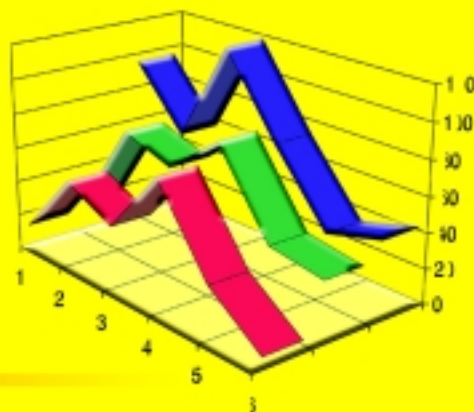




REPUBLICA DE COLOMBIA  
**MINISTERIO DE SALUD**

*Dirección General de Aseguramiento*



## **RESÚMEN EJECUTIVO**

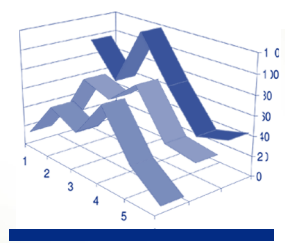
# **EVALUACIÓN INTEGRAL DEL EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**





REPUBLICA DE COLOMBIA  
**MINISTERIO DE SALUD**

*Dirección General de Aseguramiento*



## **RESÚMEN EJECUTIVO**

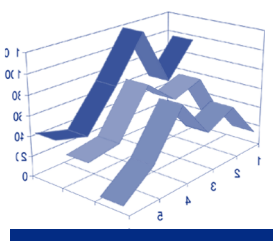
# **EVALUACIÓN INTEGRAL DEL EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**



Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud

**Bogotá - Colombia  
Diciembre, 2001**





**La presente publicación es sin ánimo de lucro**

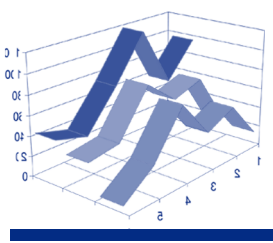
Diseño e Impresión

Trazo Publicaciones Ltda.

Teléfono: 311 26 98 - 311 03 20

Julio 2002





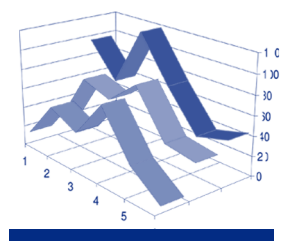
## EVALUACION INTEGRAL DEL EQUILIBRIO FINANCIERO DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

### GRUPO CENTRAL

SARA ORDOÑEZ NORIEGA	Ministra de Salud. Julio / 2000 - Octubre / 2001.
GABRIEL ERNESTO RIVEROS DUEÑAS	Ministro de Salud Noviembre / 2001 a la fecha
EDUARDO ALVAREZ PERALTA DAVID BERSH ESCOBAR	Representante OPS / OMS Colombia Viceministro Abril / 2001 - Octubre / 2001
CARLOS JOSE CASTRO ESPINOSA	Viceministro Febrero / 2002 a la fecha
CARLOS MARIO RAMIREZ RAMIREZ	Ministerio de Salud Director General Aseguramiento
RAMON GRANADOS TORAÑO NILHDA VILLACRES AVILES AMANDA NOREÑA DE FRANCO	Asesor OPS / OMS Colombia Consultora OPS / OMS Coordinadora Grupo Análisis de Costos y de la Demanda de los Servicios de Salud. D.G. Aseguramiento
JORGE ALBERTO ORDOÑEZ SUSA	Coordinador del Estudio. D.G. Aseguramiento
GUILLERMO CORDOBA ORDÓÑEZ	Coordinador Componente 1 Planes de Beneficios D.G. Aseguramiento
RAMON ABEL CASTAÑO YEPES	Coordinador Componente 2 Equilibrio Financiero UPC / POS Consultor OPS / OMS
GILBERTO BARON LEGUIZAMON	Coordinador Componente 3 Financiamiento UPC/POS Consultor OPS / OMS

### GRUPO DE APOYO

ALEJANDRO DEL CAMPO NAGER ALVARO CARRILLO ARDILA ANTHONY KURMEN CAMPO ELIAS MOLANO VANEGAS CARLOS ARTURO FRANCO RESTREPO CARMEN EUGENIA DAVILA GUERRERO	Seguro Social Ministerio de Salud - D.G. Aseguramiento Asistente Ministerio de Salud - D.G. Aseguramiento Consultor Ministerio de Salud Ministerio de Salud - D.G. Financiamiento y Gestión Financiera
DIANA ISABEL CARDENAS GAMBOA GUSTAVO RODRIGUEZ BENAVIDES HEIDI AMAYA VALDIVIESO HUMBERTO MONTIEL PAREDES JAIME RAMIREZ MORENO	Departamento Nacional de Planeación-SS Ministerio de Salud - D.G. Aseguramiento Programa Apoyo a la Reforma Consultor OPS / OMS Programa Apoyo a la Reforma



LENIS URQUIJO VELASQUEZ  
LEONARDO FABIO CESPEDES PLAZAS  
LUCIA IZQUIERDO VALDERRAMA

Ministerio de Salud - D.G. Salud Pública  
Ministerio de Salud - D.G. Aseguramiento  
Ministerio de Salud - D.G. Análisis y  
Planeación de la Política Sectorial.

MANUEL ROBERTO DIAZ AVENDAÑO  
MARCELA BEATRIZ VALENCIA SUESCUN  
MARCO TULIO MONGUI MENDOZA

Consultor OPS / OMS  
Ministerio de Salud - D.G. Salud Pública  
Ministerio de Salud - D.G. Financiamiento  
y Gestión Financiera

MARIA CRISTINA PEÑALOZA RAMOS  
MARIA ELENA MORA GONZALEZ  
OLGA LUCIA RODRIGUEZ AREVALO  
RAMIRO DIAZ DIAZ

Departamento Nacional de Planeación-SS  
Ministerio de Salud - D.G. Salud Pública  
Consultora Ministerio de Salud  
Seguro Social

### COLABORADORES

ADELA GAMBOA CACERES  
ALBERTO INFANTE CAMPO  
BUENAVENTURA ORDUY BURGOS  
CECILIA CAZARES GARCIA  
CELIA TERESA GARCIA PRIETO  
CONRADO ADOLFO GOMEZ VELEZ  
ENRIQUE PEÑALOSA QUINTERO  
ESTHER MADERO MARTINEZ  
GUILLERMO RODRIGUEZ QUINCHE

Ministerio de Salud - Grupo Sistemas  
Consultor OPS/OMS WDC  
Superintendencia Nacional de Salud  
Secretaría OPS / OMS  
Superintendencia Nacional de Salud  
Seguro Social  
CENDEX

HECTOR MARIO RESTREPO MONTOYA

Ministerio de Salud. Recursos Fiscales  
Ministerio de Salud - D.G. Análisis y  
Planeación de la Política Sectorial.  
Ministerio de Salud D.G. Desarrollo de  
Servicios

HENRY MAURICIO GALLARDO LOZANO  
ISABEL CRISTINA RUIZ BUITRAGO  
JAIRO A. BETANCOURT MALDONADO

Fundación Corona  
Ministerio de Salud - D.G. Salud Pública  
Asociación Colombiana de Hospitales y  
Clínicas

JOSE FERNANDO ARIAS DUARTE  
JUAN ANTONIO CASAS ZAMORA

Departamento Nacional de Planeación-SS  
Director División de Salud y Desarrollo  
Humano OPS/OMS WDC

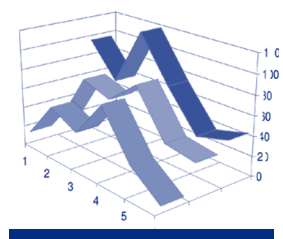
JUAN CARLOS DANIELS RODRIGUEZ  
MAURICIO DIAZ SALAMANCA  
MAURICIO VELEZ CADAVID  
NELCY PAREDES CUBILLOS  
PABLO EMILIO PEREZ GONZALEZ

Programa Apoyo a la Reforma  
Superintendencia Nacional de Salud  
SUSALUD

ROSA RODRIGUEZ MONGÜIO

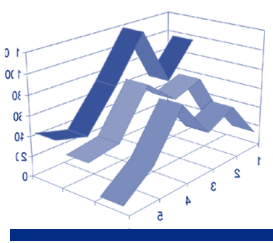
ACEMI  
Ministerio de Salud - D.G. Análisis y  
Planeación de la Política Sectorial.  
Consultora OPS/OMS WDC

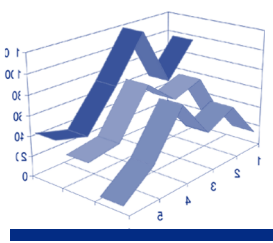




<b>CONTENIDO</b>	<b>PAGINA</b>
Presentación .....	7
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. OBJETIVOS .....	10
2.1 General	
2.2 Específicos	
3. MODELO DE EVALUACIÓN .....	11
4. RESULTADOS POR COMPONENTES .....	13
4.1 Evaluación de los Planes de Beneficios	
4.2 Evaluación del Equilibrio Financiero UPC/ POS	
4.3 Análisis del Financiamiento de los Planes de Beneficios	
5. INSTITUCIONALIZACIÓN DEL PROCESO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACION SISTEMATICA DEL POS, UPC Y FINANCIACION.....	18
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	20
6.1 Conclusiones	
6.2 Recomendaciones	
7. BIBLIOGRAFÍA .....	29







## PRESENTACIÓN

El presente documento contiene los resultados obtenidos en el estudio de la “Evaluación Integral del Equilibrio Financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud”, elaborado dentro del marco de cooperación solicitada por el Ministerio de Salud a la OPS/OMS en mayo de 2001. La primera etapa fue desarrollada durante el segundo semestre de dicho año.

Aunque las conclusiones del estudio fueron insumo importante para el CNSSS en la decisión del incremento del valor de la UPC para los regímenes Contributivo y Subsidiado, el propósito del mismo es cualificar e institucionalizar a través del tiempo la capacidad nacional, en aspectos cruciales como el equilibrio de la unidad per cápita y el plan obligatorio de salud, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado. Por ello no puede abordarse como un documento acabado, sino como el inicio de un proyecto que debe ser permanente, para que la Alta Dirección del Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano decida con mayor criterio las ampliaciones de los planes de beneficios, el incremento de la unidad de pago por capitación y todas las medidas que afecten el equilibrio financiero del sistema de salud.

