Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

Libertad y Orden

BICENTENARIO de la Independencia de Colombia 1810-2010

Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación 2007 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la Unidad de Pago por Capitación

Autores: Bolívar, Mery; Alfonso Eduardo; Hurtado, Giovanni; Guerrero, Hernando; Gonzalo, Aldea; Torres, Genny

Director General de Gestión de la Demanda en Salud:
Leonardo Cubillos Turriago

BOGOTÁ, DICIEMBRE DE 2008

Tabla de contenido

1 INTRODUCCIÓN 5
2 METODOLOGÍA 6
3 RESULTADOS 17
3.1 ASEGURADORAS QUE CUMPLEN CRITERIOS DE COBERTURA Y CALIDAD DE INFORMACIÓN 17
3.1.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 17
3.1.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO 19
3.1.3 RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL 23
3.2 CARACTERÍSTICAS DEL ASEGURAMIENTO 24
3.2.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 24
3.2.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO 28
3.2.3 RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL 32
3.3 DESCRIPCIÓN DE LA SUFICIENCIA DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA FINANCIAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD 35
3.3.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO 36
(3) Estados financieros reportados a la SNS 39
3.3.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO 47
(3) Estados financieros reportados a la SNS 49
3.4 DESCRIPCIÓN DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO (PONDERADORES) QUE SON DETERMINANTES DEL GASTO EN SALUD 55
3.4.1 IMPACTO DE LOS PONDERADORES PROPUESTOS EN LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LOS REGÍMENES 69
4 CONCLUSIONES 71
5 RECOMENDACIONES 73
6 ANEXOS 76
6.1 Anexo1. Variables de población del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 76
6.2 Anexo 2. Variables planes de beneficio del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 77
6.3 Anexo 3. Códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas del Estudio de suficiencia POS – UPC 2007 79
6.4 Anexo 4. Proceso de Información del Estudio de suficiencia POS – UPC 2007 80
6.5 Anexo 5. Estructura de la solicitud de información de población del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 81
6.6 Anexo 6. Estructura de la solicitud de información de prestación de servicios del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 82
6.7 Anexo 7. Definición de los ítems a detallar en el valor en la solicitud de información del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 85
6.8 Anexo 8. Formato de solicitud de información sobre la cobertura de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS según forma de reconocimiento del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 88

6.9 Anexo 9. Matriz de coberturas de coberturas de registros de información de prestación de servicios de salud de cada una de las EPS del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 1

6.10 Anexo 10. Factores que se combinan para obtener la cobertura del Estudio de suficiencia POS - UPC 2006 2

6.11 Anexo 11. Matriz de coberturas de registros de información de prestación de servicios de salud para el conjunto de las EPS del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007 3

6.12 Anexo 12. Nota técnica para el conjunto de las EPS del Estudio de suficiencia POS - UPC 2006 - 2007 4

Tablas

Tabla 1 Fuentes de información _____ *7*
Tabla 2 Procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud _____ *9*
Tabla 3 Colombia. Coberturas de información en registros y valores en el Régimen Contributivo, 2007 ____ *17*
Tabla 4 Colombia. EPS seleccionadas para el Estudio de Suficiencia 2007 en el Régimen Contributivo, 2007 _____ *18*
Tabla 5 Colombia. Coberturas brutas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Pleno, 2007 _____ *19*
Tabla 6 Colombia. Coberturas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Pleno sin valores extremos, 2007 _____ *21*
Tabla 7 Colombia. EPS seleccionadas para el Estudio de Suficiencia 2007 en el Régimen Subsidiado Pleno, 2007 _____ *22*
Tabla 8 Colombia. Coberturas brutas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Parcial, 2007 _____ *23*
Tabla 9 Distribución por edad y sexo de los afiliados equivalentes (1) al régimen contributivo, 2007. _____ *25*
Tabla 10 Distribución por EPS de los afiliados equivalentes del régimen contributivo, 2007 _____ *26*
Tabla 11 Distribución porcentual de los afiliados equivalentes del régimen contributivo por departamentos, 2007. _____ *27*
Tabla 12 Distribución de la poblacional de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno por grupos de edad y sexo, 2007 _____ *28*
Tabla 13 Distribución porcentual de los afiliados equivalentes al régimen subsidiado pleno por departamento, 2007 _____ *30*
Tabla 14 Distribución de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno según EPS, 2007. _____ *31*
Tabla 15 Distribución porcentual de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado parcial según departamento del país, 2007. _____ *34*
Tabla 16 Distribución porcentual de afiliados equivalentes del régimen subsidiado parcial por EPS, según sexo, 2007. _____ *35*
Tabla 17 Gasto per cápita en el Régimen Contributivo año 2007 _____ *36*
Tabla 18 Ingreso per cápita de las EPS en el Régimen Contributivo año 2006 _____ *38*
Tabla 19 Relación Gasto Ingreso en el Régimen Contributivo, año 2006 _____ *39*
Tabla 20. Partidas contables para los escenarios de suficiencia del régimen contributivo _____ *40*
Tabla 21. Lista de entidades incluidas en el Universo – Régimen contributivo _____ *42*
Tabla 22. Suficiencia del Universo incluyendo provisiones del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita _____ *43*

Tabla 23. Suficiencia del Universo, excluyendo provisiones, del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita 44
Tabla 24. Gastos administrativos de ventas y otros gasto como porcentaje de los ingresos operativos en el régimen contributivo, 2004 - 2007 45
Tabla 25. Suficiencia de las EPS que cumplieron los criterios de calidad y cobertura, incluyendo provisiones, del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita 45
Tabla 26. Suficiencia de las Entidades que cumplieron los criterios de calidad y cobertura, excluyendo provisiones, del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita 46
Tabla 27. Resumen suficiencia del régimen Contributivo 46
Tabla 28 Gasto per cápita en el Régimen Subsidiado Pleno, año 2006 47
Tabla 29 Ingreso per cápita de las EPS en el Régimen Subsidiado Pleno, año 2007 48
Tabla 30 Relación Gasto Ingreso en el Régimen Subsidiado Pleno año 2007 49
Tabla 31. Partidas contables para los escenarios de suficiencia del régimen subsidiado 50
Tabla 32. Lista de entidades incluidas en el Universo – Régimen subsidiado 52
Tabla 33. Suficiencia del Universo del régimen contributivo con base en los gastos e ingresos totales 53
Tabla 34. Suficiencia de las Entidades del régimen subsidiado con base en los procesos de calidad del 1 al 7, con base en el gasto e ingreso Per cápita 54
Tabla 35. Resumen suficiencia del régimen subsidiado 54
Tabla 36 Ponderadores obtenidos por grupo etario. Colombia 2005, 2006 y 2007 58
Tabla 37 Ajuste ponderadores régimen contributivo grupo etario-sexo y zona 59
Tabla 38 Ajuste ponderadores régimen subsidiado zona 59
Tabla 39 Ponderadores estimados Estudio de Suficiencia 2008 60
Tabla 40 Diferencia porcentual entre los ponderadores estimados y los ponderadores vigentes en el año 2008 60
Tabla 41 Senda de transición propuesta en el año 2007 vs ponderadores observados en 2008 61
Tabla 42 Grupos de ajuste de la UPC por edad y sexo propuestos, Ponderadores vigentes y observados 65
Tabla 43 Senda de transición de ajuste de los ponderadores 67
Tabla 44 Impacto de los ponderadores del régimen contributivo en relación con la UPC promedio real, a 17 de enero de 2008 69
Tabla 45 Impacto de los ponderadores del régimen contributivo en relación con la UPC promedio real durante 2007 70

Figuras

Figura 1 Distribución por edad y sexo de los afiliados equivalentes al régimen contributivo, 2007 25
Figura 2 Pirámide poblacional de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno, 2007. 29
Figura 3 evolución de los ponderadores por edad y sexo de la Unidad de Pago por Capitación. 1995-2008 56
Figura 4 evolución de los ponderadores por edad y sexo de la Unidad de Pago por Capitación. 1995-2008 56
Figura 5 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo (2007) 62
Figura 6 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo (Ponderadores 2008) 63
Figura 7 Error de Predicción como % del valor de la UPC del grupo 64
Figura 8 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo según los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos (ponderadores observados) 66
Figura 9 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo según los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos (ponderadores propuestos año 2009) 68

0 INTRODUCCIÓN

El Ministerio de la Protección Social, como ente rector del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y que tiene a su cargo la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS), ha venido realizando los estudios técnicos tanto en el ámbito de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para financiar el Plan Obligatorio de Salud (POS) como en el de las actualizaciones y ampliaciones a los planes de beneficios, con el fin de entregarle elementos de juicio a este Consejo para que tome las decisiones requeridas para ajustar los planes de beneficios de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, POS-C y POS-S y sus respectivas unidades de pago por capitación UPC-C y UPC-S, para la vigencia de 2009.

Los estudios de suficiencia, a que se hace mención, tienen por objeto determinar la suficiencia de la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado para financiar los servicios contenidos en los respectivos planes de beneficios. La fuente de información han sido las Entidades Promotoras de Salud (EPS) del país en ambos regímenes. Adicionalmente se ha logrado conocer el comportamiento del aseguramiento, la morbilidad, el comportamiento de los servicios y sus costos y el comportamiento de los mecanismos de ajuste de riesgo vigentes en el aseguramiento en salud del país.

En el presente documento se exponen los hallazgos identificados en el desarrollo del Estudio de suficiencia POS/UPC en el año 2007, con base en la información suministrada por las EPS, tanto del régimen contributivo como las del régimen subsidiado, resultado de su gestión y operación en el aseguramiento en salud. Entre ellos se cuenta con la valoración y descripción del comportamiento de los determinantes del gasto en salud de los afiliados al SGSSS, edad, sexo y zona geográfica, que permitirá adelantar los ajustes de riesgo a través los respectivos ponderadores de la UPC.

En primer lugar se describen los aspectos y pasos metodológicos que se usan para analizar la información sobre la suficiencia de la UPC y de los determinantes del gasto, que comprende las variables, fuentes de información, los procesos de calidad de la información, de selección de aseguradoras y los métodos de cálculo para la suficiencia y los determinantes del gasto.

Luego se presentan los resultados iniciando con una descripción de los procesos de calidad de la información entregada por las aseguradoras; seguido de la descripción por régimen de la población asegurada, las coberturas del aseguramiento; los ingresos y el gastos por servicios de salud para el SGSSS en cada régimen y sus respectivas suficiencia; para cerrar con los determinantes del gasto que ajustan el riesgo en salud.

Finalmente se presenta un escenario de suficiencia para el año 2009 en el cual, tomando como base la suficiencia de 2007, se estima el impacto financiero de los ajustes a los ponderadores. Por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

1 METODOLOGÍA

La metodología para el Estudio es única para los regímenes contributivo y subsidiado y se establece como período de análisis de enero a diciembre de 2007. A continuación se describe paso a paso la metodología a seguir:

El Estudio tiene dos objetivos generales. El primero es determinar la suficiencia de las UPC para financiar los servicios contenidos en los planes de beneficios de cada uno de los regímenes que se discriminan en actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos. Los objetivos específicos de este primer objetivo general son: Caracterizar la población asegurada al SGSSS; estimar el ingreso y el gasto por servicios de salud para el SGSSS en cada régimen; y calcular y establecer la suficiencia de la UPC para financiar los planes de beneficios en cada uno de los regímenes del Sistema.

El segundo objetivo general es evaluar los mecanismos de ajuste de riesgo demográficos (variables de edad, sexo y localización geográfica) que están dados por los determinantes del gasto por cada uno de los componentes (ponderadores) de la UPC. Los objetivos específicos de este segundo objetivo son: Evaluar los actuales ponderadores por grupo etario y sexo y evaluar el actual ajuste por zona geográfica especial, normal y conurbada.

El Estudio es longitudinal y descriptivo y las unidades de observación del estudio de suficiencia son los ingresos por concepto de UPC y del valor que se reconoce a las EPS para el desarrollo de actividades de promoción y prevención resultantes del proceso de compensación por afiliado equivalente[1] para el régimen contributivo o de UPC de los afiliados carnetizados para el régimen subsidiado, los copagos y cuotas moderadoras y los recobros por la póliza de alto costo; y los gastos en prestación de servicios de los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, aquellos por recobros y tutelas no reconocidos por el Fosyga y el costo de la póliza de alto costo.

La unidad de observación del Estudio de los mecanismos de ajuste de riesgo son los gastos observados por la prestación de servicios del Plan Obligatorio de Salud en todas y cada una de las EPS que se encuentran en los regímenes contributivo y subsidiado.

Para ello, se requiere información poblacional y de los ingresos recibidos por las EPS y del plan de beneficios prestado a los afiliados con sus respectivos costos, incluyendo los servicios prestados no reconocidos por recobros y tutelas. Las fuentes de información para el análisis de suficiencia son dieciocho bases de datos entre población y servicios, discriminadas así:

[1] Afiliados equivalentes = $\Sigma \frac{\text{Días compensados o carnetizados}}{360}$

Tabla 1 Fuentes de información

FUENTES	DESCRIPCIÓN
Poblacionales	Histórico de población de afiliada compensada (HAC)
	Histórico de población de afiliada no compensadas (HANC)
	Base de datos única de afiliados (BDUA)
	Registro Único de Afiliado a la Protección Social (RUAF)
	Afiliados carnetizados al régimen subsidiado pleno
	Afiliados carnetizados al régimen subsidiado parcial
Servicios	Bases de datos de servicios del régimen contributivo (4)
	Base de datos del régimen subsidiado pleno(1)
	Base de datos de servicios del régimen subsidiado parcial (1)
	Bases de datos de recobros, una por cada régimen (3)
	Bases de datos tutelas, una por cada régimen (3)

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

En el caso del análisis de los mecanismos de ajuste de riesgo se conforma una base de datos con las bases de prestación de servicios de las aseguradoras seleccionadas para el Estudio, en las cuales la unidad de registro es el gasto per cápita anual por cada uno de los regímenes del Sistema. Para un total de diecinueve bases de datos para el Estudio.

Las base de datos poblacionales contienen información de afiliados a cada una de las EPS, y contiene entre otras la información de antigüedad al Sistema, socio-demográfica del afiliado, así como el tiempo de días de compensación, y el IBC o nivel de SISBEN dependiendo el régimen. Por su parte, las bases de datos de servicios acorde con la formulación de las canastas de beneficios vigentes en el país, registran uno a uno[2] las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos recibidos por afiliado, con sus respectivos costos, en el periodo en estudio, por lo que cada afiliado puede registrarse más de una vez.

Adicionalmente, se cuenta con información de los estados financieros reportados por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS); del mismo período en Estudio y los Manuales tarifarios como el de referencia para accidentes de tránsito[3] y el del Instituto de Seguro Sociales.

Las variables de interés para nuestro Estudio son el costo observado por la prestación de servicios en todas y cada una las EPS del SGSSS y los ingresos percibidos para cubrir el costo de la

[2] Se presenta reporte de servicios agregados por las formas de reconocimiento y pago por servicios sin detalle, diagnóstico y procedimiento en los cuales un reporte puede pertenecer a un conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos.
3 Decreto 2423 de 1996

prestación de dichos servicios. El costo se calcula como el gasto per cápita, que se establece como la suma de todos los gastos originados por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados durante el 2007 en el total de la población y los ingresos totales per cápita, que se establece de la suma de todos los ingresos tanto por concepto de UPC como los adicionales. También, se encuentran las variables de población, en especial la de edad, sexo y zona geográfica para la evaluación de los mecanismos de ajuste de riesgo y en el plan de beneficios atenciones en salud. (Ver anexos 1 y 2)

Para el estudio de los mecanismos de ajuste de riesgo, la variable de costo observado por la prestación de servicios es la variable dependiente. Ésta se calcula como el gasto per cápita, que se establece por persona como la suma de todos los gastos originados por cada uno de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos realizados durante el año 2007. Las variables independientes son: Grupo etario, sexo y zona geográfica. Para el estudio se analizan para el régimen contributivo las zonas normal, especial y las ciudades capitales con sus respectivos municipios conurbados.

