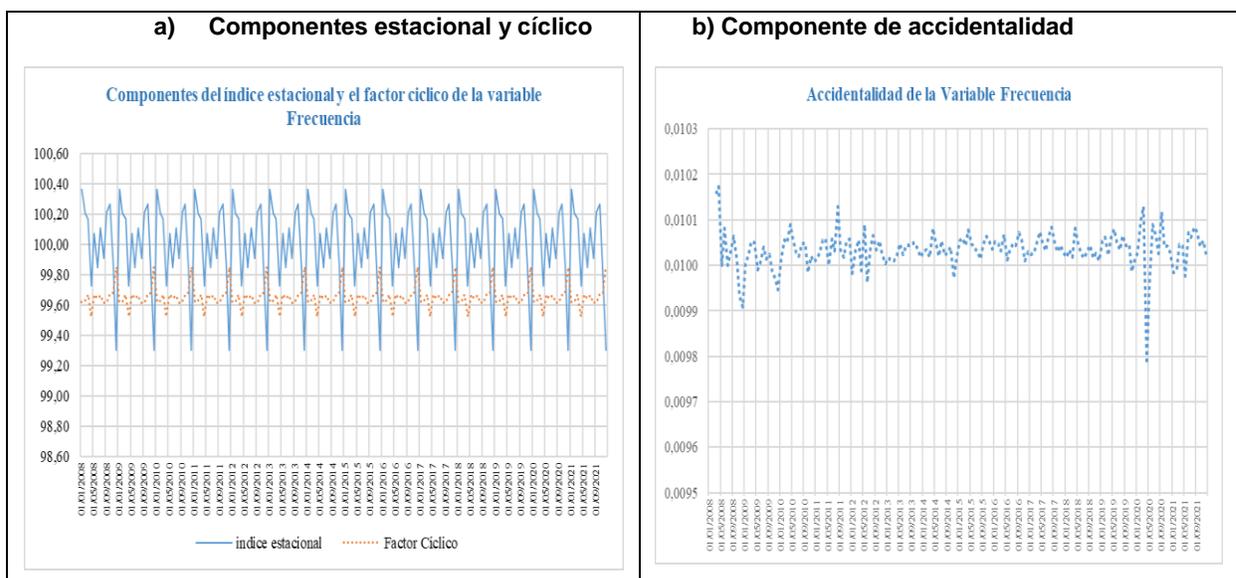




Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

Una vez identificada la tendencia de la serie, se procedió a calcular los componentes de estacionalidad, cíclico y accidentalidad (ver gráfico 3). En el gráfico a) se presentan los componentes de estacionalidad (índice de variación estacional) y el componente cíclico de la serie; en el gráfico b) se presenta el componente de accidentalidad de la serie. Finalmente, con la identificación de los cuatro componentes de la serie se procedió a calcular los valores estimados y las proyecciones hasta el año 2023.

Gráfica 51. Componente estacional, cíclico y accidentalidad de la frecuencia

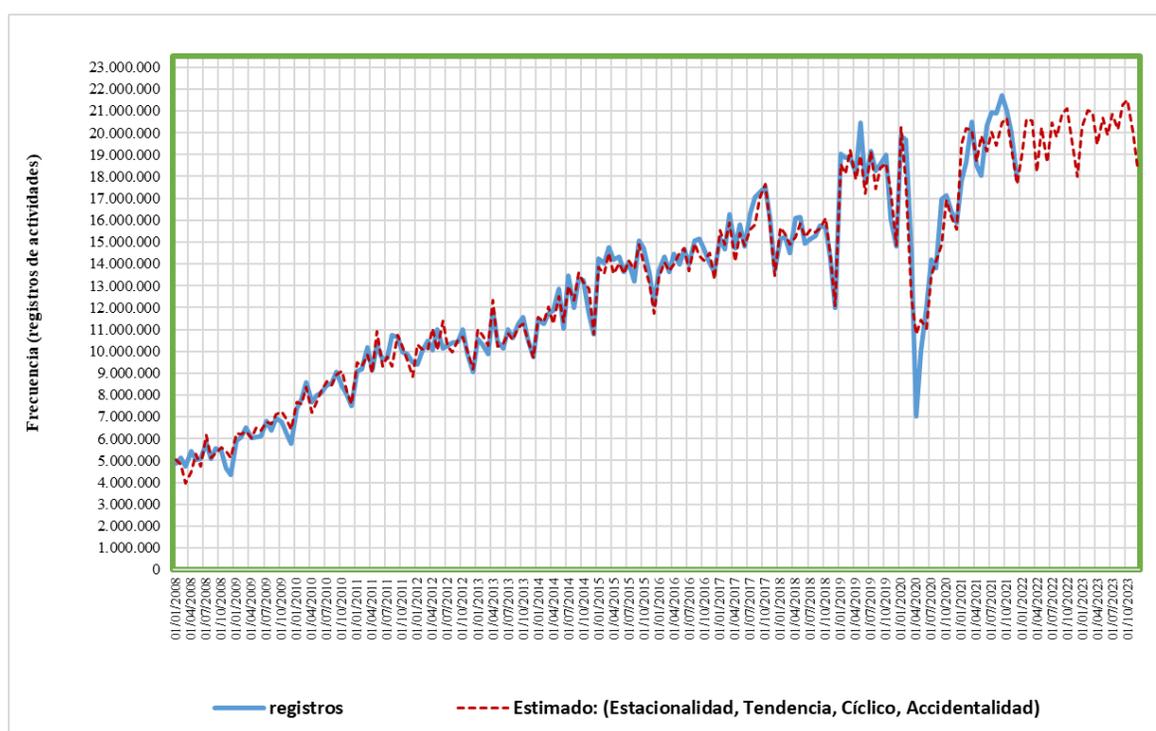


Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

El error cuadrático medio de la serie de frecuencia (Registros de actividades) de todo el periodo fue del 5,49%, el cual está dentro de los parámetros permitidos ante la variabilidad de la serie.