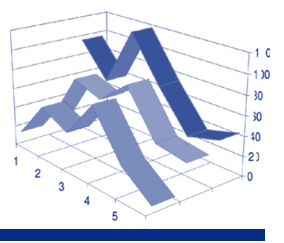
Los investigadores, plantean los principales factores que impactan la estabilidad financiera del SGSSS y exploran posibles alternativas de solución en el corto, mediano y largo plazo, para mantener su equilibrio, eficiencia y equidad

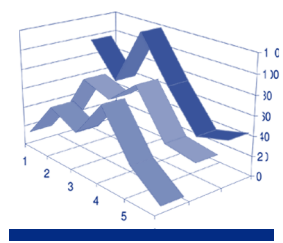
Para el Ministerio de Salud y para la Representación de OPS/OMS Colombia, esta experiencia suministró nuevos elementos para fortalecer el proceso de cooperación institucional, dirigido a dotar al país con los indicadores necesarios para el monitoreo permanente del sistema, mediante una labor de mediano plazo de manera que los consultores nacionales e internacionales aportados por la OPS/OMS, transfieran su capacidad y conocimientos a los actores del sistema y muy especialmente al Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud y la Representación de la OPS/OMS, invitan a todos los actores del sistema a analizar el presente documento a fin de obtener sus opiniones sobre los problemas y sus mejores soluciones para asegurar la estabilidad financiera del SGSSS y el mayor beneficio para la población colombiana.

**GABRIEL ERNESTO RIVEROS DUEÑAS**  
Ministro de Salud

**EDUARDO ALVAREZ PERALTA**  
Representante OPS/OMS Colombia





## 1. INTRODUCCION

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social Integral de Colombia el cual comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de prestaciones asistenciales y complementarias; este gran desafío hace que ante la situación actual del SGSSS, sea necesario, llevar a cabo una evaluación integral de la situación real de los elementos centrales del SGSSS como son los planes de beneficios, sus costos y su financiación y simultáneamente diseñar una metodología única que permita la revisión y ajuste permanente de estos elementos. Estos resultados son los que permiten sistemáticamente construir alternativas y escenarios para la cobertura progresiva de servicios, de aseguramiento y de financiamiento.

El objetivo general del estudio consistió en implementar una metodología de revisión y ajuste sistemático de los contenidos, costos y financiación de los planes de beneficios que le permita al Ministerio de Salud y al CNSSS tomar las decisiones sobre el incremento anual de la UPC, garantizar el equilibrio financiero y construir los escenarios para la sostenibilidad financiera del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El objetivo principal del segundo componente consistió en evaluar el equilibrio financiero de la estructura diferencial y composición de la UPC-POS actualizada, lo que implicaba el costeo de la prestación del Plan de Beneficios en ambos regímenes y su comparación con el valor de la UPC.

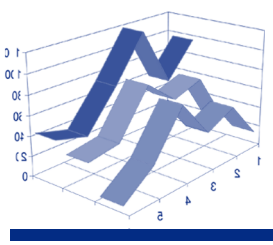
Sin embargo, una vez iniciado el desarrollo de este componente se hizo evidente que aunque el monto actual de la UPC y su suficiencia frente al POS era un tópico relevante, no era ni el más importante ni el único, pues se identificaron muchas otras variables que deberían corregirse o mejorarse, y cuyo manejo haría innecesaria la reducción de la UPC y el consiguiente recorte en los planes de beneficios como estrategia para equilibrar la subcuenta de compensación y la de solidaridad.

Por esta razón, el análisis se extendió a muchos otros factores que en un principio no se habían considerado, enriqueciendo de este modo el abordaje integral de la problemática sectorial. Más aún, dado que hubo dificultades para recibir de parte de las EPS y ARS la información necesaria para el cálculo detallado de la UPC y sus ponderadores, al momento de terminar este estudio no se había podido hacer dicha estimación; las únicas fuentes de información que se utilizaron fueron la de los estados financieros reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, y la del proceso de compensación; pero estos datos no permitían el cálculo de la UPC y menos aún de sus ponderadores.

Dentro de cada nivel de análisis se desagregan las causas entre las asociadas a los ingresos y las asociadas a los egresos; aunque en algunos casos los factores que afectan los egresos del nivel macro son los mismos que afectan los ingresos en el nivel micro, su revisión por separado permite una mayor claridad en su exámen.

El grado de detalle del análisis es mucho mayor en lo concerniente al Régimen Contributivo que al Régimen Subsidiado, en parte porque muchos de los problemas son comunes y no es necesario repetir el análisis, y en parte porque la problemática del financiamiento del Régimen Subsidiado tiene que ver mucho con la política fiscal, la cual escapa a la voluntad de los formuladores de política del sector salud.





Por su parte, el objetivo específico del componente No 3 consistió en el análisis y evaluación del financiamiento actual disponible y de las condiciones y alternativas de sostenibilidad y eficiencia en el corto, mediano y largo plazo, dadas las tendencias observadas y las restricciones presupuestales nacionales actuales, y elaborar una propuesta metodológica para su revisión y actualización sistemática.

En función de estos objetivos, el desarrollo de este componente debía determinar los montos de recursos según fuentes de financiamiento actuales y destinación o usos, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado y un análisis del comportamiento histórico de estos resultados para el período 1995-2000 y sus tendencias para los próximos años.

Con base en lo anterior, se debían establecer las brechas entre el financiamiento actual disponible y las condiciones y alternativas factibles de ajuste con la UPC propuesta (o reajustada), considerando distintos escenarios y metas de cobertura para los regímenes contributivo y subsidiado en condiciones de sostenibilidad financiera.

Dado el carácter integral del estudio, los elementos de análisis de este componente constituyen un complemento, desde una visión más amplia y con un enfoque de las cuentas de salud, de los resultados del análisis y evaluación de los otros componentes del estudio, particularmente en cuanto a las condiciones de financiamiento de la UPC actual y el equilibrio financiero entre UPC-POS y las distintas alternativas consideradas bajo condiciones de sostenibilidad financiera y eficiencia en la producción de servicios de salud.

Finalmente se pretende como resultado de las acciones de este proyecto institucionalizar un proceso a través de la elaboración de una metodología y la conformación de un equipo permanente dentro de la estructura del Ministerio de Salud que tendrá como función principal continuar con el seguimiento, evaluación y ajuste sistemático que permita en el corto, mediano y largo plazo proveer los insumos necesarios al CNSSS para la toma de decisiones.

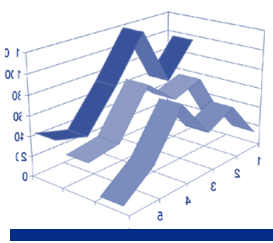
## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 General:**

El objetivo que se plantea es llevar a cabo una evaluación integral del equilibrio financiero del SGSSS como son los planes de beneficios, sus costos, su financiación y los factores relacionados con estos elementos; y a la vez y de forma simultánea diseñar lineamientos metodológicos y la conformación de un equipo permanente dentro de la estructura del Ministerio de Salud que tendrá como función principal continuar con el seguimiento, evaluación y ajuste sistemático que permita en el corto, mediano y largo plazo proveer los insumos necesarios al CNSSS para la toma de decisiones.

### **2.2 Específicos:**

- Evaluar la pertinencia y coherencia de los Planes de beneficios diferenciales y los ajustes requeridos, de acuerdo al perfil de morbi-mortalidad y riesgos, utilizando criterios de costo - efectividad para la priorización y ordenación de las prestaciones para contribuir al estado de salud y al desarrollo económico y social del país.



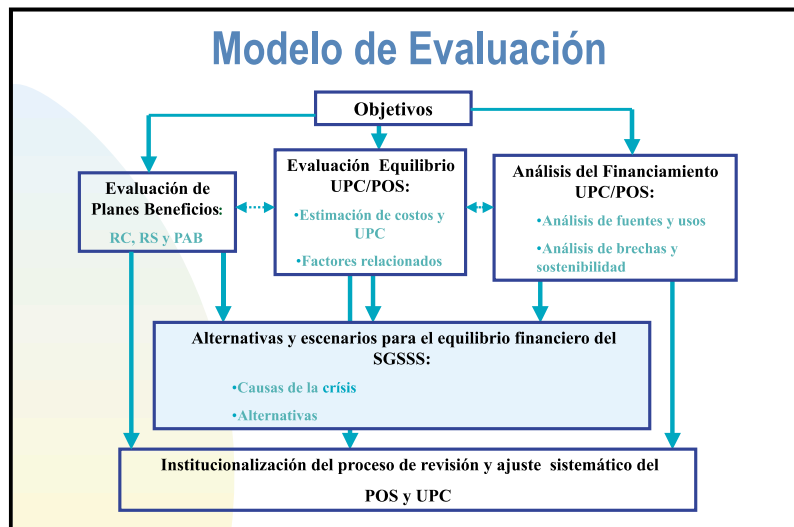
- Evaluar el equilibrio financiero de la estructura diferencial y composición de la UPC-POS actual /actualizada para procurar incentivos a la eficiencia tanto en la producción de salud como en la producción de servicios de salud, dadas las restricciones presupuestales nacionales actuales.
- Analizar el financiamiento de la UPC actual nacional, regional y departamental, las condiciones y alternativas de sostenibilidad y eficiencia en el corto, mediano y largo plazo, en función de las tendencias y restricciones presupuestales nacionales.
- Institucionalizar el proceso de ajuste y actualización sistemática del POS, UPC y financiamiento a través de una metodología y la conformación de un equipo permanente dentro de la estructura del Ministerio de Salud.
- Proponer alternativas para la cobertura progresiva de servicios, de aseguramiento y de financiamiento.

### 3. MODELO DE EVALUACIÓN

Este modelo debe permitir al SGSSS ser coherente con los problemas y necesidades de salud, las respuestas tecnológicas costo – efectivas actualmente disponibles y el balance adecuado entre los recursos necesarios para alcanzar las metas actuales y cumplir con las perspectivas de cobertura de atención y de aseguramiento.

El modelo de evaluación permitió elaborar un esquema de trabajo por componente que precisa los contenidos de cada uno e intenta reconstruir el proceso realizado y plantea los logros, las limitaciones y las perspectivas para su mejoramiento y/o fortalecimiento.