En consecuencia, la unidad de registro del gasto en salud para estudiar la suficiencia son los servicios de salud generados por la prestación de los planes de beneficios a cada uno de los afiliados al Sistema, discriminados así: actividad, intervención, procedimiento, insumos y medicamentos. Para el caso de la evaluación de los mecanismos de ajuste de riesgo la unidad de registro es el gasto en salud agregado per cápita anual.

El procesamiento de la información del Estudio es dinámico desde la concertación para la solicitud de información, hasta la recepción, organización, retroalimentación y validación de la misma. La solicitud de información a las EPS tiene como objeto obtener las bases de datos de población del régimen subsidiado y las de prestación de servicios tanto del régimen contributivo como del subsidiado, con una estructura específica que contiene las variables del Estudio. Para este año, a solicitud de las EPS por falta de información desagregada, se continuó con el reporte de la forma de reconocimiento y pago por servicio sin detalle y en el régimen subsidiado se continuó el reporte de información de actividades individuales para dentro del marco del Acuerdo 326 de 2006, utilizados en el año 2007, a través de los códigos asignados para tal fin, producto de las reuniones con las diferentes EPS indígenas. (Ver anexo 3)

El proceso de concertación con las EPS fue de enero a mayo de 2008; la solicitud definitiva se envío en mayo 28 de 2008 y se otorgaron dos prorrogas por solicitud de las EPS y la fecha de cierre final fue en julio 18 de 2008. Se realizaron retroalimentaciones y aclaraciones durante todo el período de los diferentes procesos de calidad. La última retroalimentación se realizó el 25 de noviembre de 2008 y se recibió información de las EPS hasta el 5 de diciembre de 2008, a petición de ACEMI vía correo electrónico. De igual forma se solicitó la base de datos de población al régimen contributivo y las tutelas y recobros al Fosyga y los estados financieros a la SNS. (Ver anexos 4, 5, 6 y 7)

La calidad de los datos de prestación de servicios se verifica a través de siete procesos:

Tabla 2 Procesos de calidad de las bases de datos de prestación de servicios de salud

PROCESO	DESCRIPCIÓN
Calidad 1	Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.
Calidad 2	Verificación de la consistencia interna de la información se relaciona con la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo; y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo.
Calidad 3	Verificación cruzada de la información busca la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos con su ámbito y días de estancia; y en el ámbito ambulatorio alertas en cuanto a valores reconocidos máximos y mínimos.
Calidad 4	Verificación de derechos de los usuarios cruza los usuarios a los que se les prestaron servicios contra la totalidad de las base de datos de poblacionales disponibles para el régimen contributivo y contra la base de datos de carnetizados para el régimen subsidiado.
Calidad 5	Verificación de atenciones en salud únicas detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.
Calidad 6	Verificación de la consistencia de la información financiera en el gasto en salud tanto en lo declarado como en lo soportado en los registros de prestación de servicios de salud reportados por las EPS; y en los ingresos en relación con la información declarada en los estados financieros de la SNS.[4]
Calidad 7	Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a 100.000.000.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Una vez establecida las calidades 1, 2 y 3 de la información, en el caso de los registros que tengan valor cero en la capitación se les aplica el valor correspondiente al código del servicio del Decreto 2423 de 1996 (SOAT), con el objeto de proceder a estimar la cobertura. Es importante precisar que para el reemplazo de los valores cero en la capitación, para el caso de las EPS EPS003, EPS013 y EPS023, se realizaron dos reemplazos diferentes a los de las demás EPSs. El primero reemplazo correspondió al 19%, 18% y 18% del valor de las tarifas SOAT respectivamente, y el segundo fue del 68%, 72% y 63% de las tarifas SOAT respectivamente. En el caso de estas EPS no se utilizaron los valores plenos del SOAT para el reemplazo de los valores en cero de la capitación debido a que esto generaba coberturas en valor para dichas EPS muy superiores al 100% del gasto declarado, y una vez fueron consultadas por el Ministerio, las EPS certificaron que no había inconsistencia en el número de eventos reportados y que en consecuencia, las tarifas SOAT plenas no correspondían a la realidad de las EPS, ya que la contratación por cápita les permitía contratar servicios con valores inferiores a las tarifas SOAT.

[4] Los tres primeros procesos están incluidos en la malla de validación. Los restantes se realizan una vez conformada la base de datos con los registros que pasaron la malla.

La cobertura se establece a través de una matriz que verifica el número de registros validos y los valores soportados en las bases de datos frente al universo de datos y valores que debieron ser reportados por los prestadores a las EPS. En esta matriz se identificaron los numeradores y denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura, teniendo en cuenta dos variables de referencia, el ámbito donde se realizó la prestación del servicio y otra variable la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado. (Ver anexos 8, 9, 10 y 11)

Para tomar la decisión, sobre cuáles de las EPS pueden hacer parte del Estudio, porque tienen una cobertura aceptable se construye una matriz con todas las coberturas obtenidas para cada una de las EPS. El criterio de selección es una cobertura en valor por encima del 90%; sin embargo, cuando no todas las EPS alcanzan este porcentaje se determina el percentil 75 una vez eliminados valores por encima de 100%, que en ningún caso deberá ser inferior a 70%, dado que se estima que coberturas por debajo de esta ponen en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia.

En el caso de régimen subsidiado, debido a que las EPS argumentan que la cobertura de registros y valor soportado en la base de datos en la forma de reconocimiento y pago capitación es muy baja, se realizó un tratamiento especial. La matriz de cobertura se construyó con la estimación de las coberturas de las otras formas de reconocimiento y pago diferente a la capitación, es decir pago por servicios, por procedimiento, por diagnóstico y pago directo. El criterio de selección sigue siendo una cobertura en valor por encima del 90%, sin embargo, cuando no todas las EPS alcanzan este porcentaje se determina el percentil 75 al igual que el procedimiento descrito para el régimen contributivo. A las EPS seleccionadas se les tiene en cuenta la totalidad del valor declarado en la capitación, tal como se describe en la página 17.

Aunque la solicitud de información para el estudio de la suficiencia estableció como unidad de registro la actividad, intervención, procedimiento o medicamento entregados, a una sola persona en una fecha definida,[5] algunas EPS reportaron de forma agregada tanto los servicios como su costo. Dado lo anterior, el costo per cápita será calculado de diferentes formas:

MÉTODO 1 DE CÁLCULO DEL GASTO

Los elementos que componen la prima – UPC son la UPC neta, un factor de seguridad (FS), los costos asumidos por la aseguradora por siniestros no incluidos en los planes de beneficios y no asumidos por el FOSYGA por concepto de comités técnico científico (CTC) y tutelas, denominados CTCT, los costos por concepto de pólizas de alto costo (CPA) y los costos de administración y utilidades.

UPC = UPC neta + FS + CTCT + PÓLIZAS AC + AU

[5] Cuando en una misma fecha se prestan varios servicios se registrarán uno a uno con su respectivo código. Cada registro debe contener un solo tipo de actividad, intervención, procedimiento o medicamento de acuerdo a la descripción de variables y estructura de la solicitud de información.

Unidad de Pago por Capitación Neta

La UPC neta resulta de la sumatoria del costo esperado (margen de riesgo) de cada uno de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos utilizados por los afiliados como se expresa en la siguiente fórmula:

$$UPC_{NETA} = \sum_{s} MR\ (a, i, p, m, n)$$

Donde MR(s) (Margen de riesgo de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos (a,i,p,m,n)) =

Frecuencia (a,i,p,m,n) X Costo(s)

Y

Frecuencia (a,i,p,m,n)=

Número total de actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos (s) prestados a la población afiliada / Número total de afiliados

El costo de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos es el valor que la EPS reporta haber pagado por cada uno de ellos.

Factor de seguridad

$$p = \pi + \frac{\sigma}{\sqrt{n}} Z_{1-\alpha} = \pi\left(1 + \frac{\sigma}{\pi\sqrt{n}} Z_{1-\alpha}\right)$$

Donde:

p = UPC con cargo de riesgo
= UPC neta
Z = percentil 1-a de la distribución normal
 = desviación estándar

Costos de tutelas y comité técnico científico

Los costos de tutelas y comité técnico científico asumidos por la EPS por siniestros no incluidos en los planes de beneficios resultan de la diferencia del total de los costos de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos por concepto de CTC y tutelas facturados al FOSYGA y los costos no asumidos por el mismo.

CTCT = Σ costos de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos de CTC y tutelas facturados a FOSYGA – Σ costos de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e insumos de CTC y tutelas no asumidos por el FOSYGA

Costos de pólizas de alto costos

Los costos de pólizas de alto costo corresponden al valor pagado por las EPS por este concepto.

Costos de administración y utilidades

Los costos administrativos son los relativos a la suscripción, emisión, cobranza, administración, control u otra función para el manejo operativo y la utilidad definida por cada una de las aseguradoras.

MÉTODO 2 DE CÁLCULO DEL GASTO

Dado que aseguradoras argumentaron, durante el proceso de concertación de solicitud de información para el Estudio, que no contaban con la información desagregada a través de registros individuales de atención como se requería para calcular la UPC neta, se les permitió el reporte de información agregada tomada de otras fuente de información diferente de los Registros Individuales de Atención, RIPS, tales como la facturación, el sistema de autorizaciones, entre otros.

Por lo anterior, la unidad de reporte no fue la misma para todas las aseguradoras y siendo la variable costos representada en el gasto soportado igual para todas las aseguradoras, la UPC se calculó así:

UPC neta= Σ gasto soportado en la base de datos por las aseguradoras luego de los procesos de calidad.

Adicionalmente, se tuvieron en cuenta los gastos reportados por cada una de las EPS de forma agregada por concepto de pólizas de alto costo, valores no reconocidos por el FOSYGA por CTC y tutelas.

Para quedar la UPC neta finalmente así:

Costo per cápita = Σ gasto soportado en la base de datos por las aseguradoras luego de los procesos de calidad + pólizas de alto costo + valores no reconocidos por el FOSYGA por CTC y tutelas/Número total de afiliados

El régimen subsidiado tendrá una variación de cálculo en este método, dados los argumentos de las EPS de este régimen que la cobertura, en el sentido de que los registros y el valor soportado en la base de datos en la forma de reconocimiento y pago capitación es muy baja. Se calculará la UPC teniendo en cuenta el valor declarado para capitación así:

UPC neta= *Σ gasto en servicios por servicios + servicios sin detalle +procedimiento + diagnóstico + directo soportado en la base de datos por las aseguradoras luego de los procesos de calidad + gasto declarado por capitación*

Para quedar la UPC neta finalmente así:

Costo per cápita=Σ gasto en servicios por servicios + servicios sin detalle +procedimiento + diagnóstico + directo soportado en la base de datos por las aseguradoras luego de los procesos de calidad + pólizas de alto costo + valores no reconocidos por el FOSYGA por CTC y tutelas

MÉTODO 3 DE CÁLCULO DEL GASTO

De igual forma, para los costos per cápita se tuvo en cuenta los valores reportados en la declaración del gasto total por cada una de las formas de reconocimiento y pago, mas los valores declarados por pólizas de alto costo, valores no reconocidos por el FOSYGA por CTC y tutelas.

UPC neta = *Gastos declarados*

Costo per cápita = *Σ gasto en servicios por capitación + servicios + servicios sin detalle +procedimiento + diagnóstico + directo + gastos pólizas de alto costo + valores no reconocidos por el FOSYGA por CTC y tutelas + otros gastos*

MÉTODO 4 DE CÁLCULO DEL GASTO

Para los costos per cápita se tiene en cuenta los valores reportados en los estados financieros de las cuentas seleccionadas, de acuerdo con cada uno de los regímenes.

Costo per cápita =Σ valor de las cuentas del gasto seleccionadas de los estados financieros según el régimen

Por su parte los ingresos se calcularán de dos formas para dar correspondencia a los diferentes abordajes de gasto.

MÉTODO 1 DE CÁLCULO DEL INGRESO

En lo que respecta al ingreso se tuvieron en cuenta las unidades de pago por capitación, el valor per cápita de promoción y prevención, copagos, cuotas moderadoras y recobros por la póliza de alto costo.

Ingreso per cápita = Σ UPC ± valor per cápita de promoción y prevención[6] + recobros de póliza de alto costo + copagos + cuotas moderadoras

MÉTODO 2 DE CÁLCULO DEL INGRESO

En relación con los ingresos per cápita se toman las cuentas seleccionadas de los estados financieros, de acuerdo con el régimen.

Ingreso per cápita =Σ valor de las cuentas del ingreso seleccionadas de los estados financieros según el régimen

CÁLCULO DE LA SUFICIENCIA

A partir de esta información se hace una revisión que tiene como objetivo calcular la suficiencia y aquellas variables que se relacionan con el gasto como la morbilidad, el uso de los servicios entre otras.

La suficiencia se determina comparando la suma total del valor de los siniestros en salud, amparados en los planes de beneficios, ante las contingencias en salud mas los costos no asumidos por el FOSYGA por concepto de CTC y tutelas, con relación a la suma total de los ingresos recibidos por las mismas por concepto de primas UPC / UPC-S, copagos, cuotas moderadoras, recursos para promoción y prevención, recobro de pólizas de alto costo).

La suficiencia entonces se expresa como el cociente del valor de la UPC neta y los ingresos recibidos por cada EPS para cubrir los servicios establecidos en el plan:

$$SuficienciaUPC = \frac{UPC_neta + CTCT}{Ingresos}$$

El valor de este cociente estará entre 0 y 100% y se considerará suficiente dentro de un rango que toma en cuenta los valores aceptables de costos administrativos y utilidad.

El soporte del valor de los siniestros en salud o gasto en salud se evidencia de diferentes formas y fuentes. Se plantea una primera forma que tiene en cuenta los datos agregados y obtenidos de las diferentes fuentes disponibles de las cuales se seleccionan los datos más confiables a partir de las evaluaciones de la información y por el otro lado, la segunda forma se basa en datos desagregados y hace referencia al cálculo de la UPC neta a partir de las frecuencias de uso de servicios de la

[6] En el régimen contributivo el valor per cápita de promoción y prevención se tiene en cuenta para sumar en los ingresos por cada uno de los afiliados. En el caso del régimen subsidiado este valor no se aplica dado que no está normado.

población afiliada y los valores del costo de los respectivos servicios. Con todas estas combinaciones se realizarán cuatro escenarios con el objeto de revisar el comportamiento de la suficiencia y se tomará el escenario basados en los datos desagregados para las recomendaciones.

La evaluación de los mecanismos de ajuste de riesgo se realiza a través del análisis del peso que tienen las variables edad, sexo y zona geográfica en el costo en salud y se compara cómo se comporta el ponderador estimado con ese gasto en salud y el ponderador actual. Los ponderadores por grupo etario y zona estimados se obtienen a través de dos métodos basados en el gasto en salud per cápita.

MÉTODO 1 CÁLCULO MEDIANTE PROMEDIO DE CELDAS

La metodología para el cálculo mediante promedio de celdas es la siguiente:

- Conformación de una nueva base de datos con los registros de las EPS seleccionadas, en la que se obtiene un solo registro per cápita al cual se le suma todo el gasto en salud anual.

- Obtención del gasto por edad y sexo de la nueva base de datos de prestación de servicios de salud de las EPS incluidas en el estudio.

- Obtención del gasto por zona normal, especial y ciudades capitales y sus municipios conurbados de la nueva base de datos de prestación de servicios de salud de las EPS incluidas en el estudio.

- Obtención del gasto per cápita para cada uno de los grupos de edad, sexo y zona de cada una de las EPS incluidas en el estudio y el total de las mismas.