En el gráfico anterior, se presenta la evolución de la serie original de registros junto con la estimación de la serie para el periodo 2008-2021 y la proyección del comportamiento para los años 2022 y 2023. Con los resultados de las proyecciones se procede a calcular el crecimiento de la frecuencia de la serie, la cual será tenida en cuenta para el cálculo del crecimiento de la UPC del año 2023.

Gráfica 52. Registro de actividades (Frecuencia): Identificación de los componentes de tendencia, estacionalidad, cíclico y accidentalidad



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios 2021. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2022

Corrección por faltantes de exposición

Los procesos de compensación no son inmediatos y suelen evidenciar rezagos de procesos pasados. De hecho, cerca del 1,86% de las compensaciones que se hacen en un año corresponden a vigencias anteriores. Dadas estas características, la medida de expuestos, la cual toma como referencia las compensaciones a una fecha de corte, se encuentra

subvaloradas por cuanto compensaciones de asegurados con derecho en el período de exposición, se llevarán a cabo con posterioridad a la fecha de corte del análisis.

Consecuencia de lo anterior, el número de expuestos en cada cálculo debe ser ajustado apropiadamente para recoger el faltante de compensación. La metodología para cuantificar el ajuste que es necesario por concepto de estos expuestos faltantes, emplea la técnica de triángulos de desarrollo de *Chain Ladder* para su estimación, describiéndose en un triángulo, el mes de derecho de compensación, versus los meses siguientes en los cuales se llevó a cabo la compensación de manera efectiva a la EPS. De esta manera, se puede ver cómo fueron desarrollados los procesos de compensación en el tiempo y estimar en consecuencia, el monto faltante por compensar.

Ajuste por procedimientos, medicamentos y dispositivos que no hacen parte de la financiación de tecnologías en salud y servicios con recursos de la UPC, y cumplen con los criterios definidos en la norma. Este valor hace referencia aquellas tecnologías en salud que son entregadas por las EPS a los afiliados sin estar financiadas por la UPC y cuyo valor corresponde a la diferencia en costo contra la tecnología homóloga financiada por la UPC. Este valor es analizado por la Subdirección de beneficios de acuerdo con el reporte realizado por las EPS, para la vigencia 2023 no se evidencia tecnologías o servicios de salud que cumplan con las características definidas.

Ajuste de riesgo y estimación de los ponderadores de riesgo de la UPC.

Dado que el ponderador definido a través del Acuerdo 026 de 2011 afecta la indicación de incremento, se estima el impacto de su aplicación en **\$ 510.523.746.974**. El incremento de este valor se debe a que la variación de concentración de afiliados mayores de 50 años se presentó en más EPS, entrando a formar parte de este ponderador las EPS005, EPS010, EPS012, EPS042, y EPS048 con un 2% y la EPS037 con un 4%.

Impacto financiero por la inclusión de Vacunación para el COVID- 19

Dada la declaratoria de emergencia social, económica y ecológica con el fin de dar respuesta oportuna a la pandemia vivida en a nivel mundial se crea el fondo de mitigación de emergencia a través del cual se financia los biológicos y la aplicación de la vacuna, sin embargo una vez terminada la emergencia y siendo el COVID -19 una enfermedad recurrente, es necesario

financiar la aplicación de la misma a través de los recursos de la UPC, para ello la Dirección de Promoción y Prevención realizó la estimación de la población a la cual se debería aplicar la vacuna, con estos insumos, el valor a aplicar dentro del cálculo de la UPC asciende a **\$13.501.198.091**

Cuenta de alto costo

La Cuenta de Alto Costo es una entidad no gubernamental, que en conjunto con el Ministerio de Salud y Protección Social, realiza los mecanismos de redistribución de recursos entre las distintas EPS del sistema, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, el cual busca reducir los incentivos a la selección adversa, la concentración de riesgos en una EPS y las presiones a la no atención de pacientes con enfermedades de alto costo, así mismo incentiva la atención oportuna de los pacientes diagnosticados con las patologías definidas por el ente rector, a partir de medición de indicadores de gestión.

Dado que estos ingresos se destinan a cubrir las tecnologías en salud y servicios con cargo a la UPC, los recursos asignados ya sea del Régimen Subsidiado con destino al Contributivo o viceversa, deben entrar a balancearse dentro de la UPC.

En este orden de ideas, la transferencia neta de estos recursos será cargada como ingreso en la ecuación de indicación de tarifa, sumando para el año 2021 el monto asignado como consecuencia de la aplicación de lo dispuesto en la Resolución 185 de 2017 por medio de la cual se reconocen recursos para los pacientes con ERC estadio 5 con sus principales precursoras, la Resolución 1912 de 2015 por medio de la cual se reconocen recursos para los pacientes con VIH/Sida, la Resolución 975 de 2016 que los reconoce para el manejo de la enfermedad huérfana "déficit congénito del factor VIII" (Hemofilia A Severa) y la Resolución 3339 de 2019 por medio de la cual se reconocen recursos para los pacientes diagnosticados con alguno de los 11 cánceres priorizados. Por estos conceptos se suman ingresos a cargo de la indicación de UPC **\$ 91.423.389.811**

Ingresos por copagos y cuotas moderadoras

La fuente de información para estos valores son los estados financieros de las EPS con corte al 31 de diciembre de 2021, para estimar la relación entre los ingresos y los costos en base de datos y proyectar los recaudos futuros por este concepto, teniendo en cuenta que los mismos se convierten en la cofinanciación de los servicios y tecnologías de salud. Como resultado de lo anterior, se cargan ingresos para el año 2021 de un 2,94% de los costos.