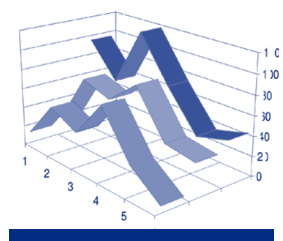
**Gráfico No 1**



Elaboración: Equipo Evaluación Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS 2001.

En este proceso se define como período de evaluación, el comprendido de agosto a noviembre del año 2001; por la naturaleza de la evaluación los equipos que se forman son interdisciplinarios conformados por funcionarios de las diferentes direcciones del MINSALUD involucradas; e interinstitucionales, precisando las instituciones claves.

En el primer componente se establece como alcance una revisión conceptual y metodológica del proceso de definición de Planes de Beneficios, además de la programación de un conjunto de actividades que permitan en el mediano y largo plazo, establecer pautas metodológicas e



instrumentos para su análisis sistemático. Lo anterior, para responder de manera pertinente y coherente con la dinámica del perfil epidemiológico de la población colombiana; de tal manera, que los beneficios elegidos sean los más costo-efectivos, proponiendo el proceso de desarrollo sistemático de evaluación de tecnología como criterio de base para la inclusión y exclusión de prestaciones en el futuro.

En el segundo componente se pretende estimar los costos de la UPC de los dos regímenes del SGSSS y los factores macro y micro que influyen el equilibrio financiero. El componente 3 se refiere al análisis del financiamiento del SGSSS así como a una precisión de las tendencias y factores involucrados.

El componente 4 está relacionado con la posibilidad de integrar las conclusiones y recomendaciones de los componentes anteriores que permitan el equilibrio financiero del SGSSS, en función de diferentes alternativas para la cobertura progresiva de servicios y aseguramiento.

El componente 5 pretende delinear el proceso de institucionalización de esta evaluación así como las actividades de corto, mediano y largo plazo para lograrlo.

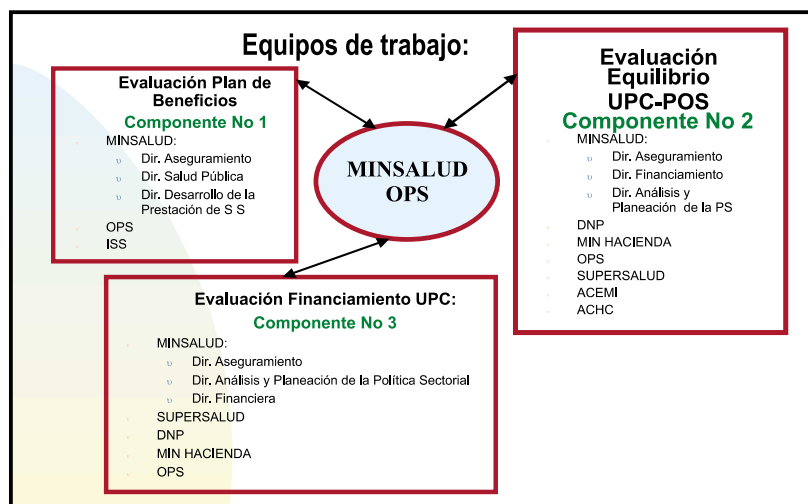
Para efectos de tener el panorama general de los componentes se desarrollan todos y se precisa su prioridad y actividades secuenciales.

Se definieron como estrategias para ejecutar la evaluación las siguientes:

- Equipos de trabajo intra Ministerio de Salud e interinstitucionales.
- Discusión y consensos técnicos, construcción de bases de datos, estimación, comparaciones y modelización participativa con expertos nacionales e internacionales.
- Intercambio de experiencias, transferencia tecnológica y actualización durante el proceso.

Los equipos interinstitucionales e interdisciplinarios se conformaron así:

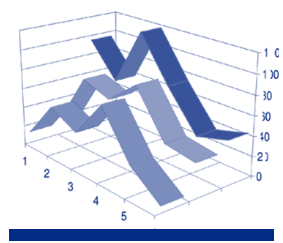
**Gráfico No 2**



Elaboración: Equipo Evaluación Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS 2001.

Se elaboró un esquema de trabajo que precisó los contenidos de cada componente e intentó reconstruir el proceso realizado, planteando los logros, las limitaciones y las perspectivas para su mejoramiento y/o fortalecimiento.





## 4. RESULTADOS POR COMPONENTES

### 4.1 Evaluación de los Planes de Beneficios

Este componente establece como alcance una revisión conceptual y metodológica del proceso de definición de Planes de beneficios, además de un conjunto de actividades que permitan en el mediano y largo plazo, establecer pautas metodológicas e instrumentos para su análisis sistemático; buscando responder de manera pertinente y coherente con la dinámica del perfil epidemiológico de la población colombiana y de igual manera, que los beneficios elegidos fueran los más costo-efectivos. Además, propone el proceso de desarrollo sistemático de evaluación de tecnología como criterio de base para la inclusión y exclusión de prestaciones en el futuro.

#### a. Logros:

- Conformación de un grupo interdirecciones en el MINSALUD, en conjunto con el ISS como inicio de este proceso.
- Discusión de un plan de trabajo para el mediano y corto plazo que permita que este componente sea el punto de partida para la revisión y ajuste sistemáticos de los planes de beneficios y del equilibrio financiero entre necesidades – tecnología y recursos necesarios vs disponibles.

#### b. Limitaciones:

Este componente tuvo que posponer algunas actividades previstas ante la necesidad de preparar la estandarización del Manual de Actividades Procedimientos e Intervenciones del POS (MAPIPOS), la CUPS, y la relación cruzada con los códigos del ISS; sin embargo, esta revisión ha permitido tener mayor claridad para las acciones a desarrollar en el mediano y largo plazo.

#### c. Perspectivas de ajuste y revisión de los Planes de Beneficios:

El análisis inicial de la coherencia y pertinencia de los diferentes planes de beneficios en esta evaluación ha permitido dimensionar el alcance de su desarrollo, concomitantemente con la realización de actividades urgentes. Para el desarrollo sistemático de la evaluación de la coherencia y pertinencia de los contenidos de los Planes de Beneficios se delinea la necesidad de:

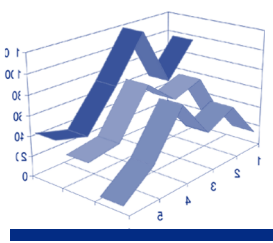
##### • A corto plazo enero-junio 2002:

- a. Revisión técnica de la coherencia del MAPIPOS expresado en CUPS por parte de los ministerios de Salud y Hacienda.
- b. Revisión de los medicamentos ofrecidos en los planes de beneficios actuales.
- c. Finalizar el estudio de costos de 2350 procedimientos del total de los contenidos en el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS.

##### • A mediano plazo julio- diciembre 2002:

- a. Actualizar los diferentes planes de beneficios (POSC, POSS y PAB) vigentes y establecer la complementariedad y/o superposición de beneficios existentes entre ellos para garantizar integralidad y universalidad.
- b. Evaluar sistemáticamente los diferentes medicamentos de los diferentes planes de beneficios





- a través del Comité Técnico de Medicamentos asesor del CNSSS.
- c. Identificar en el POS actual las tecnologías apropiadas para realizar evaluación tecnológica.
  - d. Estimar los costos de las intervenciones contenidos actualmente en el POS.
  - e. Capacitar y difundir el Manual del POS expresado en CUPS.
  - f. Analizar el comportamiento histórico y tendencias, de la situación de salud en Colombia, para establecer su correspondencia con los planes de beneficios incluyendo la revisión de la necesidad de actualización del estudio de Carga de Enfermedad utilizando la CIE-10.
  - g. Determinar criterios de priorización de atenciones; en forma sistemática se debe obtener un esquema que cuantifique y de el peso correspondiente según el segmento poblacional al que se dirigen, la forma en que afectan la situación de salud, el costo-efectividad, la disponibilidad de la tecnología y otras variables de tipo demográfico, de tal forma que basados en el resultado de esta valoración, se puedan eventualmente incluir o excluir distintas actividades, intervenciones y procedimientos en el Plan de Beneficios.
  - h. Formular, presentar, validar e implementar una estrategia para iniciar la gestión y evaluación de tecnología desde un punto de vista integral (medicamentos, instrumentos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos en los que se soporta la atención sanitaria); que analizada en conjunto, represente una alta proporción del total de tecnología disponible en las instituciones.

La gestión de la tecnología a la vez, tiene que establecer como objetivos los siguientes:

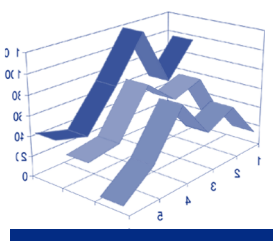
- Definir mecanismos gerenciales, organizativos y de capacidades técnicas e institucionales para implementar la estructura de regulación de la gestión y evaluación de tecnologías.
  - Monitorear la tecnología existente y el desarrollo de nuevas y emergentes tecnologías aplicadas a los servicios de salud.
  - Evaluar la eficacia clínica, seguridad y costo-beneficio de las tecnologías, incluyendo sus efectos secundarios.
  - Evaluar a largo plazo el efecto de alternativas terapéuticas en diferentes condiciones clínicas, que mejoren la eficiencia y la calidad en la atención.
  - Identificar las tecnologías no apropiadas que incrementen costos o dupliquen los riesgos a los que se someten los pacientes.
  - Evaluar las tecnologías en términos del “valor agregado” que le imprimen a la atención médica y para sus diferentes actores (proveedores, pacientes y aseguradoras).
  - Facilitar la permanente interacción entre necesidades, oferta tecnológica y capacidades institucionales.
- **A largo plazo 2003-2004:**

Redefinir el Conjunto de Prestaciones del Plan de Beneficios, de acuerdo a la población a que se dirige, caracterizando si sus prestaciones son de tipo individual y/o colectivas, su carácter de bien público, meritorio, o privado y priorizándolas de acuerdo a los criterios ya definidos.

## 4.2 Evaluación del Equilibrio Financiero UPC/ POS

Pretende estimar el costo del POS contributivo y subsidiado y la UPC promedio de los dos regímenes, además de los factores macro y micro que influyen el equilibrio financiero.