- Cálculo de la razón de ponderación o de los ponderadores para cada uno de los grupos de edad, sexo y zona a partir del gasto per cápita promedio de todas las EPS incluidas en el estudio comparado con el costo promedio esperado para el año 2006, así:

  - *Obtención de la relación entre el gasto per cápita promedio dividido por*

    - *86% de la UPC + valor de Promoción y Prevención*

  - *Resultado: Ponderadores del gasto en salud financiados con la UPC y valor de Promoción y Prevención.*

- Ajuste de los ponderadores:

  - *Estimación del ingreso según los ponderadores calculados*

- *Disminución de la estimación del ingreso en el valor de Promoción y Prevención.*

- Comparación del ponderador estimado para cada uno de los factores con los ponderadores actuales de la UPC por edad, sexo y zona geográfica normal, especial y conurbados.

- Estimación del impacto de los nuevos ponderadores de la UPC por edad, sexo y zona.

MÉTODO 2 CÁLCULO CON REGRESIONES

La metodología para el cálculo con regresiones es la siguiente:

- Conformación de una nueva base de datos con los registros de las EPS seleccionadas, en la que se obtiene un solo registro per cápita al cual se le suma todo el gasto en salud anual.

- Se realizaron regresiones con los factores de grupo etario, sexo y zona geográfica, haciendo las respectivas interacciones entre las variables.

- Los betas de cada una de las variables independientes corresponden al gasto en salud promedio por cada uno de los factores en estudio.

- Cálculo de la razón de ponderación o de los ponderadores para cada uno de los grupos de edad, sexo y zona a partir del gasto per cápita promedio de todas las EPS incluidas en el estudio comparado con el costo promedio esperado para el año 2006, así:

  - *Obtención de la relación entre el gasto per cápita promedio dividido por*

    - *86% de la UPC + valor de Promoción y Prevención*

  - *Resultado: Ponderadores del gasto en salud financiados con la UPC y valor de Promoción y Prevención.*

- Ajuste de los ponderadores:

  - *Estimación del ingreso según los ponderadores calculados.*

  - *Disminución de la estimación del ingreso en el valor de Promoción y Prevención.*

- Estimación del impacto de los nuevos ponderadores de la UPC por edad, sexo y zona.

Finalmente, se presentan los datos de la suficiencia de las UPC para financiar los diferentes planes de beneficios y el comportamiento de los ponderadores del gasto para el 2007.

2 RESULTADOS

2.1 ASEGURADORAS QUE CUMPLEN CRITERIOS DE COBERTURA Y CALIDAD DE INFORMACIÓN

2.1.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

En el régimen contributivo se recibió información de 20 EPS de 22 EPS autorizadas por la SNS para operar el régimen contributivo, se aplicaron las coberturas en todos los procesos de calidad y los resultados se observan en la tabla a continuación:

Tabla 3 Colombia. Coberturas de información en registros y valores en el Régimen Contributivo, 2007

	CALIDAD 1,2,3		CALIDAD 4		CALIDAD 5		CALIDAD 7		
EPS	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	PERCENTIL 75
EAS016	100%	101%	96%	97%	96%	96%	33%	47%	SI
EPS001	91%	94%	90%	93%	89%	93%	89%	93%	SI
EPS002	100%	97%	99%	96%	97%	95%	89%	73%	SI
EPS003	99%	68%	99%	98%	91%	93%	90%	89%	SI
EPS005	62%	69%	61%	68%	59%	68%	59%	68%	NO
EPS006	0%	54%	0%	54%	0%	52%	0%	52%	NO
EPS008	100%	74%	99%	95%	98%	95%	98%	95%	SI
EPS009	100%	51%	96%	69%	94%	69%	94%	69%	NO
EPS010	100%	100%	98%	98%	97%	98%	97%	98%	SI
EPS012	97%	85%	96%	84%	95%	84%	95%	84%	NO
EPS013	98%	63%	97%	96%	88%	91%	88%	89%	SI
EPS014	59%	10%	50%	58%	49%	56%	49%	56%	NO
EPS015	97%	53%	96%	52%	96%	51%	96%	51%	NO
EPS016	98%	97%	98%	97%	98%	96%	98%	94%	SI
EPS017	98%	93%	97%	92%	97%	92%	97%	91%	SI
EPS018	96%	92%	95%	92%	95%	91%	95%	88%	SI
EPS023	91%	58%	90%	88%	77%	77%	77%	75%	NO
EPS026	2%	25%	2%	25%	2%	25%	2%	25%	NO
EPS034	0%	92%	0%	111%	0%	108%	0%	45%	SI

EPS035	45%	38%	43%	37%	43%	36%	43%	36%	NO
TOTAL	**102%**	**76%**	**101%**	**86%**	**95%**	**84%**	**94%**	**81%**	

MEDIDAS ESTADÍSTICAS									
PROMEDIO	77%	71%	75%	80%	73%	78%	70%	71%	
PROMEDIO PONDERADO	102%	76%	101%	86%	95%	84%	94%	81%	
MEDIANA	97%	72%	96%	92%	93%	91%	89%	74%	
DESV EST	36%	26%	36%	24%	35%	23%	36%	22%	
COEF VARIACIÓN	47%	37%	48%	30%	48%	30%	51%	31%	
PERCENTIL 25	61%	54%	58%	66%	57%	65%	48%	52%	
PERCENTIL 75	99%	93%	97%	96%	96%	95%	95%	90%	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

La selección de aseguradoras se realizó sobre las coberturas estimadas en calidad 7, con el criterio de cobertura de valor mayores al 90% dado que el percentil 75 fue del 90% y no se presentaron valores extremos. Las EPS seleccionadas son las que se relacionan en la tabla a continuación:

Tabla 4 Colombia. EPS seleccionadas para el Estudio de Suficiencia 2007 en el Régimen Contributivo, 2007

EPS	NOMBRE	CALIDAD_7 % COBERTURA DE VALOR TOTAL
EPS001	COLMEDICA ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	93%
EPS008	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	95%
EPS010	COMPAÑÍA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD SA	98%
EPS016	COOMEVA EPS SA	94%
EPS017	EPS FAMISANAR LTDA	91%

PERCENTIL 75: 90%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.1.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO

Se recibió información de 39 EPS de 49 EPS autorizadas para la operación del régimen subsidiado y se aplicaron las coberturas en todos los procesos de calidad. El proceso de calidad 7 se realizó sobre todas las aseguradoras, sin embargo se mantuvieron las coberturas de calidad 5 debido a que los hallazgos fueron soportados por las aseguradoras que tenían coberturas superiores al 90%. Los resultados se observan en la tabla a continuación:

Tabla 5 Colombia. Coberturas brutas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Pleno, 2007

	CALIDAD 1,2,3		CALIDAD 4		CALIDAD 5		OTRAS FRP[7]
EPS	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB VAL
CCF001	84%	60%	84%	61%	78%	57%	73%
CCF002	80%	82%	74%	91%	70%	78%	85%
CCF007	49%	27%	49%	29%	47%	28%	14%
CCF009	47%	30%	43%	28%	42%	27%	46%
CCF015	11%	9%	9%	7%	9%	7%	13%
CCF018	54%	23%	44%	53%	42%	52%	61%
CCF023	22%	24%	18%	20%	17%	19%	5%
CCF024	64%	25%	60%	32%	59%	31%	33%
CCF027	78%	62%	73%	57%	68%	53%	38%
CCF028	61%	5%	55%	6%	55%	5%	6%
CCF032	100%	22%	95%	36%	94%	36%	24%
CCF033	0%	27%	0%	21%	0%	21%	42%
CCF035	99%	23%	79%	19%	79%	18%	33%
CCF037	0%	132%	0%	90%	0%	78%	325%
CCF045	91%	13%	87%	27%	84%	26%	23%
CCF049	37%	338%	32%	295%	32%	294%	648%
CCF055	7%	4%	6%	5%	5%	4%	6%
CCF101	77%	20%	76%	81%	62%	75%	93%
CCF103	100%	52%	96%	50%	96%	49%	95%
EPS002	57%	58%	55%	56%	53%	56%	97%
EPS003	17%	30%	17%	32%	15%	31%	97%
EPS009	100%	103%	90%	90%	85%	88%	89%
EPS014	61%	37%	43%	416%	42%	414%	66%

[7] Estimación de las coberturas de las otras formas de reconocimiento y pago diferente a la capitación

EPS020	40%	14%	34%	16%	32%	15%	11%
EPS022	0%	1%	0%	3%	0%	2%	0%
EPS025	0%	59%	0%	58%	0%	56%	67%
EPS026	1%	40%	1%	40%	1%	40%	99%
EPS030	97%	37%	64%	24%	62%	23%	35%
EPS031	36%	35%	35%	32%	33%	30%	238%
EPSI03	79%	59%	66%	48%	60%	45%	43%
EPSI04	11%	19%	9%	16%	9%	16%	5%
EPSI05	95%	100%	94%	102%	93%	101%	97%
EPSI06	91%	33%	75%	33%	71%	32%	48%
ESS062	83%	62%	61%	57%	57%	52%	44%
ESS076	18%	37%	18%	37%	17%	36%	70%
ESS091	197%	43%	183%	41%	180%	41%	94%
ESS118	100%	34%	100%	53%	98%	52%	67%
ESS133	0%	31%	0%	26%	0%	26%	21%
ESS207	30%	68%	30%	68%	24%	52%	98%
TOTAL	**55%**	**42%**	**47%**	**55%**	**45%**	**52%**	**59%**
MEDIDAS ESTADÍSTICAS							
PROMEDIO	56%	48%	50%	58%	48%	56%	78%
PROMEDIO PONDERADO	55%	42%	47%	55%	45%	52%	59%
MEDIANA	57%	34%	49%	37%	47%	36%	48%
DESV EST	43%	55%	39%	76%	38%	75%	112%
COEF VARIACIÓN	77%	115%	79%	131%	80%	135%	143%
PERCENTIL 25	17%	23%	17%	25%	16%	24%	23%
PERCENTIL 75	87%	59%	76%	57%	71%	54%	94%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Se calcularon nuevamente las medidas estadísticas para la selección final de aseguradoras sin tener en cuenta aquellas que reportan valores extremos. El resultado se encuentra en la tabla siguiente:

Tabla 6 Colombia. Coberturas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Pleno sin valores extremos, 2007

	CALIDAD 1,2,3		CALIDAD 4		CALIDAD 5		OTRAS FRP[8]	
EPS	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB VAL	PERCENTIL 75
CCF001	84%	60%	84%	61%	78%	57%	73%	NO
CCF002	80%	82%	74%	91%	70%	78%	85%	NO
CCF007	49%	27%	49%	29%	47%	28%	14%	NO
CCF009	47%	30%	43%	28%	42%	27%	46%	NO
CCF015	11%	9%	9%	7%	9%	7%	13%	NO
CCF018	54%	23%	44%	53%	42%	52%	61%	NO
CCF023	22%	24%	18%	20%	17%	19%	5%	NO
CCF024	64%	25%	60%	32%	59%	31%	33%	NO
CCF027	78%	62%	73%	57%	68%	53%	38%	NO
CCF028	61%	5%	55%	6%	55%	5%	6%	NO
CCF032	100%	22%	95%	36%	94%	36%	24%	NO
CCF033	0%	27%	0%	21%	0%	21%	42%	NO
CCF035	99%	23%	79%	19%	79%	18%	33%	NO
CCF045	91%	13%	87%	27%	84%	26%	23%	NO
CCF055	7%	4%	6%	5%	5%	4%	6%	NO
CCF101	77%	20%	76%	81%	62%	75%	93%	SI
CCF103	100%	52%	96%	50%	96%	49%	95%	SI
EPS002	57%	58%	55%	56%	53%	56%	97%	SI
EPS003	17%	30%	17%	32%	15%	31%	97%	SI
EPS009	100%	103%	90%	90%	85%	88%	89%	SI
EPS014	61%	37%	43%	416%	42%	414%	66%	NO
EPS020	40%	14%	34%	16%	32%	15%	11%	NO
EPS022	0%	1%	0%	3%	0%	2%	0%	NO
EPS025	0%	59%	0%	58%	0%	56%	67%	NO
EPS026	1%	40%	1%	40%	1%	40%	99%	SI
EPS030	97%	37%	64%	24%	62%	23%	35%	NO
EPSI03	79%	59%	66%	48%	60%	45%	43%	NO
EPSI04	11%	19%	9%	16%	9%	16%	5%	NO
EPSI05	95%	100%	94%	102%	93%	101%	97%	SI
EPSI06	91%	33%	75%	33%	71%	32%	48%	NO
ESS062	83%	62%	61%	57%	57%	52%	44%	NO
ESS076	18%	37%	18%	37%	17%	36%	70%	NO

[8] Estimación de las coberturas de las otras formas de reconocimiento y pago diferente a la capitación

ESS091	197%	43%	183%	41%	180%	41%	94%	SI
ESS118	100%	34%	100%	53%	98%	52%	67%	NO
ESS133	0%	31%	0%	26%	0%	26%	21%	NO
ESS207	30%	68%	30%	68%	24%	52%	98%	SI
TOTAL	**55%**	**40%**	**47%**	**53%**	**45%**	**51%**	54%	
MEDIDAS ESTADÍSTICAS								
PROMEDIO	58%	38%	52%	51%	50%	49%	51%	
PROMEDIO PONDERADO	55%	40%	47%	53%	45%	51%	54%	
MEDIANA	61%	32%	55%	37%	54%	36%	45%	
DESV EST	43%	25%	40%	67%	39%	67%	34%	
COEF VARIACIÓN	74%	66%	76%	132%	78%	136%	66%	
PERCENTIL 25	18%	22%	17%	23%	16%	23%	22%	
PERCENTIL 75	91%	58%	77%	57%	73%	52%	86%	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

La selección de aseguradoras se realizó sobre calidad 5 con el criterio de las EPS que tuvieron coberturas superiores al percentil 75 que fue del 86%, quedando seleccionadas las EPS que se relacionan en la tabla a continuación:

Tabla 7 Colombia. EPS seleccionadas para el Estudio de Suficiencia 2007 en el Régimen Subsidiado Pleno, 2007

EPS	NOMBRE	% COBERUTA DE VALOR OTRAS FORMAS DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DIFERENTE A CÁPITA
CCF101	COLSUBSIDIO	93%
CCF103	COMFACA	95%
EPS002	SALUD TOTAL	97%
EPS003	CAFESALUD	97%
EPS009	COMFENALCO ANTIOQUIA	89%
EPS026	SOLSALUD	99%
EPSI05	MALLAMAS	97%
ESS091	ECOOPSOS	94%
ESS207	Mutual SER	98%

PERCENTIL 75: 86%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.1.3 RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL

Se recibió información de 12 EPS y se aplicaron las coberturas en todos los procesos de calidad en donde el percentil 75 correspondió al 99%, ninguna de las aseguradoras cumplió este criterio, razón por la cual no hay estimación de la suficiencia en este régimen. Los resultados se observan en la tabla a continuación:

Tabla 8 Colombia. Coberturas brutas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Parcial, 2007

	CALIDAD 1,2,3		CALIDAD 4		CALIDAD 5		OTRAS FRP	
EPS	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB REG	% COB VAL	% COB VAL	PERCENTIL 75
CCF015	2%	3%	1%	2%	1%	2%	4%	NO
CCF018	16%	10%	15%	47%	15%	46%	100%	NO
CCF024	50%	321%	3%	26%	3%	26%	17%	NO
CCF055	44%	23%	22%	15%	14%	14%	14%	NO
EPS022	0%	1%	0%	1%	0%	1%	0%	NO
EPS026	5%	69%	5%	69%	5%	69%	98%	NO
EPS030	0%	192%	0%	183%	0%	147%	146%	NO
ESS062	82%	44%	56%	38%	56%	38%	40%	NO
ESS091	95%	96%	60%	58%	59%	57%	60%	NO
ESS118	100%	30%	100%	30%	96%	30%	34%	NO
ESS133	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	NO
ESS207	28%	111%	28%	111%	23%	103%	115%	NO
TOTAL	**33%**	**59%**	20%	42%	17%	40%	48%	
MEDIDAS ESTADÍSTICAS								
PROMEDIO	35%	75%	24%	48%	23%	45%	52%	
PROMEDIO PONDERADO	33%	59%	20%	42%	17%	40%	48%	
MEDIANA	22%	37%	10%	34%	9%	34%	37%	
DESV EST	39%	97%	32%	53%	31%	45%	51%	
COEF VARIACIÓN	110%	129%	132%	111%	137%	101%	97%	
PERCENTIL 25	2%	8%	1%	11%	1%	11%	11%	
PERCENTIL 75	58%	99%	35%	60%	32%	60%	99%	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL ASEGURAMIENTO

A continuación se hace una descripción de la población afiliada al SGSSS, en los regímenes contributivo, subsidiado pleno y subsidiado parcial, tomando como base la información suministrada por las EPS al Estudio de Suficiencia y las consultas a la base de datos de compensación. En el régimen contributivo se utiliza la población de afiliados equivalentes, entendida esta como un número calculado de personas que estuvieron afiliadas 360 días al año, resultado obtenido de dividir el total del número de días compensados durante el año por todos los afiliados al régimen contributivo, dividido por 360 días. El número de afiliados equivalentes es utilizado como población de referencia (denominador) para el cálculo de los ingresos y gastos per cápita, las tasas de prevalencia de las enfermedades, el promedio de las frecuencias de uso y ponderadores de la UPC. La información de afiliados equivalentes al régimen contributivo se obtuvo de la base de datos de compensación.