Indicación del incremento

Al tomar en cuenta todos los requerimientos de la prima para cubrir las distintas obligaciones, así como todos los ingresos, se estima que para el año 2023 con base en la UPC de 2022, se contaría con un total de **\$35.250.910.677.885,60** de ingresos exclusivos de esta fuente equivalente a una UPC promedio por afiliado de **\$ 1.536.584**

Considerando el factor de ajuste por concentración de riesgo etario, los ingresos por UPC alcanzarían **\$35.761.434.424.859** es decir, se incrementarían en 1,45% para aquellas EPS que cumplan las condiciones establecidas para este factor de ajuste

La sumatoria de todos los demás ingresos alcanza un total de **\$36.833.032.737.193** mientras que los costos se estima que ascenderán a **\$34.840.285.837.345**, por lo que el radio de pérdida asciende a **104,19%**. En razón a lo anterior, la indicación de incremento es de **16,23%**.

Régimen Subsidiado

Dado que la información suministrada por las EPS del Régimen Subsidiado, a pesar de que ha aumentado la calidad de la misma y al indicador compuesto desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social con el fin de obtener mejor información para realizar la estimaciones necesarias para la fijación de la UPC correspondiente a este régimen, aun presenta dificultades que no permiten la aplicación de la metodología actuarial, debido a consistencia interna de la información, como se expresó en apartados anteriores, la extensión de uso en departamentos como Bogotá supera el 100% es decir existe más prestaciones reportados que afiliados equivalentes a las EPS de la selección; por lo anterior el incremento será el mismo establecido para el Régimen Contributivo que se ubica en el 16,23% para la vigencia 2023.

Así mismo, y dado la falta de reporte de dos EPS indígenas, se establece el valor de reconocimiento en el 4,81% para las EPS AnasWayuu, Dusakawi, Mallamas y Pijaos, manteniendo el piloto de la EPSI03 AIC; el cual se encuentra en proceso de evaluación por parte de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del aseguramiento en Salud.

Evaluación de la suficiencia de UPC para las actividades diferenciales en el marco del modelo diferencial de Guanía

A partir de lo establecido en los apartes anteriores en cuanto a los recursos adicionales necesarios para la continuidad del modelo diferencial establecido en el Departamento de Guainía,

se realiza el cálculo de acuerdo con el enfoque per cápita presentando, estableciendo un incremento adicional sobre la UPC reconocida al departamento del 6,34% para el Régimen Subsidiado ubicando, lo cual establece un reconocimiento igual al 17,81% sobre la UPC base.

Conclusiones y Recomendaciones

Aunque la población colombiana continúa siendo mayoritariamente joven, lo cual significa un potencial de capacidad productiva, la creciente tendencia del índice de envejecimiento, que aún más alto en la población afiliada al SGSSS, genera una expectativa de gasto superior en las próximas décadas, debido al incremento de las enfermedades crónicas y discapacitantes. Lo anterior, fundamenta la importancia de desarrollar políticas públicas que fortalezcan los niveles de productividad de la población y que fomenten en las personas una cultura de autocuidado y manejo de riesgos, capaz de anticiparse a posibles desenlaces negativos para la salud y calidad de vida.

Por su parte, Colombia para el año 2021 se encuentra en la fase 2 del bono demográfico, es decir, la relación de dependencia es decreciente, aunque menor a dos por cada tres personas en edades económicamente activas, sin embargo, el comportamiento proyectado de esta relación prevé un período de transición hacia la tercera fase del bono. De manera general se ha observado que, las relaciones de dependencia por edad joven y por edad avanzada del Régimen Subsidiado son mayores en comparación con el Régimen Contributivo y con las proyecciones del DANE.

En términos de uso de los servicios de salud, se observó un cambio en la tendencia, debido a una disminución en la extensión de uso en el año 2021, que en relación al promedio de los años 2014 a 2020 fue del 80%, frente al 77,7%, del año de referencia. Dicho cambio coincide con el evento relacionado a la emergencia sanitaria por la pandemia debida al COVID-19, en el que se realizaron acciones de cuarentenas extendidas a través del año. En el análisis por régimen, la extensión de uso de las EPS seleccionadas en el Régimen Contributivo sigue siendo mayor que las EPS seleccionadas en el Régimen Subsidiado, que para el año 2021 fue de 82,4% y 71,1% respectivamente.

En cuanto a la morbilidad durante la vigencia 2021, se observa una reducción general en la tasa de los eventos reportados con respecto a vigencias previas a la pandemia, que bien podría

derivarse de las distintas medidas de priorización y reorganización de servicios adoptadas para contener y mitigar la emergencia sanitaria en curso, situación esta, que probablemente condujo al aplazamiento de algunos diagnósticos y retrasos en los tratamientos, lo que terminó afectando el comportamiento de la morbimortalidad

En la configuración de la morbilidad registrada, si bien se observan motivos de contacto con los servicios de salud similares a los que se usualmente se han presentado en el país durante periodos anteriores a la pandemia, es evidente la reducción de las tasas globales de los eventos por afiliados en ambos regímenes, más notoriamente en el Régimen Subsidiado. En general, la tendencia esboza una migración del patrón epidemiológico que es consecuente con los cambios demográficos de envejecimiento poblacional, evidenciando la atención de una carga de enfermedad crónica de inicio más temprano y que seguramente, demanda mayores niveles de complejidad para resolver múltiples comorbilidades; esto continúa afectando con mayor intensidad a la población del Régimen Contributivo, la cual presenta un mayor índice de envejecimiento.