Desde el punto de vista conceptual, se precisa para la estimación de costos y de la UPC promedio contar al menos con los siguientes insumos:



- Frecuencias de utilización de las prestaciones por grupos de edad, tanto del régimen contributivo como subsidiado de forma que pueda haber una distribución representativa de la utilización como medida indirecta de la demanda.
- Costos de producción de las prestaciones del Plan de Beneficios que contemplen sus costos directos e indirectos por grupos etáreos, tipo de atención y modalidad de producción según complejidad.
- Universo de población derivado de las tendencias y metas de crecimiento de los afiliados de los dos regímenes por grupos etáreos.

### a. **Logros:**

Se ha realizado una revisión a profundidad de todas las estimaciones realizadas y se han precisado sus fortalezas y debilidades; por otra parte, se realizó un análisis de los estados financieros de EPS públicas y privadas, así como ARS con el afán de identificar los posibles sesgos que esta información tuviera para los cálculos pertinentes; de igual manera se adelantó un estudio de costos de 2.350 procedimientos del Plan de beneficios.

Un logro importante ha sido la identificación de las tendencias históricas y actuales de los factores relacionados con el equilibrio financiero tanto para el régimen Contributivo como Subsidiado; se hizo evidente que aunque el monto actual de la UPC y su suficiencia frente al POS era un tópico relevante, no era ni el más importante ni el único, pues se identificaron muchas otras variables que deberían corregirse o mejorarse, y cuyo manejo haría innecesaria la reducción de la UPC y el consiguiente recorte en los planes de beneficios como estrategia para equilibrar la subcuenta de compensación y la de solidaridad.

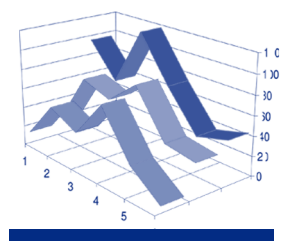
Por esta razón, el análisis se extendió a muchos otros factores que en un principio no se habían considerado, enriqueciendo de este modo el abordaje integral de la problemática sectorial, que permite orientar la toma de decisiones sobre el valor de la UPC con mucha más información que el mero cálculo del costo del POS y los ponderadores de grupos de riesgo; esta última tarea, sin embargo, es necesaria y se debe realizar en cuanto estén disponibles las bases de datos desagregadas a nivel individual.

En el régimen contributivo se revisa la evolución de la subcuenta de compensación y de los indicadores claves del proceso de compensación (cotizantes y beneficiarios, densidad salarial y familiar, promedio días compensados, UPC promedio). En el Régimen Subsidiado, se revisa la evolución de la subcuenta de solidaridad y la afiliación.

Además se precisa el rol de la subcuenta de promoción y prevención y del ECAT.

### b. **Limitaciones**

La estimación de la Unidad de Pago por Capitación conforme a los lineamientos metodológicos previstos, no fue posible realizarla. Hubo dificultades para el suministro de esta información necesaria de parte de las EPS privadas (al ISS, se tuvo acceso: su información tiene problemas de consistencia) y ARS para el cálculo detallado de la UPC y sus ponderadores; hasta el momento de presentar este estudio al CNSSS no había sido posible hacer dicha estimación; las únicas fuentes de información disponibles fueron la de los estados financieros reportados a la Superintendencia Nacional de Salud, y la del proceso de compensación, pero estos datos no permitían el cálculo consistente de la UPC y menos aún de sus ponderadores.



En este sentido, se identifica que uno de los problemas centrales para la estimación es que ni el Ministerio de Salud, ni la Superintendencia Nacional de Salud cuentan con información completa para hacer sus propias estimaciones de UPC y ponderadores.

Es pertinente resaltar la importancia de contar con datos desagregados a nivel individual para este tipo de estimaciones y un sistema de información que las recolecte y procese sistemáticamente, y que se constituyan en obligaciones normadas como parte de la regulación nacional del SGSSS.

### c. Perspectivas

Se hace necesario remontar las limitaciones y continuar con el esfuerzo de darle continuidad a la estimación de la UPC tanto del régimen contributivo como subsidiado y establecer las normas necesarias para que la información no sea disponible de forma puntual sino como parte de las regulaciones normativas del SGSSS. De igual manera establecer un monitoreo permanente de los factores que lo influyen y determinan es una prioridad.

- **A corto plazo enero-junio 2002:**

- a. Precisar y/o formular propuestas para intervenir sobre los factores identificados en el estudio que influyen el equilibrio financiero.
- b. Actualizar la UPC – POSC y POSS para el 2003, basados en la actualización de frecuencias de utilización y de estimación de costos de los Planes de Beneficios.

- **A mediano plazo julio- diciembre 2002:**

- a. Validar y negociar las propuestas formuladas para intervenir en las causas de la crisis financiera actual del sistema por régimen.

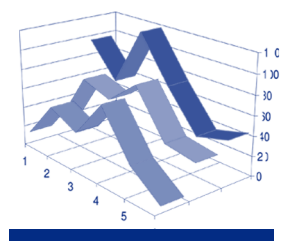
- **A largo plazo 2003-2004:**

- a. Estimar el pooling de riesgos por grupo étnico, ponderadores y si es posible coeficientes de ajuste regionales.
- b. Estimar la estructura y composición de la UPC incluyendo los medicamentos, para el 2003 y el 2004.
- c. Establecer un monitoreo sistemático de los factores que influyen el equilibrio financiero.
- d. Elaborar, validar e implementar las propuestas para intervenir en los factores que influyen el equilibrio financiero.

### 4.3 Análisis del financiamiento de los Planes de Beneficios:

El componente 3 se refiere al análisis del financiamiento del SGSSS así como a la precisión de tendencias y factores involucrados. Un elemento que complementa la estimación del valor de la UPC promedio es el análisis de los recursos disponibles en el SGSSS para financiar los planes de beneficios tanto del Régimen contributivo como del subsidiado, sobre todo porque aporta a la necesaria coherencia entre costos de la UPC y recursos.





### a. Logros:

Es la primera vez que se realiza el análisis del financiamiento y del gasto del SGSSS y se tiene como resultado el comportamiento histórico tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado de las fuentes de financiamiento y sus usos para el período 1995-2000 y sus tendencias para los próximos años. El análisis se basó en los conceptos y categorías de fuentes de financiamiento y usos de los recursos, utilizados en el enfoque metodológico adoptado para el Sistema de Cuentas de Salud de Colombia, que es uno de los instrumentos que deberá ser continuado mejorado y perfeccionado como elemento clave de la política de financiamiento del SGSSS y de la salud en Colombia.

### b. Limitaciones:

La forma de presentación y clasificación de la información de estados financieros de las instituciones financiadoras, fondos, aseguradoras y prestadoras no facilita la integración de forma fácil de esta información lo que obliga a un detallado trabajo de reclasificación, validación y triangulación de la misma, para obviar dobles conteos y que esta información sea de alta validez y consistencia internas.

### c. Perspectivas

La continuación de este análisis es importante; como también, la revisión de la forma como se entregan los estados financieros y la realización de pruebas de consistencia y triangulación de fuentes, que permitan una validación de esta información para efectos de análisis de fuentes de financiamiento y de su destino entre funciones de atención, de prestación, aseguramiento, y categorías de gasto.

### A corto plazo enero-julio 2002:

- a. Capacitar sobre análisis del financiamiento (metodología de Cuentas en Salud) y formulación de cronogramas de tareas específicas.

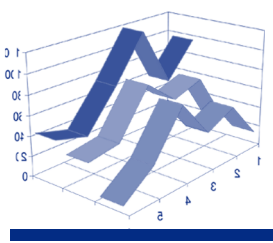
A mediano plazo julio- diciembre 2002:

- a. Actualizar el análisis de financiamiento: fuentes, usos, brechas y sostenibilidad.
- b. Formular, validar, negociar e implementar las propuestas identificadas en el estudio para influir en la crisis actual del sistema.

### A largo plazo 2003-2004:

- a. Monitorear la situación actual y tendencias de las fuentes de financiamiento, flujos financieros y mecanismos de asignación, destino y usos.
- b. Analizar la suficiencia financiera de la UPC, brechas, alternativas de financiamiento y sostenibilidad.
- c. Monitorear los factores que previenen o profundizan la crisis del equilibrio financiero de la UPC-POS.
- d. Formular, validar, negociar e implementar las propuestas para influenciar los factores identificados como importantes para el equilibrio financiero.





## 5. INSTITUCIONALIZACION DEL PROCESO DE REVISION Y ACTUALIZACION SISTEMATICA DEL POS, UPC Y FINANCIACION.

La institucionalización es uno de los resultados esperados de este proceso de evaluación, por esta razón, se definió la incorporación en la ejecución de esta evaluación de técnicos nacionales de la Dirección General de Aseguramiento, Grupo de Análisis de Costos y de la Demanda de los Servicios de Salud, grupo de trabajo estrechamente relacionado con el tema de la evaluación; Grupo de Regulación y Seguimiento de EPS/ARS y Grupo de Promoción de la Afiliación y Participación Ciudadana; a éste núcleo básico se incorporaron funcionarios de otras Direcciones, relacionadas con los productos esperados, en función de la necesaria articulación de experticias e insumos para ésta evaluación.

La posibilidad de institucionalización depende de dos factores:

- Reorganización funcional del Grupo de Análisis de Costos y de la Demanda de los Servicios de Salud, teniendo como apoyo fundamental una capacitación y actualización sistemática que le permita adquirir liderazgo técnico en este proceso y articular los apoyos y la información de otras Direcciones y coordinar la incorporación de otras instituciones claves como DNP, ISS, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, ACHC, ACEMI, COSESAM entre las más importantes.
- Sistematización de la metodología utilizada en ésta evaluación que identifique los instrumentos y los requerimientos en información y tecnología, para que el ajuste integral y sistemático del Plan de Beneficios (contenido, costos, UPC, factores relacionados y financiación) genere información oportuna para fundamentar las decisiones y la propuestas a ser discutidas en el CNSSS.

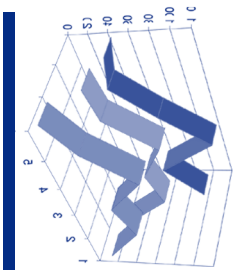
El otro elemento importante en este proceso de institucionalización es la publicación y difusión de resultados en principio de forma anual; e idealmente, en forma de boletines periódicos trimestrales dirigidos a los diferentes actores del sistema.