En el régimen subsidiado se utiliza la información del número de días que estuvieron carnetizados los afiliados al régimen subsidiado, según los registros de afiliados suministrados por las EPS, donde se consideró el número de días de carnetizados a partir de la fecha de carnetización.

2.2.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El régimen contributivo, según los cálculos de afiliados equivalentes, cuenta con 15.877.968 afiliados equivalentes, que en su mayoría son del género femenino en todos los grupos de edad con excepción de los afiliados entre 1 y 14 años. En cuanto a la distribución por edad, la mayor cantidad de usuarios equivalentes, tienen entre 15 a 44 años y la menor cantidad tienen menos de 1 año. Esto obedece a la amplitud de los rangos de edad (ver Tabla 9 y Figura 1).

Tabla 9 Distribución por edad y sexo de los afiliados equivalentes (1) al régimen contributivo, 2007.

(Total afiliados equivalentes = 15.877.968)

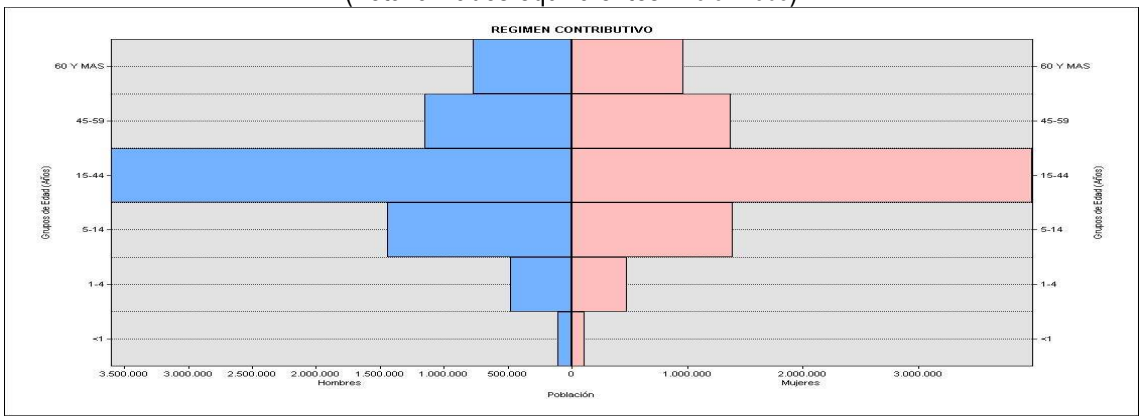
GRUPO DE EDAD (Años)	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL		RELACIÓN FEM/MASC
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	
<1	107.847	1,43	113.278	1,36	221.125	1,39	1,05
1 a 4	481.032	6,36	477.409	5,74	958.441	6,04	0,99
5 a 14	1.439.740	19,05	1.394.435	16,76	2.834.175	17,85	0,97
15 a 44	3.604.350	47,69	3.988.033	47,93	7.592.382	47,82	1,11
45 a 59	1.151.188	15,23	1.382.148	16,61	2.533.336	15,96	1,20
60 y más	773.755	10,24	964.754	11,60	1.738.509	10,95	1,25
Total	**7.557.912**	**100,00**	**8.320.056**	**100,00**	**15.877.968**	**100,00**	**1,10**

(1) Afiliados equivalentes es un número calculado de personas que estuvieron afiliadas 360 días al año.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Figura 1 Distribución por edad y sexo de los afiliados equivalentes al régimen contributivo, 2007

(Total afiliados equivalentes= **15.877.968**)



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

En la tabla 10 se observa que cerca de la mitad de los afiliados equivalentes (48,16%) se encuentran afiliados a tres EPS (EPS006, EPS013 y EPS016). En contraste el 11% de los afiliados equivalentes están distribuidos en la mitad de las EPS.

Tabla 10 Distribución por EPS de los afiliados equivalentes del régimen contributivo, 2007

(EPS = 22)

EPS	Afiliados equivalentes	%		EPS	Afiliados equivalentes	%
EAS016	13.203	0,08		EPS013	2.893.760	18,23
EAS027	59.386	0,37		EPS014	309.834	1,95
EPS001	368.633	2,32		EPS015	74.565	0,47
EPS002	1.287.207	8,11		EPS016	2.514.988	15,84
EPS003	674.138	4,25		EPS017	1.012.195	6,37
EPS005	713.116	4,49		EPS018	622.240	3,92
EPS006	2.237.411	14,09		EPS023	546.685	3,44
EPS008	619.874	3,90		EPS026	220.385	1,39
EPS009	289.260	1,82		EPS033	62.148	0,39
EPS010	1.008.187	6,35		EPS034	37.420	0,24
EPS012	259.743	1,64		EPS035	53.587	0,34
				Total general	**15.877.968**	**100,00**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Los entes territoriales de Bogotá D.C., Antioquia, Valle del Cauca y Atlántico tienen la mayoría de los afiliados al régimen contributivo (61.51%), situación que guarda relación con la distribución de la población general del país. (Tabla 11).

Tabla 11 Distribución porcentual de los afiliados equivalentes del régimen contributivo por departamentos, 2007.

Departamento	%	Departamento	%
Antioquia	16,75	Norte De Santander	2,09
Atlántico	5,62	Quindío	1,15
Bogotá, D.C.	26,80	Risaralda	2,52
Bolívar	2,92	Santander	4,83
Boyacá	2,02	Sucre	0,79
Caldas	2,12	Tolima	2,19
Caquetá	0,37	Valle Del Cauca	12,34
Cauca	1,32	Arauca	0,16
Cesar	1,40	Casanare	0,43
Córdoba	1,60	Putumayo	0,18
Cundinamarca	4,92	San Andrés y Providencia	0,16
Chocó	0,20	Amazonas	0,06
Huila	1,42	Guainía	0,01
La Guajira	0,70	Guaviare	0,06
Magdalena	1,81	Vaupés	0,01
Meta	1,69	Vichada	0,05
Nariño	1,34		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.2.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO

Para el periodo analizado, año 2007, se recibió información de 39 EPS del régimen subsidiado reportando un total de 12.604.532 afiliados equivalentes carnetizados, afiliados con 360 días de carnetizados después de la fecha en que se carnetizaron. Los afiliados de género femenino representan el 52% del total y los hombres el 48%. Dentro de cada uno de los géneros, el grupo de edad con que la mayor proporción de afiliados equivalentes es el comprendido entre los 15 y 44 años de edad, representando el 46%, por efecto de agrupación. La razón femenino versus masculino es **mayor que 1 (uno)** en los grupos de mayores de 15 a 44 años, y **menor que 1 (uno)** en los menores de 15 años.(Ver tabla 12)

Tabla 12 Distribución de la poblacional de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno por grupos de edad y sexo, 2007

GRUPOS DE EDAD (años)	FEMENINO		MASCULINO		Total general		RELACIÓN FEM/MASC
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	
< 1	33.490	0,51	35.524	0,59	69.014	0,55	0,94
1 a 4	452.854	6,91	478.222	7,90	931.076	7,39	0,95
5 a 14	1.429.843	21,83	1.495.990	24,71	2.925.832	23,21	0,96
15 a 44	3.091.532	47,20	2.684.049	44,33	5.775.581	45,82	1,15
45 a 59	835.804	12,76	741.545	12,25	1.577.348	12,51	1,13
60 y más	706.569	10,79	619.112	10,23	1.325.681	10,52	1,14
Total general	6.550.092	100,00	6.054.441	100,00	12.604.532	100,00	1,08

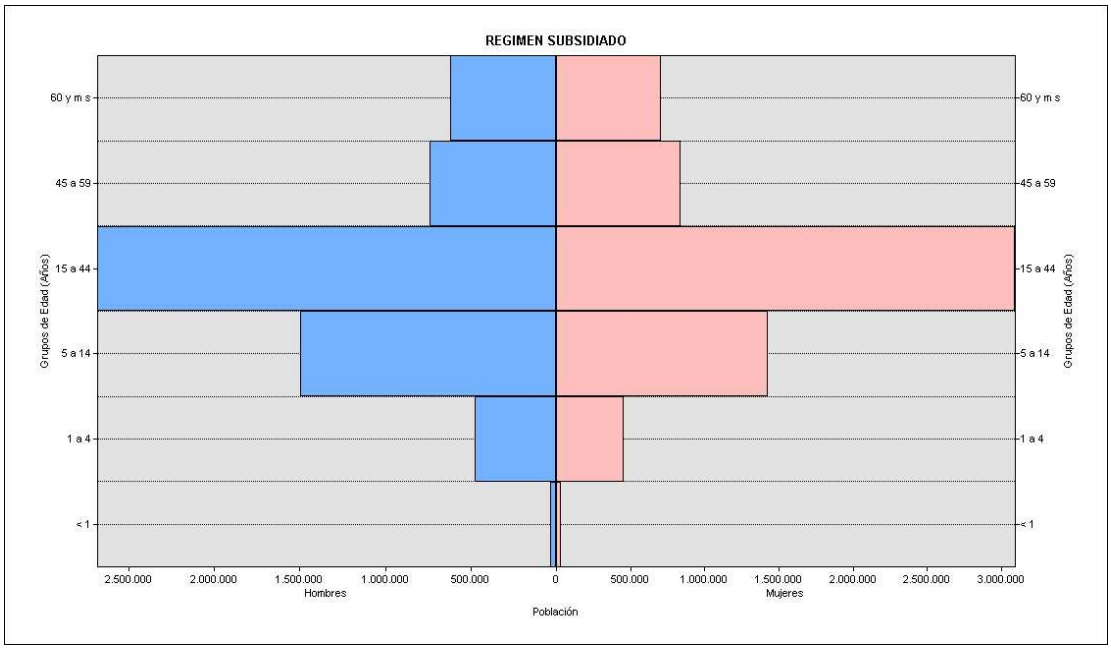
Nota: La población equivalente corresponden a los afiliados de las EPS que enviaron información para el Estudio. No hace referencia a la totalidad de los afiliados contratados para el régimen en el 2007.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

En la Figura 4, se presenta la pirámide poblacional del régimen subsidiado pleno y se observa una distribución romboidal, con predominio de los afiliados en edad reproductiva con un leve predominio de la población femenina. La pirámide se considera similar a la presentada para el régimen contributivo y la presentada para la población colombiana al redistribuir los grupos etarios según el riesgo epidemiológico para el aseguramiento en salud. La Tabla 13 presenta la participación porcentual de cada uno de los grupos etarios de afiliados equivalentes por género.

Figura 2 Pirámide poblacional de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno, 2007.

(Total afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno = 12.604.532)



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Respecto a su distribución geográfica, la mitad (53.5%) de los afiliados al régimen subsidiado pleno residen en los departamentos de Antioquia, Cundinamarca, Boyacá, Nariño, Bolívar, Huila y Norte de Santander y en el Distrito Capital de Bogotá.

Tabla 13 Distribución porcentual de los afiliados equivalentes al régimen subsidiado pleno por departamento, 2007

Departamento	%
Antioquia	10,88
Atlántico	3,69
Bogotá D.C.	7,86
Bolívar	5,90
Boyacá	2,72
Caldas	2,36
Caquetá	1,08
Cauca	4,08
Cesar	2,90
Córdoba	3,22
Cundinamarca	6,28
Choco	0,92
Huila	5,03
La Guajira	2,51
Magdalena	2,58
Meta	1,57
Nariño	6,96

Departamento	%
Norte de Santander	4,34
Quindío	1,81
Risaralda	2,50
Santander	3,53
Sucre	2,08
Tolima	3,64
Valle	6,00
Arauca	0,89
Casanare	1,48
Putumayo	1,78
San Andrés	0,17
Amazonas	0,24
Guaina	0,24
Guaviare	0,31
Vaupés	0,10
Vichada	0,36
Total	100,00

Nota: La población equivalente corresponden a los afiliados de las EPS que enviaron información para el Estudio.
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008

Las EPS que presentan mayor proporción de afiliados son CAPRECOM (EPS020), SOLSALUD (EPS026) y EMSANAR (ESS118) con un 12.8%, 8.2% y 7.16% respectivamente. En la Tabla 14 se presenta la distribución porcentual de afiliados equivalentes según aseguradora.

Tabla 14 Distribución de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado pleno según EPS, 2007.

COD EPS	AFILIADOS EQUIVALENTES	%		COD EPS	AFILIADOS EQUIVALENTES	%
CCF001	41.258	0,33		EPS003	764.882	6,07
CCF002	363.084	2,88		EPS009	500.394	3,97
CCF007	193.846	1,54		EPS014	376.960	2,99
CCF009	62.023	0,49		EPS020	1.535.228	12,18
CCF015	196.526	1,56		EPS022	332.111	2,63
CCF018	240.082	1,90		EPS025	163.713	1,30
CCF023	81.466	0,65		EPS026	1.012.417	8,03
CCF024	304.409	2,42		EPS030	299.126	2,37
CCF027	79.509	0,63		EPS031	346.959	2,75
CCF028	80.010	0,63		EPSI03	186.553	1,48
CCF032	37.801	0,30		EPSI04	73.245	0,58
CCF033	51.310	0,41		EPSI05	244.927	1,94
CCF035	43.457	0,34		EPSI06	59.707	0,47
CCF037	111.620	0,89		ESS062	831.644	6,60
CCF045	162.700	1,29		ESS076	104.277	0,83
CCF049	109.908	0,87		ESS091	490.819	3,89
CCF055	255.378	2,03		ESS118	901.985	7,16
CCF101	160.854	1,28		ESS133	790.486	6,27
CCF103	44.427	0,35		ESS207	691.736	5,49
EPS002	277.692	2,20		**TOTAL**	**12.604.532**	**100,00**

Nota: La población equivalente corresponden a los afiliados de las EPS que enviaron información para el Estudio. No hace referencia a la totalidad de los afiliados contratados para el régimen en el 2007.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

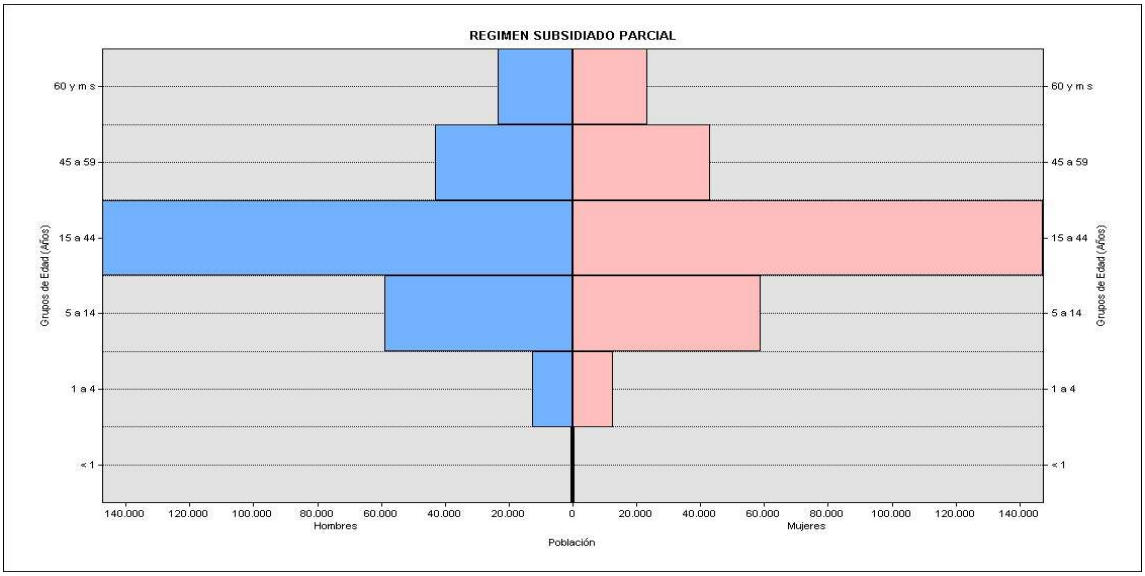
2.2.3 RÉGIMEN SUBSIDIADO PARCIAL

A partir de los registros recibidos de las 15 EPS, para adelantar el estudio de suficiencia de UPC del año 2007, se calculó que en el régimen subsidiado parcial hay un total de 603.169 afiliados equivalentes. Al analizar la distribución por género y grupo de edad de riesgo en salud, hay predominio de hombres y mujeres con edades entre los 15 y los 44 años de edad; siendo similar el porcentaje de participación al reportado para el régimen subsidiado pleno (27% vs. 29% respectivamente).