El perfil del Régimen Subsidiado, afectado por las deficiencias de la información reportada, muestra una reducción muy marcada de las tasas de los eventos en los hombres, y en ambos sexos, la pendiente de cronicidad comienza a edades tempranas, igualándose a la del Régimen Contributivo para el caso de la Hipertensión Arterial y EPOC. Las enfermedades agudas, tanto respiratorias como digestivas, predominan en los niños, no obstante, la salud oral se encuentra afectada en una amplia franja de población de ambos sexos en todos los grupos etarios, expresándose principalmente en entidades tales como la Caries de la dentina, Gingivitis aguda y crónica de inicio temprano.

Con respecto a la mortalidad, a pesar de que aproximadamente la mitad de los diagnósticos reportados corresponden a causas inespecíficas, los eventos crónicos de mayor frecuencia en el Régimen Contributivo son la Hipertensión Arterial, que ocupa el primer renglón en ambos sexos (17% de la tasa global en mujeres y 14,17% en hombres), seguido por el COVID-19 (4,85% de la tasa global en mujeres y 6,4% en hombres), la DM (4,78% de la tasa global en mujeres y 5% en hombres), la ERC (3,66% de la tasa global en mujeres y 4% en hombres) y EPOC (3,47% de la tasa global en mujeres y 3,6% en hombres). Posteriormente, se observan en diferentes órdenes, entre mujeres y hombres, otros eventos como Neoplasias (a expensas principalmente

de mama y cuello uterino en mujeres y próstata y estómago en hombres), Infección de vías Urinarias, Enfermedad de Alzheimer y Demencias.

El Régimen Subsidiado, aun cuando presenta mayor nivel de inespecificidad en sus diagnósticos, muestra un perfil similar al del Contributivo, aunque con diferentes pesos y órdenes de los principales eventos. Es así como la Hipertensión Arterial, igualmente ocupa el primer lugar dentro de las causas de eventos mortales en ambos sexos (13,68% de la tasa global en mujeres y 11,93% en hombres), seguido por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (4,34% de la tasa global en mujeres y 5,27% en hombres), el COVID-19 (4,02% de la tasa global en mujeres y 4,7% en hombres), la Infección de Vías Urinarias (3,38% de la tasa global en mujeres y 3,66% en hombres), la ERC (2,51% de la tasa global en mujeres y 2,48% en hombres) y otras causas en distintos órdenes entre mujeres y hombres, como son la Diabetes Mellitus, Neoplasias (con perfil similar al del Régimen Contributivo), Enfermedad Isquémica Cardíaca y Desnutrición.

La morbilidad de eventos adversos derivados de la prestación de los servicios de salud muestra diferencias significativas entre los dos regímenes. Es así que, en el Régimen Contributivo, se observa un posible subregistro que limita el análisis; la mayor proporción de eventos corresponde a problemas no especificados relacionados con otros servicios médicos y de salud y efectos adversos de vacunas virales. Por su parte, el Régimen Subsidiado reporta un mayor número de eventos, principalmente relacionados con otras complicaciones especificadas de la atención médica y quirúrgica no clasificadas en otra parte, complicación mecánica de dispositivos anticonceptivos en las mujeres, y complicación mecánica de lentes intraoculares en los hombres.

Para todos los efectos, es necesario continuar incentivando la calidad del reporte de información desde el prestador de servicios de salud a las aseguradoras y de estas entidades al Ministerio de Salud y Protección Social, especialmente en lo atinente al uso de nomencladores (diagnósticos y prestaciones) y el ámbito en el cual se realizan.

En relación con las distribuciones de las poblaciones por Zona UPC y Grupo Etario de las EPS seleccionadas para este estudio, en ambos regímenes en los resultados obtenidos en las pruebas poblacionales no se evidencia que las distribuciones de estas EPS sean diferentes a la población compensada en general. Es de observar que, en el Régimen Contributivo, el

estadístico de prueba apenas supera el 12% en la Zona Especial, por lo que se sugiere realizar mejoras en el reporte de las entidades del régimen con mayor presencia en esta zona y que no han superado los criterios de selección.

La actualización realizada durante el año 2021 que entró en vigencia a partir del 1 de enero de 2022, incrementó las tecnologías y servicios de salud que la población colombiana se le garantiza para la atención integral de todas de las patologías presentes en el país, para la vigencia 2023, este paquete de beneficios se mantiene y se garantiza su financiación teniendo en cuenta que la UPC se relaciona de manera directa con las tecnologías y servicios de salud definidos.

En cuanto al comportamiento del gasto reportado por las EPS del Régimen Contributivo, se observa incremento del mismo en el 35.55% y un incremento en el número de registros de 34.42%, es importante tener en cuenta que año de comparación es un año atípico debido a la pandemia vivida a nivel mundial durante el año 2020, que afectó las atenciones en todos los ámbitos de atención.

Al analizar por tipo de prestación, se puede observar un incremento en los procedimientos del 37,92% y el 42,30% en valor y registros respectivamente. Además, se observa un comportamiento al alza tanto en valor como en número de registros de medicamentos del 26,19% y de 24,91% respectivamente, finalmente los insumos presentan un incremento en el valor reportado del 28,64% y un incremento en los registros reportados del 6,69%. La severidad promedio obtenida es de \$49.519 por actividad, valor que en el año de estudio es superado por las EPS Sanitas, Comfenalco, Famisanar y SOS. Con todo y lo anterior, las EPS con severidad inferior al promedio nacional son Salud Total, Sura y Nueva EPS.