Para la primera condición necesaria en el proceso de institucionalización de la Evaluación Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS, en conjunto con la Dirección General de Aseguramiento se elabora una matriz que contiene la propuesta de reorganización considerando una redefinición de la misión, procesos y productos, estableciendo una división del trabajo en subgrupos estrechamente relacionados que permita la obtención del producto central de éste grupo en la Evaluación integral y ajuste sistemático del Plan de Beneficios, de forma que garantice los derechos de los usuarios consignados en la Ley 100 y el equilibrio financiero del SGSSS. Esta propuesta requiere:

- Eliminación de la actividad de recobros dentro de las funciones del grupo, trasladándolo al Encargo Fiduciario, por ser más afín con su misión; sin embargo se requiere que el personal dedicado a ésta tarea permanezca en el grupo debido a su alta calificación profesional y experticia, asumiendo el compromiso de capacitación técnica a dicha Dirección.
- Decisión política de parte de las autoridades del Ministerio de Salud, para hacer viable la reorganización propuesta.
- Garantizar la continuidad del acompañamiento técnico de la OPS/OMS, socio importante en éste estudio.



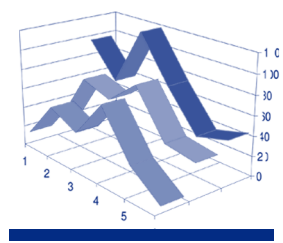
**Tabla No 59**  
**PROPUESTA PARA LA REORGANIZACION**  
**DEL GRUPO “ANÁLISIS DE COSTOS Y DE LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD”**



A continuación se presenta la propuesta de reorganización:

<b>GRUPO DE ESTUDIOS ECONOMICOS (*)</b>			
<b>GRUPO</b>	<b>EVALUACION DEL CONTENIDO DE PLANES DE BENEFICIOS</b>	<b>ESTRUCTURA Y ESTIMACIÓN DE LA UPC</b>	<b>FINANCIAMIENTO SGSSS Y UPC</b>
<b>MISIÓN</b>	Garantizar las políticas y lineamientos normativos para la equidad, universalidad y correspondencia en la atención de problemas y riesgos a través del establecimiento de los planes de beneficios del SGSSS.	Garantizar las políticas y lineamientos normativos para la equidad, eficiencia y suficiencia financiera de la Unidad Per cápita tanto para el RC como para el RS. Garantizar las políticas y lineamientos normativos,	equidad, eficiencia y sostenibilidad del financiamiento del SGSSS y de la UPC.
<b>PROCESOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de tendencias de los problemas y riesgos.</li> <li>Establecimiento del contenido de los Planes de beneficios, incluye medicamentos.</li> <li>Estandarización de intervenciones trazadoras</li> <li>Estimación de costos unitarios de beneficios.</li> <li>Evaluación económica de tecnología: prestaciones finales, servicios complementarios, medicamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación de frecuencias de uso de prestaciones.</li> <li>Cálculo del pooling de riesgos por grupos etáreos y regionalizados.</li> <li>Estimación de estructura y composición de la UPC.</li> <li>Análisis de suficiencia financiera de la UPC.</li> <li>Análisis económico del peso de los medicamentos en la UPC.</li> <li>Análisis de factores relacionados con el Equilibrio Financiero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de tendencias de las fuentes de financiamiento.</li> <li>Análisis de los flujos financieros.</li> <li>Análisis de destino (aseguradores, proveedores, función de atención, categoría de gasto).</li> <li>Análisis de brechas y alternativas de financiamiento</li> <li>Análisis de sostenibilidad.</li> </ul>
<b>PRODUCTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contenido de Planes de beneficios revisados y validados.</li> <li>Criterios de priorización para inclusión, sustitución o exclusión de beneficios.</li> <li>Metodología formulada y aplicada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimación de la UPC.</li> <li>Monto de financiamiento requerido para cubrir sus costos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Alternativas de financiamiento.</li> <li>Sostenibilidad del financiamiento de la UPC y el SGSSS.</li> </ul>
<b>RECURSOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos.</li> <li>Materiales.</li> <li>Financieros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos.</li> <li>Materiales.</li> <li>Financieros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Humanos.</li> <li>Materiales.</li> <li>Financieros.</li> </ul>
<b>PERFILES PROFESIONALES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Epidemiólogo.</li> <li>Economista en salud.</li> <li>Gerente en salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medico/Administrador en salud/Economista en Salud.</li> <li>Economistas.</li> <li>Actuarios.</li> <li>Administradores financieros.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Economistas.</li> <li>Contadores.</li> <li>Administrador en Salud.</li> </ul>
<b>INSUMOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estructura y composición de la población por grupos etáreos, sexo, urbana-rural y territorios.</li> <li>Matriz de problemas y riesgos para la salud por grupos de edad, territorio y región.</li> <li>Protocolos/Guías clínicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tasas de morbilidad y mortalidad.</li> <li>Estudios epidemiológicos especiales.</li> <li>Tasas de utilización de procedimientos según CUPS.</li> <li>Estimación de costos de procedimientos por grupos de edad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuentas en salud.</li> <li>Clasificador CUPS.</li> <li>Información financiera y presupuestal de aseguradores, proveedores y reguladores (MSP).</li> <li>Información de afiliación por régimen de forma regionalizada.</li> <li>Tendencias de variables reales del mercado laboral y de la dinámica demográfica.</li> </ul>
<b>COORDINACION</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección General de Aseguramiento.</li> <li>Dirección de Salud Pública.</li> <li>Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</li> <li>Dirección de Planeación de la Política Sectorial.</li> <li>Grupo de Sistemas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dirección General de Aseguramiento.</li> <li>Dirección de Planeación de la Política Sectorial.</li> <li>Dirección de Desarrollo de Servicios.</li> <li>Grupo de Sistemas (RIPS).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grupos de la Dirección General de Aseguramiento.</li> <li>Superintendencia Nacional de Salud.</li> <li>Contaduría General de la Nación.</li> <li>Dirección de Financiamiento y gestión Financiera.</li> </ul>

(\*) Nombre propuesto para el grupo.



## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 6.1 Conclusiones

**6.1.1** La evaluación integral del equilibrio financiero del SGSSS en salud ha sido una oportunidad de reconstruir el proceso conceptual y metodológico de definición de los Planes de Beneficios y detección de los puntos críticos para implementar una mejora sostenida hacia el futuro.

**6.1.2** La falta de información para una definición de la UPC fundamentada en las frecuencias de utilización efectiva y en los costos del POSC y el POSS, obligó a identificar los factores relacionados con su equilibrio, lo que permitió conocer a profundidad su contenido y plantear la necesidad de implementar un monitoreo y evaluación sistemáticos, de dichos factores.

**6.1.3** En el Régimen Contributivo, los factores relacionados con el equilibrio financiero son:

- Evolución de la subcuenta de compensación.
- Evolución de los indicadores claves del proceso de compensación:
  - Número de cotizantes y beneficiarios.
  - Densidad salarial y familiar.
  - Promedio días compensados, UPC promedio.

**6.1.4** En el Régimen Subsidiado, los factores relacionados con el equilibrio financiero son:

- Evolución de la subcuenta de solidaridad.
- Evolución de la afiliación.
- Promoción y Prevención.
- ECAT.

**6.1.5** La Identificación de las causas de la crisis financiera para los dos regímenes en términos de factores relacionados con los ingresos y egresos establece una forma de abordaje que es necesario realizar de forma sistemática en el futuro.

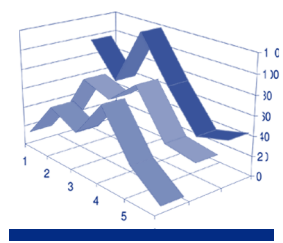
**6.1.6** En el Régimen Contributivo, las causas de la crisis financiera son:

**6.1.6.1** A nivel del Fosyga:

#### a. En los ingresos:

- Recesión económica y desempleo.
- Evasión en la afiliación y en los aportes.
- Modalidades de empleo y de afiliación al sistema, y su relación con la evasión.
- Lógica económica de la evasión.
- Elusión.
- Morosidad en los aportes.
- Rendimientos financieros de los excedentes de la subcuenta de compensación.
- Rendimientos financieros del recaudo.
- Retroactividad del incremento salarial de los empleados públicos.





**b. En los egresos:**

- Valor de la UPC y ponderaciones por grupos de riesgo.
- Incremento en la densidad familiar.
- Multiafiliaciones.
- Afiliaciones fraudulentas.
- Acciones de tutela.
- Recobros por medicamentos no POS.
- Incapacidades por enfermedad general.
- Licencias por maternidad.
- Proyecciones de la subcuenta de compensación.
- Proyecciones de variables clave del proceso de compensación.
- Proyecciones de la Dirección de Gestión Financiera del Ministerio de Salud.

**c. Regímenes de excepción.**

**6.1.6.2** En el ámbito de EPS:

**a. En los ingresos:**

- Copagos y cuotas moderadoras.
- Rendimientos financieros sobre UPC.

**b. En los egresos:**

- Precios y costos de actividades, intervenciones, procedimientos y medicamentos AIPM.
- Frecuencias de AIPM.
- Contenidos de los Planes de Beneficios.
- Modelos de atención.
- Gasto administrativo.
- Acciones de tutela.
- Economías de escala en número de afiliados locales.
- Transferencia de costos de ATEP.
- Selección adversa.

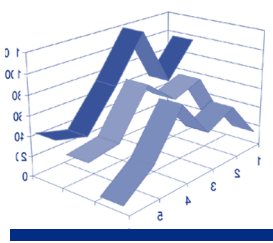
**6.1.7 En el Régimen Subsidiado, las causas de la crisis financiera son:**

**6.1.7.1 A nivel del Fosyga:**

**a. En los ingresos:**

- Disminución del punto de solidaridad.
- Pari-passu no pagado.
- No transformación de subsidios de oferta a demanda.
- Sistema General de Participaciones (SGP).





**b. En los egresos:**

- Valor de la UPC y ponderaciones.
- Afiliaciones fraudulentas.
- Multiafiliados.

**6.1.7.2 En el ámbito de ARS:**

**a. En los ingresos:**

- Cuotas moderadoras.
- Rendimientos financieros.
- Mora del Ente Territorial.

**b. En los egresos:**

- Gasto médico y contenido del POSS.
- Selección adversa.
- Reaseguro.
- Economías de escala en afiliados locales.