Se encuentra mayor participación de los grupos de edad de 5 a 14 años y de 45 a 59 años, haciendo que la pirámide poblacional, igualmente romboidal, tenga un eje horizontal un poco más estrecho (ver Figura 5 y Tabla 15).

Figura 5 Distribución de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado parcial según género y grupo de edad de riesgo, 2007.

(Total afiliados al régimen subsidiado parcial = 603.269)



Fuente: Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Tabla 15 Distribución de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado parcial, según género y grupo de edad, 2007.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		RELACIÓN
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%	FEM/MASC
< 1	583	0,18	610	0,21	1.193	0,20	0,96
1 a 4	12.039	3,80	12.731	4,45	24.770	4,11	0,95
5 a 14	56.701	17,88	58.980	20,62	115.681	19,18	0,96
15 a 44	162.259	51,17	147.378	51,51	309.637	51,33	1,10
45 a 59	51.496	16,24	43.009	15,03	94.505	15,67	1,20
60 y más	33.993	10,72	23.390	8,18	57.382	9,51	1,45
TOTAL	317.071	100,00	286.098	100,00	603.269	100,00	1,11

Nota: La población equivalente corresponden a los afiliados de las EPS que enviaron información para el Estudio. No hace referencia a la totalidad de los afiliados contratados para el régimen en el 2007.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Los entes territoriales con una mayor proporción de los afiliados al régimen subsidiado parcial son los de Valle del Cauca y Santander, con 23% y 14% de los afiliados equivalentes, seguidos por el departamento de Atlántico (9%) y el Distrito Capital de Bogotá (9%), completando entre los cuatro el 55% de los afiliados (Ver tabla 16).

Tabla 15 Distribución porcentual de los afiliados equivalentes del régimen subsidiado parcial según departamento del país, 2007.

Departamento	%	Departamento	%
Antioquia	3,28	Meta	1,54
Atlántico	8,86	Nariño	0,57
Bogotá, D.C.	8,91	Norte De Santander	1,60
Bolívar	2,01	Risaralda	2,05
Boyacá	0,64	Santander	14,04
Caldas	1,66	Sucre	0,04
Cauca	2,02	Tolima	0,01
Cesar	7,69	Valle Del Cauca	23,52
Córdoba	2,51	Arauca	0,01
Cundinamarca	7,58	Casanare	0,00
Huila	2,42	Putumayo	0,00
La Guajira	1,17	San Andrés y Providencia	0,00
Magdalena	7,87	TOTAL	100,00

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

La distribución de los afiliados por grupos de edad en cada una de las aseguradoras es similar al de la población total del régimen; es decir, que el grupo predominante es aquel conformado por las personas entre los 15 y los 44 años (rango del 48% al 50%), seguido de aquel conformado por las personas entre los 5 y los 14 años (rango del 17% al 23%). El grupo de edad con menor participación es el de los menores de 1 año, con un porcentaje entre el 0% y el 1%, teniendo en cuenta el efecto de los rangos de agregación.

La EPS que concentra el mayor número de afiliados del régimen subsidiado parcial es la aseguradora EPS026 con 21.54%, seguido de la ESS118, con 19.64%. La EPS con menor proporción de los afiliados al régimen subsidiado parcial es la CCF018, con 0.19% del total de país.(ver Tabla 17).

Tabla 16 Distribución porcentual de afiliados equivalentes del régimen subsidiado parcial por EPS, según sexo, 2007.

CÓDIGO EPS	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
CCF015	21.483	6,78	19.294	6,74	40.777	6,76
CCF018	587	0,19	551	0,19	1.138	0,19
CCF024	4.069	1,28	5.012	1,75	9.080	1,51
CCF055	30.120	9,50	27.258	9,53	57.379	9,51
EPS003	990	0,31	951	0,33	1.941	0,32
EPS020	93	0,03	64	0,02	157	0,03
EPS022	14.819	4,67	14.427	5,04	29.246	4,85
EPS026	67.487	21,28	62.441	21,83	129.929	21,54
EPS030	14.327	4,52	12.221	4,27	26.548	4,40
EPS031	24.729	7,80	22.031	7,70	46.760	7,75
ESS062	28.504	8,99	25.996	9,09	54.500	9,04
ESS091	9.913	3,13	9.258	3,24	19.170	3,18
ESS118	63.640	20,07	54.848	19,17	118.488	19,64
ESS133	23.479	7,40	21.095	7,37	44.574	7,39
ESS207	12.831	4,05	10.652	3,72	23.483	3,89
TOTAL	317.071	100,00	286.098	100,00	603.169	100,00

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.3 DESCRIPCIÓN DE LA SUFICIENCIA DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA FINANCIAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD

Para determinar la suficiencia de la UPC en la vigencia del año 2007 se utiliza la información de los servicios de la población afiliada y los valores del costo de los respectivos servicios de las EPS que obtuvieron los criterios de cobertura y calidad del Estudio, que representan el 35% de los afiliados al régimen contributivo. Con el objeto de establecer la relación entre ésta y los ingresos totales por UPC/UPC-S, copagos, cuotas moderadoras, recursos para promoción y prevención y reembolsos. Adicionalmente se considera como parte de los gastos en salud los valores declarados por las entidades como recobros de medicamentos y tutelas no reconocidas por el FOSYGA y el valor de las pólizas de alto costo adquirido por las aseguradoras.

Los ingresos y gastos de los estados financieros se consideran como parámetro de validación externa de los datos suministrados por las EPS, los cuales fueron tomados en su totalidad cuando

hacían referencia directa al régimen contributivo y subsidiado. Los demás rubros no especificados (otros ingresos operacionales, otros gastos operacionales) se imputaron en forma proporcional a los ingresos por UPC o gastos en servicios de salud del régimen contributivo y subsidiado respectivamente.

2.3.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

2.3.1.1 GASTO PER CÁPITA

El gasto per cápita generado por la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al régimen contributivo en el año 2007 se estima a partir de información de gasto de los estados financieros y de la reportada por las EPS en la declaración y en las bases de datos, tomando como referente de población el número de afiliados compensados equivalentes para el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007.

El gasto reportado por las EPS se presenta de cinco formas y por lo tanto se calculan cinco escenarios de gasto per cápita: i) según el gasto reportado en registros individuales o soportado en la base de datos; ii) según el gasto total obtenido de sumar el gasto soportado en la base de datos y otros gastos (recobros y tutelas no reconocidos por el FOSYGA, asumidos por la EPS o ARS, las pólizas y otros gastos no incluidos en los registros individuales; iii) según el gasto total obtenido de sumar el gasto declarado en la nota remisoria y los mencionados otros gastos; iv) según el gasto total obtenido actuarialmente; y v) según los gastos que se obtiene de los estados financieros (ver tabla 19).

Tabla 17 Gasto per cápita en el Régimen Contributivo año 2007

CÓDIGO EPS	POBLACIÓN AFILIADO EQUIVALENTES	i) SOPORTADO EN BASE DE DATOS	ii) SOPORTADO EN BASE DE DATOS + OTROS (1)	iii) GASTO DECLARADO + OTROS (1)	iv) ACTUARIAL (1)	ESTADOS FINANCIEROS SNS
EPS001	368.633	$ 352.401	$ 360.622	$ 394.802	$ 361.472	$ 492.316
EPS008	619.874	$ 418.795	$ 427.930	$ 459.040	$ 427.867	$ 516.034
EPS010	1.008.187	$ 430.460	$ 442.620	$ 462.812	$ 439.531	$ 450.042
EPS016	2.514.988	$ 404.739	$ 412.234	$ 444.198	$ 413.811	$ 467.628
EPS017	1.012.195	$ 407.947	$ 418.132	$ 467.565	$ 417.019	$ 417.125
TOTAL	**5.523.877**	**$ 408.106**	**$ 417.177**	**$ 441.174**	**$ 417.277[9]**	**$ 462.244**

(1) Incluye otros gastos declarados CTC no reconocidos, tutelas no reconocidas y costo de las pólizas de alto costo

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

[9] El valor de la UPC con cargo de riesgo corresponde a $ 408.205,54

Es importante precisar que el gasto en salud reportado por concepto de CTC y tutelas no reconocido por Fosyga, está siendo verificado con las bases de datos de Fosyga.

De igual forma se precisa que, el proceso de calidad 4 consiste en verificar que los registros crucen contra el HAC. En el presente estudio se realizaron cruces adicionales con HANC, BDUA y RUAF. Aquellos registros que cruzaron alguna de las anteriores bases fueron con algunas de las anteriores bases fueron aceptada como validos tanto para sumar en el ingreso como en el egreso. No obstante, existen algunos registros de importante peso en el gasto que no cruzaron con algunas bases ya mencionadas; estos registros fueron sumados al gasto sin que fueron sumados al ingreso, este escenario fue realizado a solicitud de los aseguradores. Con la anterior decisión se aumentó por supuesto, la estimación del gasto; es conveniente tener este escenario en que estos últimos registros no sean tenidos en cuenta ni en el ingreso ni en el gasto.

Se anexa nota técnica actuarial de los dos últimos estudios de suficiencia 2006 y 2007.

INGRESO PER CÁPITA

El ingreso per cápita que recibieron las EPS por el aseguramiento al régimen contributivo se obtiene al relacionar los ingresos, bien sea obtenidos del proceso de compensación –FOSYGA adicionando otros ingresos[10], o de los estados financieros, con la población afiliada al régimen contributivo según FOSYGA. En la Tabla 20, se observa que todas las EPS reciben un ingreso per cápita superior al valor de la UPC normada según el proceso de compensación dado en FOSYGA ($404.215.20). En el promedio, las EPS seleccionadas reportan un ingreso per cápita de $423.468, superior en 5% a la UPC normada, producto de los ponderadores que se aplican en la compensación como mecanismos de ajuste de riesgo, impacto anual sobre la Subcuenta de Compensación que estaba previsto en 6,136%[11]. El ingreso per cápita según estados financieros es superior al calculado en el proceso de compensación, adicionado en los copagos y cuotas moderadoras[12], promoción y prevención y reembolsos en un 31%.

[10] Los otros ingresos incluyen: copagos y cuotas moderadoras, promoción y prevención, reembolsos.
[11] Acuerdo 351 de 2006 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud
[12] Los copagos y cuotas moderadoras presentan una variación muy amplia como porcentaje de los ingresos que tiene un rango entre el 54% y el 1%, por lo que se realizará una estimación puntual de los ingresos por este concepto en cada una de las aseguradoras.

Tabla 18 Ingreso per cápita de las EPS en el Régimen Contributivo año 2006

CÓDIGO EPS	COMPENSACIÓN	COMPENSACIÓN (1)	ESTADOS FINANCIEROS SNS
EPS001	$ 430.715	$ 470.494	$ 572.950
EPS008	$ 422.694	$ 472.749	$ 540.665
EPS010	$ 420.885	$ 462.450	$ 549.903
EPS016	$ 428.988	$ 463.503	$ 530.301
EPS017	$ 410.157	$ 473.399	$ 475.961
TOTAL	**$ 423.468**	**$ 466.628**	**$ 527.931**

(1) Incluye otros ingresos (promoción y prevención, copagos, cuotas moderadoras, reembolsos por póliza de alto costo). No incluye ingresos por compensación extraordinaria

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

SUFICIENCIA: RELACIÓN GASTO - INGRESO

La construcción de los escenarios de la suficiencia de la UPC del régimen contributivo para el año 2007 tiene correspondencia con los cuatro escenarios de gasto mencionados anteriormente y adicionalmente se estima con respecto a los estados financieros. En consecuencia, los escenarios se construyen con la información agregada obtenida de los estados financieros, de la declaración hecha por las EPS en la nota remisoria, del resultado de la suma de valores en la base de datos de prestaciones de servicios de salud, incluyendo información de precios y cantidades para la estimación del escenario de gasto actuarial.

Como se observa en la Tabla 21, la relación entre el gasto y los ingresos presenta un indicador de suficiencia amplio que varía entre el 0,8746 y el 0,9455 en los cinco escenarios propuestos. En efecto, tanto en el escenario del gasto total soportado en base de datos adicionado en otros conceptos de gasto, y en el del gasto actuarial la relación entre gastos e ingresos es de 0,8940 y 08942. Por su parte, de no incluirse los otros conceptos de gasto relacionados con CTC y tutelas no reconocidas y el costo de la póliza de alto costo, el indicador de suficiencia es de 0,8746; mientras que cuando se toma el gasto declarado el peso relativo frente a los ingresos aumenta a 0,8940. El indicador de suficiencia obtenido de la información de los estados financieros es de 0,8756.

Tabla 19 Relación Gasto Ingreso en el Régimen Contributivo, año 2006

EPS	i) SOPORTADO EN BASE DE DATOS(2)	ii) SOPORTADO EN BASE DE DATOS + OTROS (1)(2)	iii) GASTO DECLARADO + OTROS (1)(2)	iv) ACTUARIAL (1) (2)	ESTADOS FINANCIEROS SNS (3)
EPS001	0,7490	0,7665	0,8391	0,7683	0,8593
EPS008	0,8859	0,9052	0,9710	0,9051	0,9544
EPS010	0,9308	0,9571	1,0008	0,9504	0,8184
EPS016	0,8732	0,8894	0,9583	0,8928	0,8818
EPS017	0,8617	0,8833	0,9877	0,8809	0,8764
TOTAL	**0,8746**	**0,8940**	**0,9455**	0,8942	**0,8756**

(1) Incluye otros gastos declarados CTC no reconocidos, tutelas no reconocidas y costo de las pólizas de alto costo. No incluye ingresos por compensaciones extraordinarias
(2) Incluye otros ingresos (promoción y prevención, copagos, cuotas moderadoras, reembolsos por pólizas de alto costo)
(3) Estados financieros reportados a la SNS

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.3.1.2 ANÁLISIS DE SUFICIENCIA BASADO EN LOS ESTADOS FINANCIEROS

El análisis de suficiencia POS – UPC del régimen contributivo basado en los estados financieros se basa en la información financiera reportada por las Entidades aseguradoras del régimen contributivo a la SNS con corte de diciembre de 2007, y que recoge la operación de las Entidades en el periodo entre el 1ero de enero y el 31 de diciembre de 2007. En este aparte se realizarán diversos análisis; que incluyen diferentes conjuntos de entidades analizadas y diferentes análisis de cuentas contables de estas Entidades.