En cuanto a la frecuencia promedio se ubica en 23,54 lo cual significa que, en promedio, para las EPS de la selección del Régimen Contributivo, por afiliado equivalente, se realizan 23 actividades entre procedimientos, insumos y medicamentos (esto a partir del número de registros mas no de las dosis entregadas), esta frecuencia es superada por Nueva EPS.

En cuanto a la suficiencia de la UPC, si el nivel actual de la UPC se aplicara al año 2023, este sería insuficiente para financiar el conjunto de tecnologías en salud y servicios que hacen parte de la financiación con dicha fuente. En consecuencia, la indicación del incremento es del 16,23%

El radio de pérdida incluye la financiación de:

- Tecnologías en salud (procedimientos, medicamentos, insumos, dispositivos médicos, quirúrgicos y servicios) financiadas con recursos de la UPC
- La corrección por IBNR.
- La corrección de población por faltantes de exposición.
- La corrección por trending inflacionario, frecuencias y factores no inflacionarios.
- El impacto del ponderador por concentración de grupo etario (Acuerdo 26).
- Continuidad con la implementación durante el año 2023 de la progresividad de la ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud, según lo establecido en la Resolución 276 de 2019, la cual no presenta variación dado lo sucedido en el año 2020, que no permitió la evaluación de estas atenciones.

Al radio de pérdida del Régimen Contributivo se le reconoce la prima adicional para el Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina del 37,9%⁷, dadas las condiciones particulares de operación. Así mismo, se reconocen primas adicionales para zonas dispersas, del 10%, y para las zonas ciudades del 9,86%.

En el Régimen Subsidiado, persiste la falta de información con calidad por parte de las aseguradoras que se encuentran habilitadas en este régimen a pesar de los esfuerzos realizados por los diferentes actores del SGSSS, no es posible establecer la prima para este régimen que reconozca el comportamiento del mismo, sin embargo la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Operación del aseguramiento en salud recomendó al Ministerio de Salud y Protección Social que dando continuidad a la senda que se ha presentado a la Honorable Corte Constitucional, la indicación de tarifa se estima en el 16,23% igual a la definida en el régimen contributivo.

Se continuará por un año más con la prueba piloto con la EPSI03 AIC, periodo durante el cual se culminará la evaluación de dicho piloto en los diferentes componentes establecidos mediante el Decreto 1953 de 2014 y en el marco del Decreto 1811 de 2017, en donde se estableció en el artículo 7, *“Identificación de diferenciales en salud para la población indígena. El Ministerio de Salud y Protección Social para la definición del valor adicional de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC), reconocida a las Entidades Promotoras de Salud Indígenas EPSI por disposición de la Ley 691 de 2001, tendrá en cuenta la información que para el efecto reporte la*

⁷ Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2014.

Asociación Indígena del Cauca - EPSI como piloto en la identificación de actividades diferenciales en salud para la población indígena, la cual se podrá reconocer a otras EPSI, previo reporte de la información que soporte dicho valor diferencial". Dicho porcentaje continúa en el 12% dada la deficiencia del reporte; para las demás EPSI este porcentaje se ubica en el 4,81% para la financiación de las actividades diferenciales indígenas, porcentaje que no presenta modificaciones dada la baja calidad de la información presentada por estas entidades.

Así mismo, se reconoce el 11,47% para las zonas dispersas y el 15% para la zona de ciudades, para todo el Régimen Subsidiado, se mantiene la igualación de la prima pura al 100% entre el régimen contributivo y subdivido para el archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina.

Dadas las condiciones de operación del modelo diferencial del Departamento del Guainía, se reconoce una prima diferencial del 17.81% reconociendo actividades diferenciales propias del modelo y partiendo la información suministrada por la Secretaría de Salud del departamento.

Siguiendo con los factores de ajuste de riesgo de la UPC, de acuerdo con la información analizada al desarrollar la metodología de *Loss Ratio*, las relatividades actuales de la UPC reflejan las diferencias en los costos asociados a los distintos grupos etarios. Así mismo, al comparar la estimación de ajuste de riesgo por zonas geográficas con las indicaciones de los ponderadores actuales y tomando como referente los grupos geográficos establecidos, el ponderador de zona especial continúa presentando un costo menor al valor de la UPC promedio.

En definitiva, la recomendación realizada por este Ministerio a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Operación del aseguramiento en salud es incrementar en 16.23% la UPC para el año 2023, con respecto a 2022.

Referencias

- DANE. (AGOSTO de 2021). DANE. Recuperado el AGOSTO de 2021, de Proyecciones de población: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- Lehmann, E. (2006). *Nonparametrics: Statistical Methods Based on Ranks*. New York: Springer-Verlag.
- NU. CEPAL. CELADE. (2012). *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. CEPAL.
- Instituto de Métricas y Evaluación en Salud. (2017). *Global Burden of Disease*. Obtenido de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Restrepo, J., & Mejía, A. (2006). La unidad de pago por. *Revista vía salud*, 14-20.
- Saad, P., Miller, T., Martínez, C., & Holz, M. (2012). *Juventud y bono demográfico en Iberoamérica*. OIJ, CEPAL, CELADE.
- Salinas, M. (Abr - Jun de 2008). Modelos de Regresión VI. Análisis de Supervivencia. *Ciencia & Trabajo*(28), 75-78.
- Villanueva, D. (2015). *Metodologías de cálculo de la reserva de siniestros ocurridos y no avisados IBNR*. Bogotá: Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano. Obtenido de <http://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/651/METODOLOGIAS%20DE%20CALCULO%20DE.....%20%28IBNR%29.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Anexos