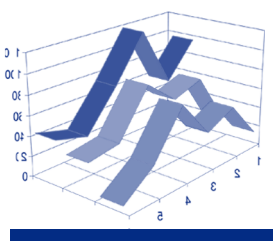
**6.1.8** Sobre la base del análisis de los factores relacionados con el equilibrio financiero UPC-POS y las causas de la crisis financiera, se recomienda para el 2002 un incremento por debajo del crecimiento del IPC estimado para el año 2002, mayor para el Régimen Subsidiado y menor para el Régimen Contributivo.

**6.1.9** El proceso de evaluación implementado exige interdisciplinariedad y un gran trabajo de coordinación tanto dentro del Ministerio, como con otros actores del SGSSS.

**6.1.10** La institucionalización de la evaluación integral del equilibrio financiero del SGSSS es una intervención prioritaria en el corto plazo y depende de dos factores: de la reorganización funcional del grupo de “Análisis de Costos y de la Demanda de Servicios de Salud” al interior de la DGA y de la sistematización inmediata de la metodología utilizada en éste estudio, garantizando la continuidad del acompañamiento técnico de la OPS/OMS, socio importante en este esfuerzo de mejoramiento continuo del SGSSS.

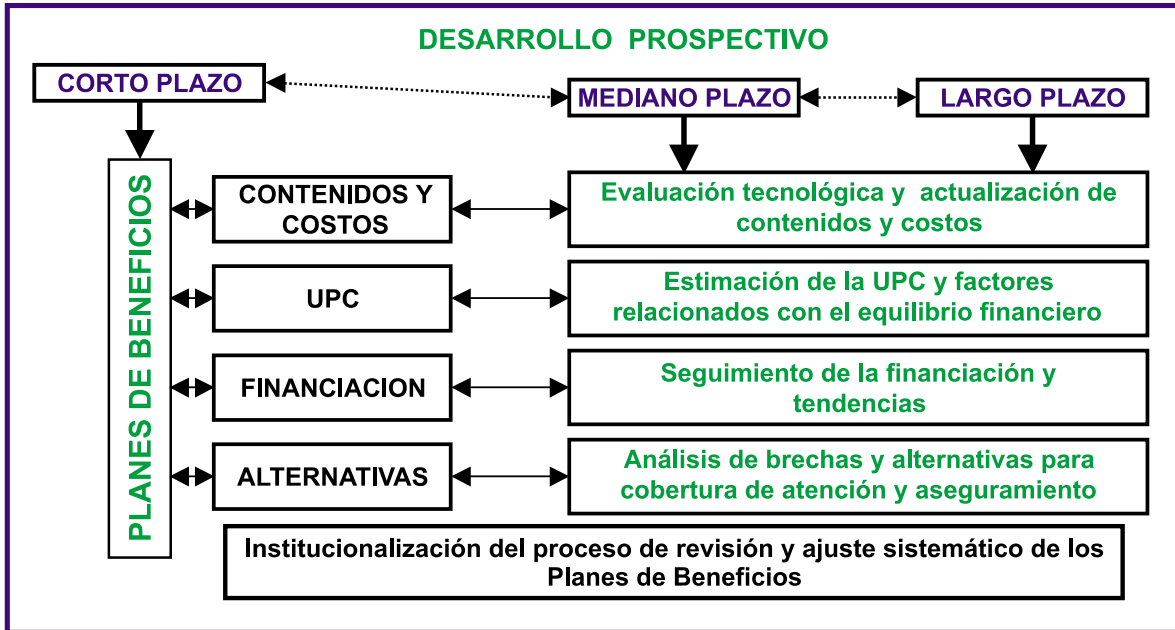
**6.2 Recomendaciones**

Las recomendaciones se plantean desde la perspectiva de los componentes de este estudio, iniciándose con la referencia a las condiciones generales – institucionales que permiten el logro del objetivo final de esta evaluación, que es generar un proceso científicamente fundamentado de ajuste sistemático de los Planes de Beneficios entendido de forma integral como contenidos, costos, UPC, factores relacionados y financiación.



En el siguiente gráfico se da una visualización de estas conclusiones y recomendaciones:

**Gráfico No 3**

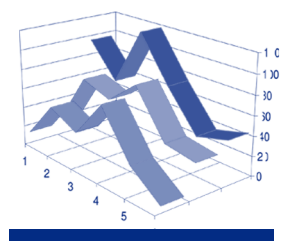


Elaboración: Equipo Evaluación Integral del Equilibrio Financiero del SGSSS 2001

A continuación se especifican:

### 6.2.1 Generales:

- 6.2.1.1 Reorganización funcional interna en la estructura del Grupo de Análisis de Costos y de la Demanda de Servicios de Salud para responder a la evaluación y ajuste sistemático e integral de los Planes de Beneficios (contenidos, costos, UPC y financiación), grupo responsable y líder de este proceso, en el Ministerio de Salud.
- 6.2.1.2 Reactivar los grupos de trabajo y establecer compromisos y acuerdos con sus respectivos planes de trabajo detallados y costeados. Posteriormente y con una amplia participación formalizar el proyecto en el que se definan muy bien las responsabilidades, costos, fuentes de financiación, y los tiempos y movimientos.
- 6.2.1.3 Sistematización de la metodología, instrumentos e información para la revisión y ajuste sistemático de los Planes de Beneficios POSC, POSS (contenidos, costos, UPC, factores relacionados y financiamiento).
- 6.2.1.4 Presentación de propuestas identificadas en el estudio, que de forma inmediata pueden mejorar el equilibrio financiero y la cobertura de servicios y aseguramiento del SGSSS.
- 6.2.1.5 Difusión de los resultados de este estudio en versión corta y ejecutiva.
- 6.2.1.6 Validación y negociación del Plan de trabajo con el nuevo equipo de salud del Gobierno.



### 6.3 Contenidos de los Planes de Beneficios:

El análisis inicial de la coherencia y pertinencia de los diferentes planes de beneficios en esta evaluación ha permitido dimensionar el alcance de su desarrollo, concomitantemente con la realización de actividades urgentes. Para el desarrollo sistemático de la coherencia y pertinencia de los contenidos de los Planes de Beneficios se delinea la necesidad de:

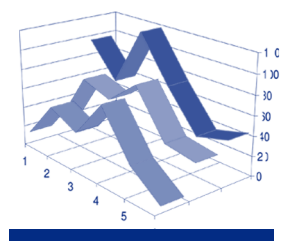
#### 6.3.1 A corto plazo enero-junio 2002:

- 6.3.1.1 Revisión técnica de la coherencia del MAPIPOS expresado en CUPS por parte de los ministerios de Salud y Hacienda.
- 6.3.1.2 Revisión de los medicamentos ofrecidos en los planes de beneficios actuales.
- 6.3.1.3 Finalizar el estudio de costos de 2350 procedimientos, del total de los contenidos en el Manual de Actividades, Procedimientos e Intervenciones del POS.

#### 6.3.2 A mediano plazo julio- diciembre 2002:

- 6.3.2.1 Actualizar los diferentes planes de beneficios (POSC, POSS y PAB) vigentes y establecer la complementariedad y/o superposición de beneficios existentes entre ellos para garantizar integralidad y universalidad.
- 6.3.2.2 Evaluar sistemáticamente los medicamentos de los diferentes planes de beneficios a través del Comité Técnico de Medicamentos asesor del CNSSS.
- 6.3.2.3 Identificar en el POS actual las tecnologías apropiadas para realizar la evaluación tecnológica.
- 6.3.2.4 Estimar los costos de las intervenciones contenidos actualmente en el POS.
- 6.3.2.5 Capacitar y difundir el Manual del POS expresado en CUPS.
- 6.3.2.6 Analizar el comportamiento histórico y tendencias, de la situación de salud en Colombia, para establecer su correspondencia con los planes de beneficios incluyendo la evaluación de la necesidad de actualización del estudio de carga de enfermedad utilizando la CIE-10.
- 6.3.2.7 Determinar criterios de priorización de atenciones: en forma sistemática se debe obtener un esquema que cuantifique y de el peso correspondiente según el segmento poblacional al que se dirigen, la forma en que afectan la situación de salud, el costo-efectividad, la disponibilidad de la tecnología y otras variables de tipo demográfico, de tal forma que basados en el resultado de esta valoración, se puedan eventualmente incluir o excluir distintas actividades, intervenciones y procedimientos en los Planes de Beneficios.
- 6.3.2.8 Formular, presentar, validar e implementar una estrategia para iniciar la gestión y evaluación de tecnología desde un punto de vista integral (medicamentos, instrumentos médicos, procedimientos médicos y quirúrgicos utilizados en la atención médica y los sistemas organizativos en los que se soporta la atención sanitaria), que analizada en conjunto, represente una alta proporción del total de tecnología disponible en las instituciones.  
La gestión de la tecnología a la vez, tiene que establecer como objetivos los siguientes:
  - Definir mecanismos gerenciales, organizativos y de capacidades técnicas e institucionales para implementar la estructura de regulación de la gestión y evaluación de tecnologías.
  - Monitorear la tecnología existente y el desarrollo de nuevas y emergentes tecnologías aplicadas a los servicios de salud.
  - Evaluar la eficacia clínica, seguridad y costo beneficio de las tecnologías, incluyendo sus efectos secundarios.





- Evaluar a corto y largo plazo el efecto de alternativas terapéuticas en diferentes condiciones clínicas, que mejoren la eficiencia y la calidad en la atención.
- Identificar las tecnologías no apropiadas que incrementen costos o dupliquen los riesgos a los que se someten los pacientes.
- Evaluar las tecnologías en términos del “valor agregado” que le imprimen a la atención médica y para sus diferentes actores (proveedores, pacientes y aseguradoras).
- Facilitar la permanente interacción entre necesidades, oferta tecnológica y capacidades institucionales.

### **6.3.3 A largo plazo 2003-2004:**

Redefinir el Conjunto de Prestaciones del Plan de Beneficios, de acuerdo a la población a la que se dirige, caracterizando si sus prestaciones son de tipo individual y/o colectivas, su carácter de bien público, meritorio, o privado y priorizándolas de acuerdo a los criterios ya definidos.

## **6.4 Estimación de la UPC y establecimiento del equilibrio financiero del SGSSS:**

### **6.4.1 A corto plazo enero-junio 2002:**

- 6.4.1.1 Precisar y/o formular propuestas para intervenir sobre los factores identificados en el estudio que influyen el equilibrio financiero.
- 6.4.1.2 Actualizar la UPC–POSC y POSS para el 2003, basados en la actualización de frecuencias de utilización y de estimación de costos de los Planes de Beneficios.