Se realizarán dos análisis que difieren en el conjunto de EPS analizadas. El primer conjunto de EPS, denominado el "universo", comprende la totalidad de EPS que reportaron a la SNS la información contable desglosada según el rigor requerido para este análisis. El segundo conjunto obedece al grupo de EPS que fue objeto de análisis de suficiencia teniendo como referencia la Base de Datos del gasto reportada por las Entidades; entiéndase este grupo como el grupo de entidades que pasaron los filtros de de Calidad de 1 al 7 sobre base de datos.

Adicionalmente se realizaran dos análisis de suficiencia diferentes, cuya diferencia radicará en la inclusión o exclusión de la cuenta 616580 del Plan Único de Cuentas (PUC), la cual corresponde a "provisión del SGSSS".[13]

[13] La razón de la realización de estos dos escenarios se da debido a que la resolución 1711 de junio de 2007, que modifica el Plan Único de Cuentas a la luz del decreto 574 de 2007 de habilitación financiera, reglamenta que las reservas técnicas se deben constituir generando el gasto en la cuenta 616565, en especial las cuentas correspondientes a eventos autorizados no cobrados. La norma dice acerca de las reservas técnicas por autorizaciones de servicio lo siguiente: "*… 2. Por la constitución de la Reserva Técnica en* ***los servicios causados no facturados por las IPS con cargo a la cuenta 616565 – Seguridad Social en Salud – Régimen Contributivo****, registrando la subcuenta correspondiente de acuerdo al tipo de*

Las cuentas objeto de dichos análisis se observan en la siguiente tabla[14]:

Tabla 20. Partidas contables para los escenarios de suficiencia del régimen contributivo

Escenario incluyendo Provisiones del SGSSS		Escenario excluyendo Provisiones del SGSSS	
Ingreso		**Ingreso**	
4165	Administración del régimen de seguridad social en salud	4165	Administración del régimen de seguridad social en salud
416535	Unidad de pago por capitación régimen contributivo – upc	416535	Unidad de pago por capitación régimen contributivo – upc
416540	Unidad de pago por capitación adicional régimen contributivo – upc	416540	Unidad de pago por capitación adicional régimen contributivo – upc
416545	Cuota moderadoras régimen contributivo	416545	Cuota moderadoras régimen contributivo
416548	Copagos régimen contributivo	416548	Copagos régimen contributivo
416565	Recuperaciones sota	416565	Recuperaciones sota
416570	Recobros arp	416570	Recobros arp
416575	Recobros de enfermedades alto costo	416575	Recobros de enfermedades alto costo
416590	Otros ingresos operacionales	416590	Otros ingresos operacionales
416594	Ingresos por duplicado de carnet y certificaciones	416594	Ingresos por duplicado de carnet y certificaciones
416595	Sanción por inasistencia	416595	Sanción por inasistencia
4175	Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas de servicios (db)	4175	Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas de servicios (db)
42	Ingresos no Opreacionales	42	Ingresos no Opreacionales
4210	Financieros	4210	Financieros
4295	Diversos	4295	Diversos
Gasto Médico		**Gasto Médico**	
616565	Régimen contributivo – upc	616565	Régimen contributivo – upc
61656501	Contratos capitación – contributivo	61656501	Contratos capitación – contributivo
61656502	Contratos por actividad – contributivo	61656502	Contratos por actividad – contributivo
61656503	Contratos por conjunto de atención integral	61656503	Contratos por conjunto de atención integral
61656504	Promoción y prevención contributivo	61656504	Promoción y prevención contributivo
61656505	Costo enfermedades de alto costo	61656505	Costo enfermedades de alto costo
61656506	Costo enfermedades catastróficas	61656506	Costo enfermedades catastróficas
61656507	Incapacidades Contributivo	61656507	Incapacidades Contributivo
616580	Provisión del sgsss	616585	Otros costos operacionales
61658001	Provisión glosas	61658501	Promoción y prevención
61658002	Provisión de servicios autorizados y no cobrados	61658502	Enfermedades Alto costo
61658003	Provisión régimen subsidiado		
616585	Otros costos operacionales		
61658501	Promoción y prevención		
61658502	Enfermedades Alto costo		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2007.

servicio". En la norma no se modifica la cuenta 616580 –Provisiones del SGSSS-, pero se estipula que los eventos causados no facturados, asociados a las autorizaciones, se deben registrar en la cuenta 616565, así que la totalidad del gasto médico de la EPS, ya sean servicios facturados, o autorizados, deben estar registradas en la cuenta 616565.

[14] La cuenta 4295 – Ingresos no Operacionales – Diversos, está incluida en el análisis ya que en un gran número de entidades corresponde a ingresos inherentes a la operación se aseguramiento en salud, como lo son los ingresos por el Fondo de Incapacidades, el cual se ve reflejado en el gasto en salud en la cuenta 61656507.

El análisis de suficiencia basado en los Estados Financieros de las EPS realizado para este informe difiere del realizado en años anteriores principalmente en dos aspectos:

- Ingresos no Operativos: Para la realización de este informe no se tendrán en cuenta la totalidad de los ingresos no operativos de las EPS, ya que no se consideran inherentes a la prestación del servicio de aseguramiento en salud las siguientes cuentas:

    - 4215 Dividendos y Participaciones
    - 4220 Arrendamientos
    - 4225 Comisiones
    - 4230 Honorarios
    - 4235 Servicios
    - 4240 Utilidad en venta de Inversiones
    - 4245 Utilidad en venta de propiedades de planta y equipo
    - 4248 Utilidad en venta de Otros Bienes
    - 4250 Recuperaciones
    - 4255 Indemnizaciones
    - 4265 Ingresos de Ejercicios Anteriores

- Análisis independiente de Cuentas Incluidas: Para la realización de este informe se realizarán análisis independientes por entidad y por cuentas contables

Como se podrá observar en los análisis descritos a continuación, adicionalmente a la información entregada por la SNS, los Autores se apoyan en los Estados Financieros auditados con sus respectivas notas aclaratorias entregadas a la Dirección General de Gestión de la Demanda del Ministerio de la Protección Social por parte de las EPS, para la inclusión o exclusión de cuentas que no presentan relación entre lo reportado a la SNS y lo descrito en las notas aclaratorias de los Estados Financieros auditados. Estos análisis serán descritos de manera independiente para cada una de las Entidades.

SUFICIENCIA DEL UNIVERSO

El universo contempla a todas las EPS del régimen contributivo (ver tabla 22) con la excepción de 4 de ellas. Las razones de su exclusión del análisis se explican a continuación:

- EAS016: No se incluye debido a que en la información entregada a la Superintendencia Nacional de Salud no se encuentra la cuenta 6, referente a los Costos de operación
- EPS006: No se incluye ya que esta Entidad presenta altos ingresos extraordinarios que no son claros si se puedan asociar directamente con la prestación del aseguramiento en salud,

así como altos costos registrados en la cuenta 640290 - Otros gastos de seguridad social en salud -, los cuales tampoco se pueden verificar

- EPS009: Esta Entidad no se incluye debido a que en la información entregada a la SNS no presenta desglose de las cuentas de Ingreso por administración del régimen de seguridad social en salud – cuenta 4165 - ni de gasto en salud – cuenta 616565 -.
- EPS020: No se incluye esta entidad ya que reporta la gran mayoría de sus gastos como asociados a la actividad de prestación de servicios de salud – IPS, lo que no guarda relación con los ingresos reportados por administración del régimen contributivo, y tendría como consecuencia una relación de gastos / ingresos de menos de 10%

Tabla 21. Lista de entidades incluidas en el Universo – Régimen contributivo

CODIGO	EPS	Inclusión
EAS016	Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	NO
EAS027	Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	SI
EPS001	Colmedica S.A.	SI
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	SI
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	SI
EPS005	E.P.S. Sanitas S.A.	SI
EPS006	Instituto de Seguros Sociales EPS	NO
EPS008	Compensar E.P.S.	SI
EPS009	EPS Programa Comfenalco Antioquia	NO
EPS010	SuSalud EPS	SI
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	SI
EPS013	E.P.S. Saludcoop	SI
EPS014	Humana Vivir S.A. E.P.S.	SI
EPS015	Salud Colpatria E.P.S.	SI
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	SI
EPS017	E.P.S. Famisanar LTDA.	SI
EPS018	EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	SI
EPS020	Caprecom EPS	NO
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A.	SI
EPS026	SOLSALUD E.P.S. S.A	SI
EPS033	SALUDVIDA S.A .E.P.S	SI
EPS034	SALUDCOLOMBIA EPS S.A.	SI
EPS035	RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.	SI

NOTA: Para el caso de la EPS 002, debido a que esta Entidad presentó en el 2007 cortes semestrales de información, para el primer semestre del 2007, el cual se encontraban los Estados Financieros de los regímenes contributivo y subsidiado agregados, se realizaron cálculos para los ingresos y gastos no independizados por régimen basados en la proporción de ingresos UPC que la Entidad presentaba para cada uno de estos regímenes.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2007.

Suficiencia del universo incluyendo provisiones del SGSSS

Tabla 22. Suficiencia del Universo incluyendo provisiones del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita[15]

CODIGO	EPS	Con Provisiones		(Gto/Ing)*100
		Gasto	Ingreso	
EAS016	Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	N.D.	N.D.	N.D.
EAS027	Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	558.181	638.739	87,39
EPS001	Colmedica S.A.	495.784	572.950	86,53
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	423.971	486.462	87,15
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	462.672	548.219	84,40
EPS005	E.P.S. Sanitas S.A.*	658.824	701.620	93,90
EPS006	Instituto de Seguros Sociales EPS	N.D.	N.D.	N.D.
EPS008	Compensar E.P.S.	513.217	540.665	94,92
EPS009	EPS Programa Comfenalco Antioquia	N.D.	N.D.	N.D.
EPS010	SuSalud EPS	463.781	549.903	84,34
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	467.856	523.700	89,34
EPS013	E.P.S. Saludcoop	447.793	526.576	85,04
EPS014	Humana Vivir S.A. E.P.S.	424.472	500.919	84,74
EPS015	Salud Colpatria E.P.S.	474.463	535.349	88,63
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	468.035	530.301	88,26
EPS017	E.P.S. Famisanar LTDA.	432.513	475.961	90,87
EPS018	EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	418.610	474.333	88,25
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A.	439.639	506.976	86,72
EPS026	SOLSALUD E.P.S. S.A	552.843	575.608	96,05
EPS033	SALUDVIDA S.A .E.P.S**	375.042	487.659	76,91
EPS034	SALUDCOLOMBIA EPS S.A.***	252.028	292.205	86,25
EPS035	RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.	470.071	522.866	89,90
	TOTAL	**391.031**	**445.498**	**87,77**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

[15] **NOTA 1**: Datos excluidos de la muestra:

EPS003: No se incluyó la cuenta 616585 – Otros costos operacionales -, debido a que se reporta en ella un gasto de $ 6.989.961.000 pesos por concepto de gastos en promoción y prevención. Los estados financieros con sus notas entregados por esta Entidad, en los cuales se encuentran agregados la prestación de los regimenes contributivo y subsidiado, muestran gastos de Promoción y Prevención por $ 19.512.340.000 pesos; realizando la suma de los valores reportados a la SNS, se presentan gastos por promoción y prevención de $ 8.670.049.000 para el régimen subsidiado y de $ 18.446.913.000 para el régimen contributivo, lo que suma un total de $ 27.116.962.000, que no guarda relación con lo reportado en las notas de los estados financieros auditados

EPS023: No se incluyó la cuenta 616585 – Otros costos operacionales -, ya que en ella se encuentran $ 7.982.043.000 pesos que, según las notas a los estados financieros auditados, corresponden a gastos administrativos

* El alto gasto e ingreso Per cápita que presenta la EPS005 se debe a los altos niveles de gastos y de recobros de tutelas y Comités técnico-Científico que presenta esta Entidad en el 2007

** El bajo gasto e ingreso Per cápita que presenta la EPS033 se debe a que esta Entidad reporta alrededor de la mitad de los gastos e ingresos en los estados financieros reportados a la SNS, que los reportados en la Base de Datos de gasto médico

*** No se puede verificar el bajo gasto Per cápita de la EPS034 reportado en los estados financieros a la SNS, ya que esta Entidad no presentó información de Base de Datos de gasto médico

Suficiencia del universo excluyendo provisiones del SGSSS

Tabla 23. Suficiencia del Universo, excluyendo provisiones, del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita[16]

CODIGO	EPS	Sin Provisiones		(Gto/Ing)*100
		Gasto	Ingreso	
EAS016	Empresas Publicas de Medellin-Departamento Medico	N.D.	N.D.	N.D.
EAS027	Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales	558.181	638.739	87,39
EPS001	Colmedica S.A.	492.316	572.950	85,93
EPS002	Salud Total S.A. E.P.S.	423.971	486.462	87,15
EPS003	Cafesalud E.P.S. S.A.	461.120	548.219	84,11
EPS005	E.P.S. Sanitas S.A.*	654.642	701.620	93,30
EPS006	Instituto de Seguros Sociales EPS	N.D.	N.D.	N.D.
EPS008	Compensar E.P.S.	516.034	540.665	95,44
EPS009	EPS Programa Comfenalco Antioquia	N.D.	N.D.	N.D.
EPS010	SuSalud EPS	450.042	549.903	81,84
EPS012	Comfenalco Valle E.P.S.	467.856	523.700	89,34
EPS013	E.P.S. Saludcoop	446.766	526.576	84,84
EPS014	Humana Vivir S.A. E.P.S.	421.029	500.919	84,05
EPS015	Salud Colpatria E.P.S.	452.239	535.349	84,48
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	467.628	530.301	88,18
EPS017	E.P.S. Famisanar LTDA.	417.125	475.961	87,64
EPS018	EPS Servicio Occidental de Salud S.A. - EPS S.O.S. S.A.	415.108	474.333	87,51
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A.	438.239	506.976	86,44
EPS026	SOLSALUD E.P.S. S.A	491.683	575.608	85,42
EPS033	SALUDVIDA S.A .E.P.S**	362.480	487.659	74,33
EPS034	SALUDCOLOMBIA EPS S.A.***	252.028	292.205	86,25
EPS035	RED SALUD ATENCION HUMANA EPS S.A.	469.971	522.866	89,88
	TOTAL	**387.446**	**445.498**	**86,97**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

ANÁLISIS DE GASTOS ADMINISTRATIVOS

Para el análisis de Gastos que se realiza a continuación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Se tomo la información contable presentada por las EPS a la SNS
- Se tomaron los ingresos contables considerados para la suficiencia POS UPC
- Se tomaron los gastos de administración, gastos de ventas, y otros gastos (Cuentas 51, 52 y 53 del PUC)
- En los casos de Entidades que hayan reportado la información financiera de las EPS del contributivo y del subsidiado conjuntamente, se incluyeron para este análisis gastos en un porcentaje igual al porcentaje de ingresos por UPC del contributivo como porcentaje del total de ingresos por UPC que presente dicha Entidad.

[16] Op.Cit. NOTA 1

Tabla 24. Gastos administrativos de ventas y otros gasto como porcentaje de los ingresos operativos en el régimen contributivo, 2004 - 2007

	2004	2005	2006	2007
Ingresos Operativos (COP mm)	4.420.160	4.845.324	5.772.574	6.914.969
Gastos de Administración, Ventas, y otros Gastos	652.851	639.590	758.251	852.778
Gastos como % de los Ingresos	14,8%	13,2%	13,1%	12,3%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Se puede observar que los gastos de administración, ventas y otros asociados a la operación de las EPS del régimen contributivo, vienen decreciendo significativamente como porcentaje de los ingresos operacionales. Del 2006 al 2007, estos gastos se redujeron en un 0,8% de los ingresos operativos.