Anexo 1. Variables Poblacionales

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Tipo de identificación	Tipo de identificación	Llave principal, identificar persona Verificar derechos, identificación, registros, duplicados	Cobertura, intensidad	
	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación			
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	Cálculo de edad y grupos etario y análisis por grupo etario y sexo.	Análisis por grupo etario y sexo de: afiliación y estructura demográfica.	Características población, factor de ajuste
Sexo	Sexo del grupo de afiliados			
Código departamento	Código del departamento donde reside el afiliado			
Código municipio	Código del municipio donde reside el afiliado	Análisis por zona geográfica	Análisis por zona geográfica de: afiliación y estructura demográfica	Características regionales, factor de ajuste
Zona geográfica	Zona normal, especial o conurbado donde reside el afiliado			
Nivel de Sisben	Nivel de Sisben de los afiliados al Régimen Subsidiado	Análisis socioeconómico	Análisis por nivel de Sisben e IBC: afiliación y estructura demográfica	Características socioeconómicas
IBC	IBC de los afiliados al Régimen Contributivo			
Afiliados compensados equivalentes (RC)	Usuarios compensados equivalentes por grupo etario y sexo para el período	Denominador de la población con derecho a la atención	Estructura población	Características población
Afiliados liquidados equivalentes (RS)	Usuarios liquidados equivalentes por grupo etario y sexo para el período	Denominador de la población con derecho a la atención	Estructura población	Características población

Tipo de afiliado	Tipo de afiliado	Cálculos por tipo de afiliado	Análisis de afiliación	Características de aseguramiento
Fecha de afiliación al SGSSS	Fecha de afiliación al SGSSS	Cálculo de la antigüedad en el SGSSS	Análisis de afiliación	Características de aseguramiento

Anexo 2. Variables de Servicios

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA	PROCEDIMIENTOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS	IBNR
Prestador de servicios de salud	Código del Prestador de Servicios Salud	Análisis por prestador de servicios de salud	Análisis por prestador de servicios de salud de: indicadores de morbilidad, frecuencias de uso y costos de los servicios	Utilización y costo	X	X	X	
Tipo de identificación	Tipo de identificación	Llave principal, identificar persona	Cobertura, intensidad		X	X	X	X
identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	Verificar derechos identificación registros duplicados Clasificar diagnósticos para prevalencia			X	X	X	X
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	Cálculo de edad y grupos etario y análisis por grupo etario y sexo	Análisis por grupo	Características población, uso y costos	X	X	X	
Sexo usuario	Identificador de sexo del afiliado		etario y sexo de: morbilidad, indicadores de frecuencias de uso y costo, modelos de ajuste, equidad		X	X	X	
Código del municipio	Código del municipio DANE	Análisis por zona geográfica; variable de ajuste	Análisis por zona geográfica de: morbilidad, indicadores de frecuencias de uso y costo, modelos de ajuste, equidad	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X	X	X	
Código de diagnóstico principal	Código de diagnóstico principal	Perfil epidemiológico Coberturas, Tendencias, Variable de ajuste	Morbilidad, Incidencia Prevalencia Indicadores de SP Modelos de ajuste	Perfil epidemiológico, costo, factores de ajuste	X	X	X	
Código de diagnóstico relacionado	Código de diagnóstico relacionado				X	X	X	
Ámbito de prestación del procedimiento o medicamento	Identificador para determinar el ámbito de prestación según la ubicación	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUPS	Frecuencias de uso Coberturas Intensidad de uso, tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X	X	X	
Forma de reconocimiento y pago del procedimiento	Clasificar el procedimiento según tipo de forma reconocimiento y pago	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUPS	Frecuencias de uso Coberturas Intensidad de uso, tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X	X	X	X

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA	PROCEDIMIENTOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS	IBNR
Valor del procedimiento, medicamento o insumo	Valor reconocido por la aseguradora al prestador por concepto de la atención	Estructura de costos	Costo promedio	Costo	X	X	X	
Valor asumido por el usuario (cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	Estructura de costos	Costo promedio	Costo	X	X	X	
Fecha de prestación de servicio, o insumo	Fecha en que fue prestado el servicio	Validación de correspondencia al período; identificación registros duplicados; cálculos incidencia; periodicidad de las atenciones o diagnóstico	Morbilidad Incidencia Prevalencia	Perfil epidemiológico, utilización	X		X	
Código del procedimiento, o insumo	Código del procedimiento en CUPS o insumo	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUPS o insumo	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X		X	
Número de días estancia normal	Suma de los días de estancia facturados en cualquier servicio	Relación entre procedimientos y días de estancia	Costo promedio	Utilización de los servicios	X			
Código del medicamento dispensado	Código del medicamento dispensado CUM	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUM	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Fecha de dispensación del medicamento	Fecha de entrega o suministro del medicamento.	Validación de correspondencia al período; identificación registros, duplicados; cálculos incidencia; periodicidad de las atenciones o diagnóstico	Morbilidad Incidencia Prevalencia	Perfil epidemiológico, utilización		X		
Cantidad del medicamento dispensada	Cantidad del medicamento dispensada reporte en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUMS O ATC según tipo de registro	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Código del medicamento dispensado	Código del medicamento dispensado ATC	Utilización de tendencias de los procedimientos en ATC	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA	PROCEDIMIENTOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS	IBNR
			Uso, Tendencias					
Concentración del medicamento dispensado	Principio activo contenido en la misma unidad de dispensación del medicamento	Utilización de tendencias de los procedimientos en ATC	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Unidad de concentración	Corresponde a la unidad de medida de la cantidad de principio activo dispensado	Utilización de tendencias de los procedimientos en ATC	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Forma farmacéutica	Corresponde a la forma farmacéutica del medicamento dispensado	Utilización de tendencias de los procedimientos en ATC	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Unidad de medida de la dispensación	Corresponde a la unidad mínima de la medida del medicamento dispensado en la que se realiza el reporte de dispensación	Utilización de tendencias de los procedimientos en ATC	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Fecha de prestación del procedimiento NO POS	Fecha de realización del procedimiento NO POS	Validación de correspondencia al período; identificación registros duplicados; cálculos incidencia; periodicidad de las atenciones o diagnóstico	Morbilidad Incidencia Prevalencia	Perfil epidemiológico, utilización	X	X		
Código del procedimiento NO POS	Código del procedimiento NO POS en CUPS	Utilización de tendencias de los procedimientos NO POS en CUPS	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X			
Ámbito de prestación del procedimiento o medicamento	Identificador para determinar el ámbito de prestación según la ubicación	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUPS - CUM	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X	X		
Forma de reconocimiento y pago del procedimiento o medicamento NO POS	Clasificar el procedimiento o medicamento NO POS según tipo de forma reconocimiento y pago	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUPS - CUM		Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste	X	X		