### **6.4.2 A mediano plazo julio- diciembre 2002:**

- 6.4.2.1 Validar y negociar las propuestas formuladas para intervenir en las causas de la crisis financiera actual del sistema, por régimen.

### **6.4.3 A largo plazo 2003-2004:**

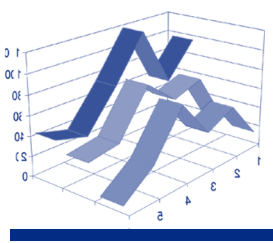
- 6.4.3.1 Estimar el pooling de riesgos por grupo etáreo y ponderadores y si es posible por coeficientes de ajuste regionales.
- 6.4.3.2 Estimar la estructura y composición de la UPC incluyendo los medicamentos para, el 2004.
- 6.4.3.3 Establecer un monitoreo sistemático de los factores que influyen el equilibrio financiero.
- 6.4.3.4 Elaborar, validar e implementar las propuestas para intervenir en los factores que influyen el equilibrio financiero.

## **6.5 Financiación**

### **6.5.1 A corto plazo enero-junio 2002:**

- 6.5.1.1 Capacitar sobre análisis del financiamiento (metodología de Cuentas en Salud) y formulación de cronogramas de tareas específicas.





## **6.5.2 A mediano plazo julio- diciembre 2002:**

- 6.5.2.1 Actualizar el análisis de financiamiento: fuentes, usos, brechas y sostenibilidad.
- 6.5.2.2 Formular, validar, negociar e implementar las propuestas identificadas en el estudio para influir en la crisis actual del sistema.

## **6.5.3 A largo plazo 2003-2004:**

- 6.5.3.1 Monitorear la situación actual y tendencias de las fuentes de financiamiento, flujos financieros y mecanismos de asignación, destino y usos.
- 6.5.3.2 Analizar la suficiencia financiera de la UPC, brechas, alternativas de financiamiento y sostenibilidad.
- 6.5.3.3 Monitorear los factores que previenen o profundizan la crisis del equilibrio financiero de la UPC-POS.
- 6.5.3.4 Formular, validar, negociar e implementar las propuestas para influenciar los factores identificados como importantes para el equilibrio financiero.

## **6.6 Alternativas y escenarios:**

### **6.6.1 A corto plazo enero-junio 2002:**

- 6.6.1.1 Formular alternativas y escenarios con los productos de los componentes anteriores, formular las opciones para la UPC, cobertura progresiva de servicios y de aseguramiento y la sostenibilidad del financiamiento.

### **6.6.2 A mediano plazo julio- diciembre 2002:**

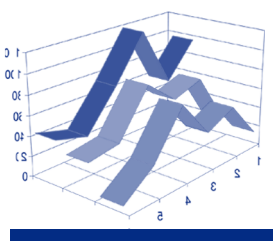
- 6.6.2.1 Formular alternativas y escenarios con los productos de los componentes anteriores, formular las opciones para la cobertura progresiva de servicios y de aseguramiento y la sostenibilidad del financiamiento.
- 6.6.2.2 Validar y negociar desde una perspectiva técnico-política participativa las alternativas y escenarios e implementar las alternativas óptimas.

### **6.6.3 A largo plazo 2003-2004:**

- 6.6.3.1 Establecer diferentes alternativas y escenarios con los productos de los componentes anteriores y establecer las opciones para la cobertura progresiva de servicios y de aseguramiento y la sostenibilidad del financiamiento.
- 6.6.3.2 Validar y negociar desde una perspectiva técnico-política las alternativas y escenarios e implementar las alternativas óptimas.

## **6.7 Resumen de propuestas**

Producto del estudio de Evaluación Integral el Equilibrio Financiero del SGSSS y de las recomendaciones realizadas en el Taller con expertos nacionales e internacionales se identifican algunos elementos de carácter general y específico por régimen que influirían positivamente en el mejoramiento del SGSSS; a continuación se presentan algunas de carácter general dirigidas principalmente a los entes reguladores del sistema y otras específicas para cada uno de los regímenes.



## 6.7.1 Generales

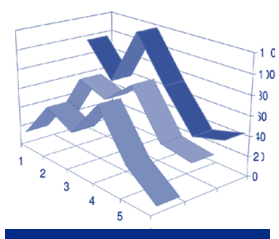
- Construir un liderazgo en el Ministerio de Salud y una responsabilidad compartida entre todos los actores del Sistema y con actores de otros sectores que influyen el sistema (M. Hacienda, DNP, ACEMI, ACHC, Cosesam y otros).
- Precisar roles y decisiones por niveles desde el CNSSS a todos los actores del sistema.
- Mejorar el sistema de información del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- Fortalecer la capacidad gerencial y formas organizacionales de los actores del sistema. Realizar investigación sistemática en las áreas que este estudio considera necesario reforzar.

## 6.7.2 Específicas por régimen

Para influenciar la crisis actual del SGSSS, el estudio ha sugerido para los regímenes contributivo y subsidiado, las siguientes estrategias en tres tiempos: inmediato, corto y mediano – largo plazo.

### 6.7.2.1 Régimen Contributivo:

Inmediatas	Corto plazo	Mediano-largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoliquidación unificada.</li> <li>- Retención en la fuente a contratistas independientes.</li> <li>- Cruce con medicina prepagada y cotización sobre un mínimo de 8 salarios mínimos para cotizantes con medicina prepagada.</li> <li>- Reducción del período de desafiliación de 6 a 3 meses después de la suspensión, con igual ajuste a los acuerdos de pago.</li> <li>- Incremento en las exigencias de cotización a afiliados adicionales.</li> <li>- Obligar acreditación de vínculo familiar a partir del segundo beneficiario o a todos.</li> <li>- Perfeccionar los actuales procesos de cruce de información para detección de multifiliados y afiliados fantasma.</li> <li>- Estimar el valor de la UPC y los ponderadores a partir de datos desagregados de EPS.</li> <li>- Reducción en el aporte de incapacidades de 0,25% a 0,23%.</li> <li>- Inspecciones relámpago a empleadores y EPS para constatar veracidad de retenciones por licencias de maternidad.</li> <li>- Reducción en el aporte para P&amp;P al 0.3% o transferencia de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Central de canje bancario.</li> <li>- Nuevo modelo de presunción de ingresos para independientes.</li> <li>- Cuentas únicas para recaudos bajo el control del FOSYGA.</li> <li>- Compensación por caja y no por causación.</li> <li>- Control de afiliación en hospitales y clínicas.</li> <li>- Otorgamiento a las EPS de una porción del recaudo.</li> <li>- Fortalecimiento de acciones de inspección, vigilancia y control, especialmente sobre grupos de altos ingresos y bajas densidades familiares.</li> <li>- Incrementar el techo del IBC a 25 SMLV</li> <li>- Implementar el sistema de acreditación de EPS empezando por los indicadores de “Planeación de la Atención” y “Red de Servicios”.</li> <li>- Derogar la disposición para los pacientes de alto costo que los obliga a permanecer hasta dos años, después de terminado el tratamiento en la misma EPS.</li> <li>- Disminuir asimetría de la información a los usuarios por parte del MINSALUD y/o SUPERSALUD en relación al modelo de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facturación de aportes a independientes.</li> <li>- Central única de recaudo.</li> <li>- Sistema de fiscalización, basado en el Libro IV del Estatuto Tributario.</li> <li>- Seguro de cotizaciones, tomando parte de las cesantías.</li> <li>- Incluir los regímenes de excepción en la compensación; u obligarlos a aportar un 1% de su IBC al Régimen Contributivo</li> <li>- Fortalecer la producción, recepción y procesamiento de información proveniente de los RIPs</li> <li>- Presentar un proyecto de Ley estatutaria de iniciativa del Ejecutivo, para regular el derecho a la salud y controlar el fenómeno de las acciones de tutela.</li> <li>- Reducir el aporte de solidaridad, bien para todos los cotizantes, o sólo para aquellos con IBC menor de 1 salario mínimo.</li> <li>- Incentivar la adopción de modelos de atención proactivos por parte de las EPS.</li> <li>- Desarrollar un sistema de incentivos / desincentivos por resultados deseables para la salud, que permitan generar una competencia por calidad en las instituciones</li> </ul>

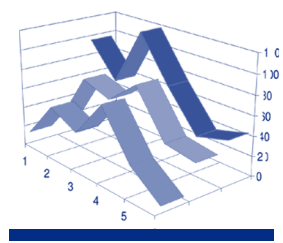


<p>excedentes de la subcuenta de promoción a compensación, sin afectar el valor de la UPC de P&amp;P.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adopción del Acuerdo ADPIC para la producción de antirretrovirales genéricos</li> </ul>	<p>de EPS para mejorar su capacidad de elección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Análisis del costo-beneficio de incrementar cuotas moderadoras al 10% considerando criterios progresivos.</li> <li>- Influenciar el mejoramiento de la información financiera sobre gastos médicos y administrativos de las EPS.</li> </ul>	<p>aseguradoras y prestadoras del sistema.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscar alternativas de financiamiento equitativas, progresivas y sostenibles.</li> <li>- Establecer criterios de asignación de recursos y mejoramiento de la contabilidad financiera del SGSSS, que incluya el reporte sistemático de las Cuentas de Salud.</li> </ul>
--	---	--

### 6.7.2.2 Régimen Subsidiado:

Inmediatas	Corto plazo	Mediano-largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar un debate sobre la importancia del gasto en salud y la rendición de cuentas de los hospitales públicos y demás actores del SGSSS, orientado a volver prioritario el tema de salud e inclinar la voluntad política hacia los objetivos del sector.</li> <li>- Perfeccionar los actuales procesos de cruce de información para detección de multifiliados RS-RS y RS-RC, y afiliados fantasmas.</li> <li>- Inspecciones relámpago a municipios para verificar elegibilidad de beneficiarios de Régimen Subsidiado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acelerar el proceso de transformación de subsidios en las regiones con mayores recursos y más competitivas en la prestación de servicios</li> <li>- Evaluar los servicios en los que hay mayor evidencia de abuso, para considerar el restablecimiento de cuotas moderadoras bajas.</li> <li>- Adopción del acuerdo ADPIC para la producción de antirretrovirales genéricos.</li> <li>- Implementar el sistema de acreditación de ARS empezando por los indicadores de "Planeación de la Atención" y "Red de Servicios".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repensar el concepto de competencias en áreas de no – mercado en términos de regiones, ligado a criterios de desarrollo y político-administrativos.</li> <li>- Crear un sistema de rendición de cuentas para el otorgamiento de subsidios de oferta a instituciones en áreas de no-mercado.</li> <li>- Fortalecer la producción, recepción y procesamiento de información proveniente de los RIPS.</li> <li>- Redefinir el concepto de vulnerabilidad de la ley 100, o tramitar una ley estatutaria que defina los alcances de este concepto en el sector salud.</li> <li>- Incentivar desde las ARS la adopción de modelos de atención proactivos.</li> <li>- Estudiar la posibilidad de establecer una estructura de subsidios parciales para aquella población del régimen subsidiado.</li> </ul>





## 9. Bibliografía

ACEMI. Memorando al Señor Ministro de Hacienda y Señora Ministra de Salud. Septiembre 18 de 2001.