SUFICIENCIA DE LAS ENTIDADES QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE CALIDAD Y COBERTURA

Suficiencia incluyendo provisiones del SGSSS

Tabla 25. Suficiencia de las EPS que cumplieron los criterios de calidad y cobertura, incluyendo provisiones, del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita

CODIGO	EPS	Con Provisiones		(Gto/Ing)*100
		Gasto	Ingreso	
EPS001	Colmedica S.A.	495.784	572.950	86,53
EPS008	Compensar E.P.S.	513.217	540.665	94,92
EPS010	SuSalud EPS	463.781	549.903	84,34
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	468.035	530.301	88,26
EPS017	E.P.S. Famisanar LTDA.	432.513	475.961	90,87
	TOTAL	**467.672**	**527.931**	**88,59**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Suficiencia excluyendo provisiones del SGSSS

Tabla 26. Suficiencia de las Entidades que cumplieron los criterios de calidad y cobertura, excluyendo provisiones, del régimen contributivo con base en el gasto e ingreso per cápita

CODIGO	EPS	Sin Provisiones		(Gto/Ing)*100
		Gasto	Ingreso	
EPS001	Colmedica S.A.	492.316	572.950	85,93
EPS008	Compensar E.P.S.	516.034	540.665	95,44
EPS010	SuSalud EPS	450.042	549.903	81,84
EPS016	Coomeva E.P.S. S.A.	467.628	530.301	88,18
EPS017	E.P.S. Famisanar LTDA.	417.125	475.961	87,64
	TOTAL	**462.244**	**527.931**	**87,56**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

RESUMEN SUFICIENCIA CONTRIBUTIVO – ESTADOS FINANCIEROS

Tabla 27. Resumen suficiencia del régimen Contributivo

	Universo		Selección	
	Con Provisiones	Sin Provisiones	Con Provisiones	Sin Provisiones
Diciembre 2007	87,77	86,97	88,59	87,56

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.3.2 RÉGIMEN SUBSIDIADO PLENO

Como indicadores de la suficiencia de la UPC del régimen subsidiado en la vigencia del año 2007, se utilizan las relaciones obtenidas entre los gastos e ingresos observados en el aseguramiento de la población pobre al SGSSS, suministrados por la SNS y las EPS en la vigencia del año 2007.

2.3.2.1 GASTO PER CÁPITA

El gasto per cápita generado por la prestación de los servicios de salud a la población afiliada al régimen subsidiado en el año 2007 se obtiene a partir de los estados financieros y la información reportada por las EPS, tomando como referente de población el número de afiliados carnetizados equivalentes para el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007.

El gasto per cápita se presenta según: i) el gasto por capitación aumentado en el gasto diferente a capitación soportado en base de datos y en otros gastos (CTC no reconocidos, TUTELAS no reconocidas y costo de pólizas); ii) el gasto declarado en la nota remisoria aumentado en los otros conceptos de gastos ya aclarados; y, iii) el gasto per cápita derivado de los estados financieros.

Tabla 28 Gasto per cápita en el Régimen Subsidiado Pleno, año 2006

EPS	AFILIADOS CARNETIZADOS EQUIVALENTES	GASTO SOPORTADO EN BASE DE DATOS + OTROS (1)	GASTO SOPORTADO EN BASE DE DATOS EN FRP DISTINTAS A CAPITACIÓN + VALOR DECLARADO DE GASTO EN CAPITACIÓN + OTROS (1)	GASTO DECLARADO POR LA EPS + OTROS (1)	ESTADOS FINANCIEROS SNS
CCF101	160.854	$ 187.331	$ 243.031	$ 246.285	$ 222.602
CCF103	44.427	$ 117.098	$ 228.052	$ 233.423	$ 236.397
EPS002	277.692	$ 149.232	$ 260.045	$ 263.776	$ 259.800
EPS003	764.882	$ 61.822	$ 181.460	$ 182.999	$ 215.947
EPS009	500.394	$ 235.023	$ 248.453	$ 266.114	$ 251.687
EPS026	1.012.417	$ 69.453	$ 168.757	$ 169.651	$ 228.085
EPSI05	244.927	$ 189.178	$ 184.245	$ 187.218	$ 233.224
ESS091	490.819	$ 90.309	$ 214.776	$ 220.593	$ 229.234
ESS207	691.736	$ 122.671	$ 232.242	$ 234.373	$ 230.191
Total	**4.188.148**	**$ 116.399**	**$ 206.918**	**$ 211.162**	**$ 231.452**

(1) Incluye otros gastos declarados CTC no reconocidos, tutelas no reconocidas y costo de las pólizas de alto costo

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

El promedio del gasto per cápita según gasto declarado es de $211.162, cifra inferior en 7,21% al valor promedio de la UPC-S reconocida en 2007 ($227.577,60). En el caso del gasto per cápita según lo soportado en la base de datos se observa el mismo comportamiento pero con niveles de gasto per cápita aún más bajos. Así, el gasto per cápita promedio según la información soportada en base de datos ($116.399) es 48,85% inferior a la UPC-S de 2007 y el que se realiza de acuerdo con lo declarado en cápita y lo soportado en la bases de datos en otras formas de reconocimiento y pago de los servicios de salud diferentes a cápita ($206.918) es 7,21% inferior a la UPC-S promedio de 2007.

Por su parte, el gasto per cápita obtenido de los estados financieros ($231.452) es superior en 1,7% a la UPC normada para esta población, y es tan sólo bajo este escenario que se reporta un gasto per cápita superior a la UPC-S promedio ponderado del año. Cabe resaltar que los estados financieros en los casos de las EPS que tienen los dos regímenes estos no se discriminan.

2.3.2.2 INGRESO PER CÁPITA

El ingreso per cápita que recibieron las EPS por el aseguramiento al régimen subsidiado pleno se obtiene de dos fuentes: i) al relacionar los ingresos según los afiliados equivalentes carnetizados con la UPC promedio; y, ii) de los estados financieros y la población afiliada al Régimen.

El ingreso per cápita en el régimen subsidiado pleno, durante el año 2007, según el estimativo hecho con base en los afiliados carnetizados equivalentes es de $232.195, y según estados financieros es de $252.505. Nótese que el ingreso calculado según carnetizados equivalentes resulta ligeramente superior (2,03%) a la UPC-S de la vigencia 2006 ($227.577,60), mientras que el estimado por estados financieros es superior (10,95%).

Tabla 29 Ingreso per cápita de las EPS en el Régimen Subsidiado Pleno, año 2007

EPS	INGRESOS POR UPC SEGÚN AFILIADOS CARNETIZADOS EQUIVALENTES (1)	ESTADOS FINANCIEROS SNS
CCF101	$ 230.807	$ 228.462
CCF103	$ 253.208	$ 253.028
EPS002	$ 243.519	$ 308.436
EPS003	$ 227.920	$ 226.679
EPS009	$ 231.891	$ 261.481
EPS026	$ 230.031	$ 256.690
EPSI05	$ 241.608	$ 251.557
ESS091	$ 229.260	$ 249.804
ESS207	$ 233.485	$ 253.798
Total	**$ 232.195**	**$ 252.505**

(1) Incluye otros ingresos (copagos, cuotas moderadoras, reembolsos)

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.3.2.3 SUFICIENCIA: RELACIÓN GASTO - INGRESO

La suficiencia de la UPC_S del Régimen Subsidiado a partir de los tres escenarios de gasto contemplados reporta valores promedio de 0,5013 para los gastos soportados en base de datos y de 0,90 tanto para el gasto declarado y como para gasto soportado en base de datos en formas de reconocimiento y pago de servicios de salud distintas a capitación mas el valor declarado de gasto en capitación y los otros conceptos. Los el escenario de estados financieros por su parte reportan una suficiencia de 0,9166.

Tabla 30 Relación Gasto Ingreso en el Régimen Subsidiado Pleno año 2007

EPS	SEGÚN GASTO SOPORTADO EN BASE DE DATOS + OTROS (1) (2)	SEGÚN GASTO SOPORTADO EN BASE DE DATOS EN FRP DISTINTAS A CAPITACIÓN + VALOR DECLARADO DE GASTO EN CAPITACIÓN + OTROS (1)(2)	SEGÚN GASTO DECLARADO + OTROS (1)(2)	ESTADOS FINANCIEROS SNS (3)
CCF101	0,8116	1,0530	1,0671	0,9743
CCF103	0,4625	0,9007	0,9219	0,9343
EPS002	0,6128	1,0679	1,0832	0,8423
EPS003	0,2712	0,7962	0,8029	0,9527
EPS009	1,0135	1,0714	1,1476	0,9625
EPS026	0,3019	0,7336	0,7375	0,8886
EPSI05	0,7830	0,7626	0,7749	0,9271
ESS091	0,3939	0,9368	0,9622	0,9177
ESS207	0,5254	0,9947	1,0038	0,9070
Total	**0,5013**	**0,8911**	**0,9094**	**0,9166**

(1) Incluye otros gastos declarados CTC no reconocidos, tutelas no reconocidas y costo de las pólizas de alto costo
(2) Incluye otros ingresos (copagos, cuotas moderadoras, reembolsos)
(3) Estados financieros reportados a la SNS

Nota: Debido a que en los estados financieros no se discriminan en su reporte por régimen, el resultado de este escenario corresponde a la suficiencia conjunta del régimen subsidiado pleno y parcial.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

Tomado como referente de una operatividad viable de las EPS del régimen subsidiado pleno un indicador de suficiencia de 0,92, se tiene que bajo el escenario del gasto declarado y soportado en base de datos con otras formas de reconocimiento y pago diferentes a cápita existe un margen de alrededor de 2 puntos porcentuales. En el caso del escenario de los estados financieros el margen es estrecho.

2.3.2.4 ANÁLISIS DE SUFICIENCIA BASADO EN LOS ESTADOS FINANCIEROS

El análisis de suficiencia POS – UPC del régimen subsidiado basado en los estados financieros se basa en la información financiera reportada por las Entidades aseguradoras del régimen subsidiado a la SNS con corte de diciembre de 2007, y que recoge la operación de las Entidades en el periodo entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007. En este aparte se realizarán análisis que incluyen diferentes conjuntos de entidades analizadas.

El primer conjunto de EPS, denominado el "universo", comprende la totalidad de EPS que reportaron a la SNS la información contable desglosada según el rigor requerido para este análisis. El segundo conjunto obedece al grupo de EPS que fue objeto de análisis de suficiencia teniendo como referencia la Base de Datos del gasto reportada por las Entidades; entiéndase este grupo como el grupo de entidades que pasaron los criterios de calidad y cobertura del Estudio.

Las cuentas contables que se tienen en cuenta se describen en la siguiente tabla:

Tabla 31. Partidas contables para los escenarios de suficiencia del régimen subsidiado

EPS del Subsidiado - Reporte Estandar		EPS del Subsidiado - Reporte Público	
Ingreso		**Ingreso**	
4165	Administración del régimen de seguridad social en salud	4311	Administración del régimen de seguridad social en salud
416555	Unidad de pago por Capitación régimen subsidiado- UPC	431106	Unidad de pago por Capitación régimen subsidiado- UPC
416560	Copagos régimen subsidiado	431107	Copagos régimen subsidiado
416575	Recobro de enfermedades alto costo	431112	Recobro de enfermedades alto costo
416590	Otros ingresos operacionales	431190	Otros ingresos por administración del régimen de seguridad social
4175	Devoluciones, rebajas y descuentos en ventas de servicios (db)		
		48	Ingresos no Opreacionales
42	Ingresos no Opreacionales	4805	Financieros
4210	Financieros		
4295	Diversos	**Gasto Médico**	
Gasto Médico		6402	Seguridad social en salud
616570	Regimen subsidiado		
61657001	Contratos de capitacion - subsidiado		
61657002	Contratos por evento - subsidiado		
61657003	Promocion y prevencion - subsidiado		
616580	Provisión del SGSSS		
616585	Otros costos operacionales		
61658501	Promoción y prevención		
61658502	Enfermedades Alto costo		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

El análisis de suficiencia basado en los Estados Financieros de las EPS realizado para este informe difiere del realizado en años anteriores principalmente un aspecto:

- Ingresos no Operativos: Para la realización de este informe no se tendrán en cuenta la totalidad de los ingresos no operativos de las EPS, ya que no se consideran inherentes a la prestación del servicio de aseguramiento en salud las siguientes cuentas:

- 4215 Dividendos y Participaciones
- 4220 Arrendamientos
- 4225 Comisiones
- 4230 Honorarios
- 4235 Servicios
- 4240 Utilidad en venta de Inversiones
- 4245 Utilidad en venta de propiedades de planta y equipo
- 4248 Utilidad en venta de Otros Bienes
- 4250 Recuperaciones
- 4255 Indemnizaciones
- 4265 Ingresos de Ejercicios Anteriores

Los análisis a continuación expuestos se basan en la información reportada por las EPS a la SNS para el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2007.

SUFICIENCIA DEL UNIVERSO

El universo contempla a todas las EPS del régimen subsidiado con la excepción de 6 de ellas. Las razones de su exclusión del análisis se explican a continuación:

- CCF001: Esta Entidad no presentó información financiera a la SNS para el corte de diciembre de 2007
- CCF023: Esta Entidad no se incluye debido a que en la información entregada a la SNS no se presenta desglose de las cuentas de Ingreso– cuenta 4 - ni de costos de ventas – cuenta 6 -
- CCF045: Esta Entidad no presentó información financiera a la SNS para el corte de diciembre de 2007
- EPS020: No se incluye esta entidad ya que no se puede dividir claramente la operación de prestación de servicios en salud – IPS, de la actividad de aseguramiento en Salud
- EPS025: No se incluye esta entidad ya que no se puede dividir claramente la operación de prestación de servicios en salud – IPS, de la actividad de aseguramiento en Salud
- EPS028: No se incluye esta entidad ya que no se puede dividir claramente la operación de prestación de servicios en salud – IPS, de la actividad de aseguramiento en Salud

Tabla 32. Lista de entidades incluidas en el Universo – Régimen subsidiado[17]

CODIGO	EPS	Inclusión
CCF001	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMACOLCOMFAMILIAR CAMACOL	NO
CCF002	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIACOMFAMA	SI
CCF007	C. C. F. CARTAGENA 'COMFAMILIAR CARTAGENA'	SI
CCF009	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACACONFABOY	SI
CCF015	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	SI
CCF018	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	SI
CCF023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	NO
CCF024	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	SI
CCF027	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARINO	SI
CCF028	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCOSECC. DEL QUINDIO	SI
CCF031	CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR CAJASAN	SI
CCF032	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO SECCIONAL SANTANDER	SI
CCF033	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	SI
CCF035	CAJA DE COMPENSACION FAMILIARDE BARRANCABERMEJA - CAFABA	SI
CCF037	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DEL TOL.	SI
CCF045	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER COMFANORTE	NO
CCF049	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	SI
CCF053	CAJA DE COMPENSACI¾N FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	SI
CCF055	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	SI
CCF101	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	SI
CCF102	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO CONFACHOCO	SI
CCF103	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA	SI
EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	SI
EPS003	CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA S.A.	SI
EPS009	Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA	SI
EPS014	HUMANA VIVIR EPS	SI
EPS020	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM	NO
EPS022	A.R.S. CONVIDA	SI
EPS025	CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL CASANARE - CAPRESOCA - E.P.S.	NO
EPS026	SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD E.P.S.S.A.	SI
EPS028	CALI SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	NO
EPS030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A.	SI
EPS031	SELVASALUD S.A. E.P.S.	SI
EPS033	SALUDVIDA EPS	SI
EPSI01	ASOCIACION DE CABILDO INDIGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAI EPSI	SI
EPSI02	MANEXKA EPS INDIGENA	SI
EPSI03	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	SI
EPSI04	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	SI
EPSI05	MALLAMAS EPS INDIGENA	SI
EPSI06	PIJAOS SALUD EPS INDIGENA	SI
ESS002	EMDISALUD E.S.S.	SI
ESS024	COOSALUD ESS COOP DE SALUD Y DSLLO INTEG ZONA SUR ORIENTAL CARTAGEI	SI
ESS062	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMETSALUD E.S.S.A.R.S.	SI
ESS076	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ ESS	SI
ESS091	ECOOPSOS EMPRES SOLIDARIA DE SALUD	SI
ESS118	ASOCIACION MUTUAL SOLIDARIA DE SALUD -EMSSANAR E.S.S.	SI
ESS133	ESS COMPARTA	SI
ESS207	Asociacion Mutual SER	SI

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

[17] **NOTA 1**: Para el caso de la EPS 002, debido a que esta Entidad presentó en el 2007 cortes semestrales de información, para el primer semestre del 2007, el cual se encontraban los Estados Financieros de los regímenes contributivo y subsidiado agregados, se realizaron cálculos para los ingresos y gastos no independizados por régimen basados en la proporción de ingresos UPC que la Entidad presentaba para cada uno de estos regímenes.