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA	PROCEDIMIENTOS	MEDICAMENTOS	INSUMOS	IBNR
Valor del procedimiento, medicamento o insumo NO POS	Valor reconocido por la aseguradora al prestador por concepto de la atención	Estructura de costos	Costo promedio	Costo	X	X		
Valor asumido por el usuario (cuota y copago) NO FINANCIADO CON UPC	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	Estructura de costos	Costo promedio	Costo	X	X		
Fecha de dispensación del medicamento NO POS	Fecha de entrega o suministro del medicamento. NO POS	Validación de correspondencia al período; identificación registros, duplicados; cálculos incidencia; periodicidad de las atenciones diagnóstico	Morbilidad Incidencia Prevalencia	Perfil epidemiológico, utilización		X		
Código del medicamento dispensado NO POS	Código del medicamento dispensado CUM	Utilización de tendencias de los procedimientos en CUM	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Cantidad del medicamento NO POS dispensada	Cantidad del medicamento dispensada reporte en unidades mínimas de dispensación y no en presentación comercial	Utilización de tendencias de los medicamentos	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Cantidad teórica del medicamento POS (contra el cual se realiza la comparación)	Cantidad teórica del medicamento POS que se hubiera utilizado en lugar del medicamento NO POS.	Utilización de tendencias de los medicamentos POS, sustitutos de un medicamento NO POS	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste		X		
Cantidad de unidades	Cantidad de unidades	Utilización de tendencias de los insumos	Frecuencias de uso Coberturas, Intensidad de Uso, Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste			X	
Fecha de prestación del servicio	Fecha de prestación del servicio	Validación de correspondencia al período	Facturación atrasada	Costos				X
Fecha de pago del servicio	Fecha de pago del servicio	Validación de correspondencia al período	Facturación atrasada	Costos				X
Numero de factura	Numero de factura	Validación de correspondencia al período	Facturación atrasada	Costos				X

Anexo 3. Variables de la UPC

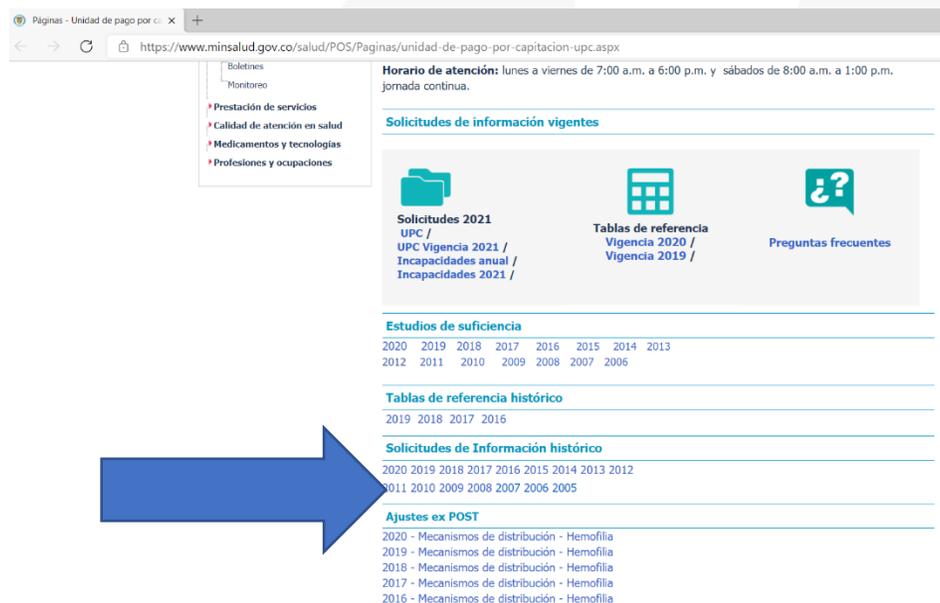
VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Tipo de identificación	Tipo de identificación del afiliado	Llave principal, identificar a la persona, verificación de derechos, identificación de registros duplicados	Cobertura, intensidad	
Número de identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación			
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	Cálculo y análisis de edad y grupos etario	Análisis por grupo etario y sexo de: ingresos per cápita y gasto per cápita	Características ingreso y egreso
Sexo	Sexo del grupo de afiliados			
Código municipio	Código del municipio donde reside el afiliado	Análisis por zona geográfica	Análisis por zona geográfica de: ingresos per cápita y gasto per cápita	Características regionales, factor de ajuste
Zona geográfica	Zona normal, alejada, especial o ciudades donde reside el afiliado			
Días compensados (RC)	Suma de días compensados por todos los afiliados en cada grupo etario y sexo en el período	Cálculo de equivalencia en afiliados	Cobertura % de rotación	Factor de ajuste
Días liquidados (RS)	Suma de días liquidados por todos los afiliados en cada grupo etario y sexo en el período	Cálculo de equivalencia en afiliados	Cobertura % de rotación	Factor de ajuste
Afiliados compensados equivalentes(RC)	Usuarios compensados equivalentes por grupo etario y sexo para el período	Denominador de la población con derecho a la atención	Ingreso per cápita y gasto per cápita	Características población
Afiliados liquidados equivalentes(RS)	Usuarios liquidados equivalentes por grupo etario y sexo para el período	Denominador de la población con derecho a la atención	Ingreso per cápita y gasto per cápita	Características población
Ingresos servicios de salud UPC	Ingresos recibidos por UPC por régimen	Denominador de suficiencia de la	Ingreso de UPC total y per cápita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC
Ingresos servicios de salud PyP	Ingresos recibidos por PyP por régimen	Denominador de suficiencia de la	Ingreso de PyP total y per cápita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Valor asumido por el usuario (cuota moderadora y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	Denominador de la suficiencia	Ingreso de copagos y cuotas total y per cápita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC
Costos servicios de salud	Costos por servicios de salud por régimen pagados, reservados o causados	Numerador de la suficiencia		Suficiencia de la UPC