Bitrán & Asociados – Econometría, *Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de la afiliación, pago y recaudo de ajustes al sistema*, Informe de Avance, Proyecto No. 03-99, Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma, enero de 2001.

Camacho SM, Cueto E. (2001). Es suficiente la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo? Un estudio de caso en la Sabana de Bogotá. Borrador de Tesis de grado Universidad de Antioquia Facultad de Salud Pública, Programa de Epidemiología.

CENDEX-Universidad Javeriana (2001). Análisis del equilibrio financiero de la Unidad de Pago por Capitación subsidiada. Documento técnico ASS/822-01.

Departamento Nacional de Planeación, *Exposición de motivos- Reforma a la Ley 60 de 1993-Sector Salud*, documento de trabajo DNP-UDS-DISAL, versión 03-06/09/01.

Departamento Nacional de Planeación, *Sostenibilidad financiera del régimen subsidiado en salud-Fosyga*, Bogotá D.C., agosto de 2000.

Drucker P (2001). The near future. *The Economist*. Nov 1, 2001.

Feldstein PJ (1993). *Health Care Economics*. Delmar Publishers, New York.

Giedión U, López A (2000). Evaluación de la transformación de subsidios de oferta a demanda, 1994-2000. Ministerio de Salud. Mimeo.

Given RS (1997). Ensuring competition in the market for HMO services. En: *Competitive managed care*. Editado por: Wilkerson JD, Devers KJ y Given RS. Jesy Bass Publishers, San Francisco, p 190.

González JI (2000). Eficiencia horizontal y vertical del Sistema de Selección de Beneficiarios (SISBEN). Misión Social-DNP. Mimeo.

Ley 100 de 1993.

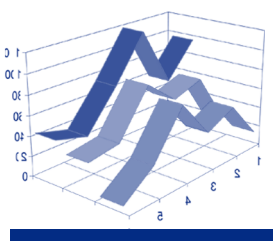
Ley 344 de 1996.

Ministerio de Salud (2001) Unión Temporal Bitrán-ESAP-Econometría. Análisis de evasión y elusión. Mimeo.

Ministerio de Salud (2001) Consorcio Asociación CGH-CCHSA-Qualimed. Componente acreditación de EPS, ARS y las que se asimilen. Mimeo.

Ministerio de Salud (1998) Dirección de Estudios Económicos e Inversión Pública. El plan Obligatorio de Salud –POS- Contributivo y Subsidiado.





Ministerio de Salud – OPS/OMS, *Estudio de Evaluación Integral del Equilibrio Financiero del Sistema General de Seguridad Social en Salud*, Bogotá D.C., Colombia, agosto de 2001.

Ministerio de Salud (2000) Estudio técnico y financiero para la determinación de la unidad de pago por capitación de los regímenes contributivo y subsidiado a regir para el año 2001.

Ministerio de Salud (2000). Evaluación del SISBEN: eficiencia y eficacia institucional del proceso de identificación, clasificación y selección de beneficiarios. Informe final.

Ministerio de Salud (1994). La Reforma a la Seguridad Social en Salud, Bogotá 1994. Tomo 1.

Ministerio de Salud (2000) Ponderaciones de la UPCC a partir de datos desagregados de dos EPS del Régimen Contributivo en 1998. Mimeo.

Ministerio de Salud – FOSYGA, *Resultados del ejercicio de compensación 1997-2000, según información enviada por las EPS*, Bogotá D.C., abril de 2001.

Ministerio de Salud (2001). Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Situación Actual y Perspectivas. Resumen Ejecutivo. Mimeo.

Plaza Beatriz. Colombia: Cost Effectiveness & Priority Setting. Case Study.

Rice TH. (1983). The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand. *Medical Care*. 21(8):803-15

Rice TH, Labelle JR (1989). Do physicians induce demand for medical services? *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 14(3):587-600.

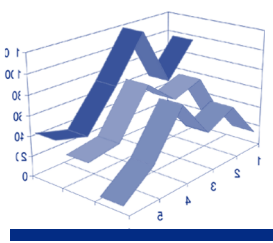
Robinson JC (2001) Theory and practice in the design of physician incentives. *The Milbank Quarterly*. 79(2):149-177.

Salazar V, Restrepo JH, Rincón GP, Gómez CE (2001). Empleo y seguridad social en Colombia: la necesidad de replantear una relación que se diluye. Grupo de Economía de la Salud -GES-, Centro de Investigaciones Económicas -CIE- Universidad de Antioquia. Mimeo.

Superintendencia Nacional de Salud. Boletín estadístico No. 8, Agosto 2001.

Universidad Nacional de Colombia (2001). Proyecto: Evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos encargados de adelantar las funciones de financiación, aseguramiento y prestación de servicios en el Régimen Subsidiado. Cuarto informe cuatrimestral: análisis financiero. Mimeo.

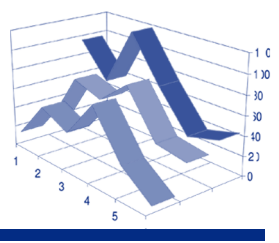
Zweifel P, Manning WG (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. En: *Handbook of Health Economics*, editado por AJ Culyer y JP Newhouse. Elsevier Science. pp 409-59.



## NOTAS

A large, vertically oriented rectangular area with rounded corners, containing horizontal lines for writing notes.

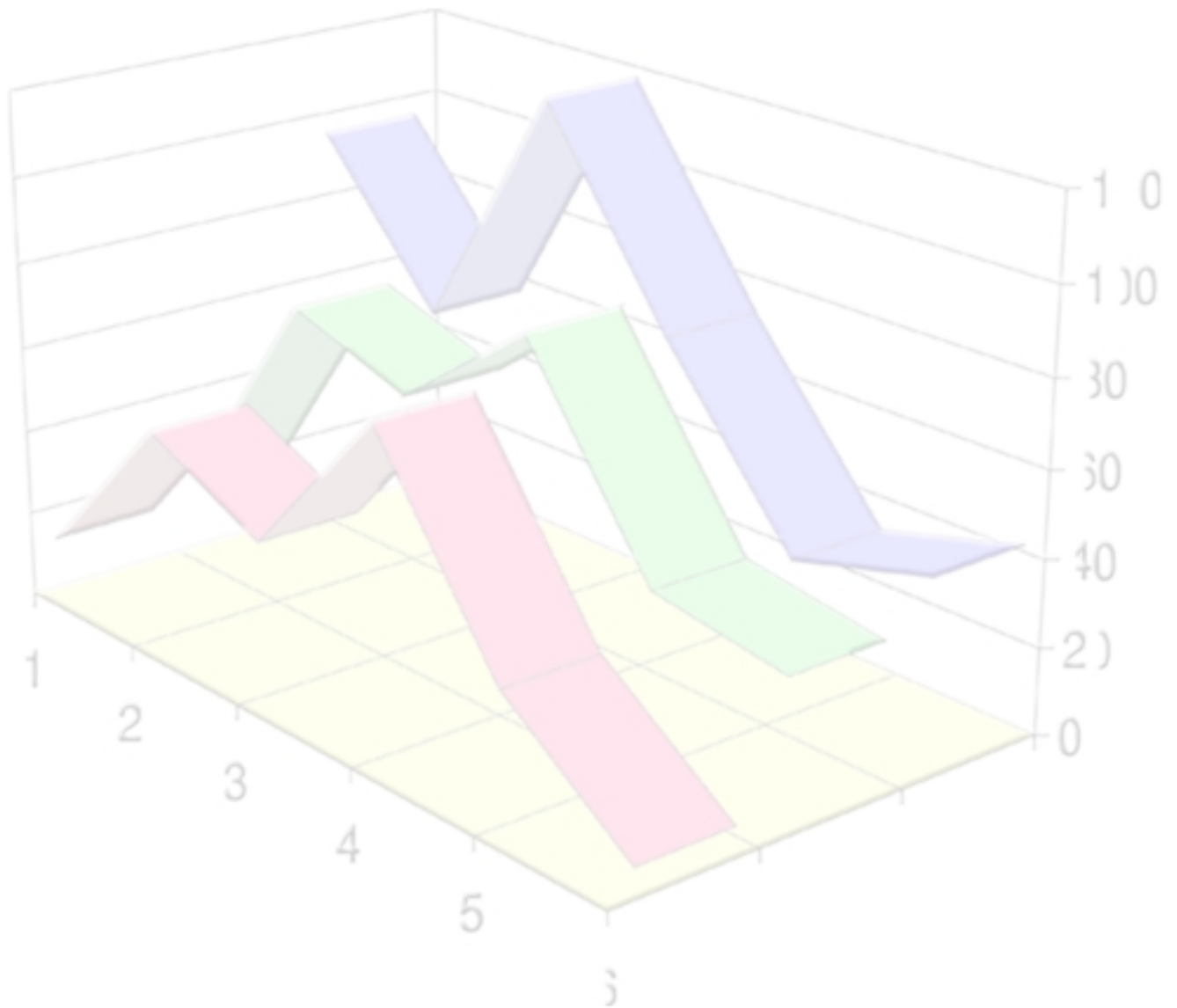




## NOTAS

A large rectangular area with rounded corners, containing horizontal lines for writing notes.





REPUBLICA DE COLOMBIA  
**MINISTERIO DE SALUD**  
 Dirección General de Aseguramiento