Anexo 4. Solicitud de información a aseguradoras para el Estudio de suficiencia de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2021.

El archivo magnético se encuentra en el siguiente link:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>



Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. jornada continua.

Solicitudes de información vigentes

- Solicitudes 2021
UPC /
UPC Vigencia 2021 /
Incapacidades anual /
Incapacidades 2021 /
- Tablas de referencia
Vigencia 2020 /
Vigencia 2019 /
- Preguntas frecuentes

Estudios de suficiencia

2020 2019 2018 2017 2016 2015 2014 2013
2012 2011 2010 2009 2008 2007 2006

Tablas de referencia histórico

2019 2018 2017 2016

Solicitudes de Información histórico

2020 2019 2018 2017 2016 2015 2014 2013 2012
2011 2010 2009 2008 2007 2006 2005

Ajustes ex POST

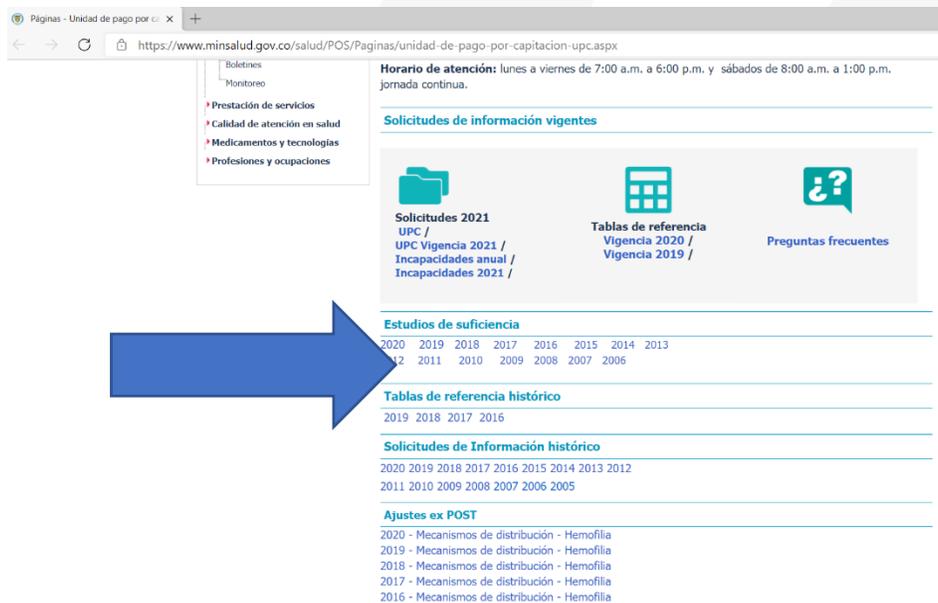
2020 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2019 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2018 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2017 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2016 - Mecanismos de distribución - Hemofilia

Anexo 5 – Nota técnica UPC 2023

La nota técnica corresponde a la información suministrada por las EPS del Régimen Contributivo que pasaron los procesos de validación de calidad.

El archivo magnético se encuentra en el siguiente link:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>



Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. jornada continua.

Solicitudes de información vigentes

-  **Solicitudes 2021**
UPC /
UPC Vigencia 2021 /
Incapacidades anual /
Incapacidades 2021 /
-  **Tablas de referencia**
Vigencia 2020 /
Vigencia 2019 /
-  **Preguntas frecuentes**

Estudios de suficiencia

2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013
12	2011	2010	2009	2008	2007	2006	

Tablas de referencia histórico

2019	2018	2017	2016
------	------	------	------

Solicitudes de Información histórico

2020	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012
2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005		

Ajustes ex POST

2020 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2019 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2018 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2017 - Mecanismos de distribución - Hemofilia
2016 - Mecanismos de distribución - Hemofilia