Los datos que se presentan a continuación no están expresados en términos de pesos Per cápita para el gasto y para el ingreso, ya que no se cuenta con la información de carnetizados para todas la Entidades, en consecuencia los datos a continuación expuestos se presentan en términos de millones de pesos corrientes.

Tabla 33. Suficiencia del Universo del régimen contributivo con base en los gastos e ingresos totales[18]

CODIGO	EPS	Ingresos	Gasto	(Gto / Ing.)*100
CCF001	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAMACOLCOMFAMILIAR CAMACOL	N.D.	N.D.	N.D.
CCF002	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIACOMFAMA	90.944	84.777	93,22
CCF007	C. C. F. CARTAGENA 'COMFAMILIAR CARTAGENA'	43.107	39.119	90,75
CCF009	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE BOYACACONFABOY	20.733	18.977	91,53
CCF015	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	62.213	55.926	89,89
CCF018	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM	56.040	59.169	105,58
CCF023	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE LA GUAJIRA	N.D.	N.D.	N.D.
CCF024	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL HUILA	73.904	67.329	91,10
CCF027	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NARINO	20.229	18.348	90,70
CCF028	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCOSECC. DEL QUINDIO	19.632	18.967	96,61
CCF031	CAJA SANTANDEREANA DE SUBSIDIO FAMILIAR CAJASAN	13.425	12.938	96,37
CCF032	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO SECCIONAL SANTANDER	8.946	8.448	94,44
CCF033	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE SUCRE	18.052	16.654	92,25
CCF035	CAJA DE COMPENSACION FAMILIARDE BARRANCABERMEJA - CAFABA	7.297	6.741	92,39
CCF037	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE FENALCO DEL TOL.	26.919	26.948	100,11
CCF045	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE NORTE DE SANTANDER COMFANORTE	N.D.	N.D.	N.D.
CCF049	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL ORIENTE COLOMBIANO	27.661	25.130	90,85
CCF053	CAJA DE COMPENSACI¾N FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	22.425	21.178	94,44
CCF055	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO	87.493	80.492	92,00
CCF101	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	36.749	35.806	97,43
CCF102	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CHOCO CONFACHOCO	10.460	9.623	91,99
CCF103	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA	11.241	10.502	93,43
EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	85.650	72.144	84,23
EPS003	CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA S.A.	173.383	165.174	95,27
EPS009	Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA	130.844	125.943	96,25
EPS014	HUMANA VIVIR EPS	111.119	102.118	91,90
EPS020	CAJA DE PREVISION SOCIAL DE COMUNICACIONES CAPRECOM	N.D.	N.D.	N.D.
EPS022	A.R.S. CONVIDA	84.308	79.458	94,25
EPS025	CAJA DE PREVISION SOCIAL Y SEGURIDAD DEL CASANARE - CAPRESOCA - E.P.S.	N.D.	N.D.	N.D.
EPS026	SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD E.P.S.S.A.	259.878	230.917	88,86
EPS028	CALI SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	N.D.	N.D.	N.D.
EPS030	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A.	96.944	89.887	92,72
EPS031	SELVASALUD S.A. E.P.S.	100.816	93.281	92,53
EPS033	SALUDVIDA EPS	183.653	166.385	90,60
EPSI01	ASOCIACION DE CABILDO INDIGENAS DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAI EPSI	44.470	42.221	94,94
EPSI02	MANEXKA EPS INDIGENA	30.295	28.544	94,22
EPSI03	ASOCIACION INDIGENA DEL CAUCA	44.945	42.708	95,02
EPSI04	ANAS WAYUU EPS INDIGENA	24.837	22.799	91,79
EPSI05	MALLAMAS EPS INDIGENA	61.613	57.123	92,71
EPSI06	PIJAOS SALUD EPS INDIGENA	14.071	14.082	100,08
ESS002	EMDISALUD E.S.S.	222.610	212.100	95,28
ESS024	COOSALUD ESS COOP DE SALUD Y DSLLO INTEG ZONA SUR ORIENTAL CARTAGE	254.303	238.913	93,95
ESS062	ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA DE EL TAMBO ASMETSALUD E.S.S.A.R.S.	241.915	226.801	93,75
ESS076	ASOCIACION MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDO AMBUQ ESS	104.501	105.485	100,94
ESS091	ECOOPSOS EMPRES SOLIDARIA DE SALUD	122.608	112.512	91,77
ESS118	ASOCIACION MUTUAL SOLIDARIA DE SALUD -EMSSANAR E.S.S.	214.367	208.011	97,04
ESS133	ESS COMPARTA	273.095	252.198	92,35
ESS207	Asociacion Mutual SER	175.561	159.232	90,70
	TOTAL	**3.713.253**	**3.465.109**	**93,32**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

[18] El análisis de suficiencia del universo del régimen subsidiado se realiza tomando el ingreso total y el gasto en salud total, y no per cápita, debido a que de las 49 Entidades autorizadas para la operación del régimen subsidiado, solo 39 enviaron información para el estudio. En consecuencia no se tienen el número de afiliados carnetizados total del régimen subsidiado

SUFICIENCIA DE LAS ENTIDADES QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DE CALIDAD Y COBERTURA

Para este análisis se toma la muestra de las entidades que, por la calidad y cobertura de su información, según el análisis en la base de datos de gasto médico del corte a diciembre de 2007

Tabla 34. Suficiencia de las Entidades del régimen subsidiado con base en los procesos de calidad del 1 al 7, con base en el gasto e ingreso Per cápita

CODIGO	EPS	Ingresos	Gasto	(Gto / Ing.)*100
CCF101	CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COLSUBSIDIO	228.462	222.602	97,43
CCF103	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DEL CAQUETA	253.028	236.397	93,43
EPS002	SALUD TOTAL S.A. ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD	308.436	259.800	84,23
EPS003	CAFESALUD MEDICINA PREPAGADA S.A.	226.679	215.947	95,27
EPS009	Caja de Compensación Familiar COMFENALCO ANTIOQUIA	261.481	251.687	96,25
EPS026	SOLIDARIA DE SALUD SOLSALUD E.P.S.S.A.	256.690	228.085	88,86
EPSI05	MALLAMAS EPS INDIGENA	251.557	233.224	92,71
ESS091	ECOOPSOS EMPRES SOLIDARIA DE SALUD	249.804	229.234	91,77
ESS207	Asociacion Mutual SER	253.798	230.191	90,70
	TOTAL	**252.505**	**231.452**	**91,66**

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

RESUMEN SUFICIENCIA SUBSIDIADO – ESTADOS FINANCIEROS

Tabla 35. Resumen suficiencia del régimen subsidiado

	Universo	Selección
Diciembre 2007	93,32	91,66

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

2.4 DESCRIPCIÓN DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO (PONDERADORES) QUE SON DETERMINANTES DEL GASTO EN SALUD

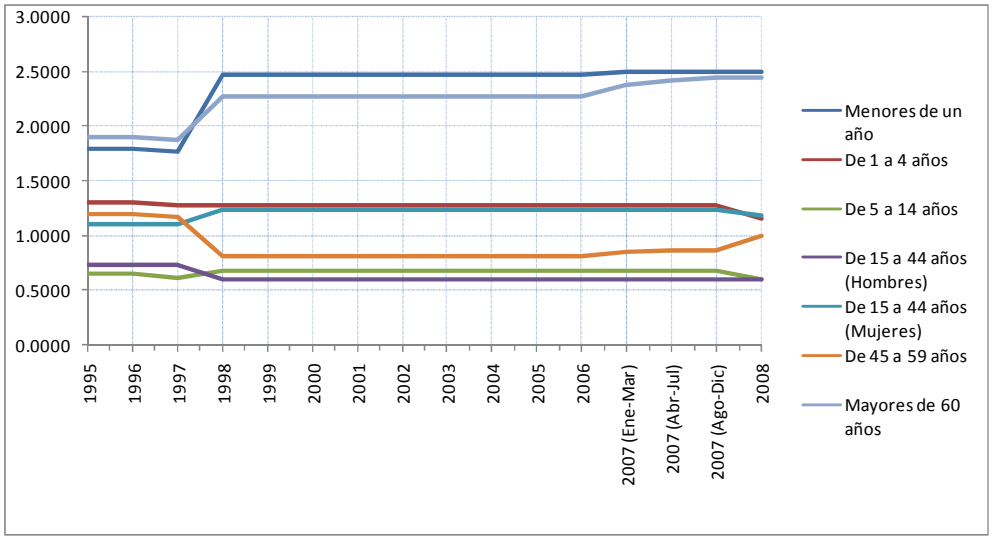
En la actualidad existen ponderadores de la UPC por edad, sexo y ubicación geográfica de los afiliados y de la red prestadora de servicios de salud (zona normal, especial y centros urbanos). Tras no haber sido modificados desde el año 1998, los ponderadores por edad y sexo de la UPC fueron ajustados en tres oportunidades en el año 2007 para los menores de un año así como para los grupos de 45 a 59 años y los mayores de 60 años. La prima adicional que se reconoce por los afiliados en los departamentos de Amazonas, Arauca, Casanare, Caquetá, Chocó, Guajira, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, San Andrés y Providencia, Sucre, Vaupés, Vichada y la región de Urabá fue modificada por primera vez en el año 2005, pasando de un 33% adicional a un 20% adicional sobre el valor de la UPC del Régimen Contributivo.

Para el año 2008, considerando que el "Estudio de Suficiencia Plan Obligatorio de Salud – Unidad de Pago por Capitación 2006" realizado por el Ministerio de la Protección Social encontró que los factores diferenciales de gasto en salud en el Régimen Contributivo por edad, sexo y zona geográfica presentaban diferencias con los ponderadores vigentes, el CNSSS consideró pertinente establecer una senda de transición de tres (3) años para alcanzar los ponderadores ideales, aplicando en el primer año (2008) el 25% de la diferencia positiva o negativa entre el ponderador vigente y el ideal para los grupos etarios de 1 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 44 años (Hombres), de 15 a 44 años (Mujeres), y de 45 a 59 años.

Igualmente, el CNSSS decidió modificar la prima adicional que se reconoce por los afiliados en zonas especiales, fijando dicho monto en el 19% de la UPC-C, y adicionalmente el CNSSS también consideró pertinente establecer un nuevo ponderador correspondiente al 2.25% de la UPC del Régimen Contributivo, para las grandes ciudades Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla, y para los municipios de Soacha, Bello, Itagüí, Envigado, Sabaneta y Soledad, conurbados con las ciudades de Bogotá, Medellín y Barranquilla respectivamente.

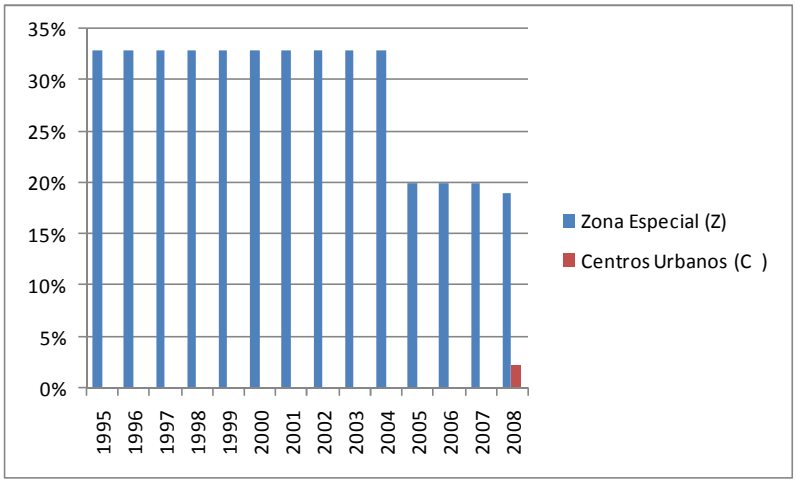
La evolución histórica de los distintos ponderadores de la UPC del Régimen Contributivo se muestra en las figuras 3 y 4.

Figura 3 evolución de los ponderadores por edad y sexo de la Unidad de Pago por Capitación. 1995-2008



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de los Acuerdos del CNSSS. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

Figura 4 evolución de los ponderadores por edad y sexo de la Unidad de Pago por Capitación. 1995-2008



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de los Acuerdos del CNSSS. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

El Ministerio de la Protección Social ha realizado tres estudios anuales, consecutivos de los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC desde el año 2005 hasta la fecha.

El primero tomó como población las cuatro aseguradoras del régimen contributivo (Salud Total EPS, Compensar EPS, Susalud EPS y Comfenalco Valle EPS), que presentaron la mejor calidad de información para del estudio de suficiencia del mismo año. La población de estas cuatro aseguradoras representaba el 28% de la población total y se concluyó que "Las variables demográficas edad y sexo tienen un valor predictivo del 1.12% consistentes con los datos de referencia nacionales e internacionales. Los ponderadores presentan diferencias con los actuales que son consistentes con las tres metodologías de cálculo y que se ajustaron dado el resultado de aplicar el ponderador a la estructura poblacional" [19] Los resultados de los ponderadores recomendados en cada uno de los estudios son los que se relacionan en la tabla 36.

El segundo estudio del año 2006 fue presentado en forma conjunta con el Estudio de Suficiencia[20], en sesión de diciembre al CNSSS. En este estudio las EPS seleccionadas que remitieron mejor información en el año respectivo en términos de cobertura y calidad fueron siete (Colmedica EPS, Compensar EPS, Susalud EPS, Confenalco Valle EPS, Famisanar EPS y Salud Vida EPS) y representaban el 20% de la población total del régimen contributivo.

Los resultados de los ponderados obtenidos en este segundo estudio evidenciaron que los ponderadores más deficitarios eran los de los grupos de 45 a 59 años y mayores de 60 años, en un 65% y 43% respectivamente, datos que se eran consistentes con los obtenidos en el estudio del año anterior. Con base en estos cálculos se realizan los tres ajustes de los ponderadores de estos grupos etarios del final del ciclo vital.

[19] Bolívar M., Guerrero H., M, Hurtado, G., Ordoñez I. Estudio de los actuales mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación. Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Abril de 2006
[20] Bolívar, M., Guerrero, H., Hurtado, G., Ordóñez, I. Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de Pago por Capitación 2006. Informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Diciembre de 2006.

Tabla 36 Ponderadores obtenidos por grupo etario. Colombia 2005, 2006 y 2007

GRUPO ETARIO	2005	2006	2007
Menores de un año	1,45	2,79	3,0678
De 1 a 4 años	0,72	0,76	0,7996
De 5 a 14 años	0,42	0,34	0,3687
De 15 a 44 años (Hombres)	0,69	0,53	0,6052
De 15 a 44 años (Mujeres)	0,86	0,9	1,0412
De 45 a 59 años	1,41	1,34	1,3793
Mayores de 60 años	2,52	3,27	2,9388

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC años 2005, 2006 y 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

El Estudio de 2007 se realizó con base en siete aseguradoras (Colmedica EPS, Cafesalud EPS, Compensar EPS, Susalud EPS, Saludcoop EPS, Famisanar EPS y Cruz Blanca EPS), las cuales representan el 45% de la población del régimen contributivo. Los resultados de los ponderadores muestran un mayor gasto en salud en los grupos extremos de la vida, presentándose un gasto de tres veces la UPC promedio en los menores de 1 año y los mayores de sesenta años, seguidos del gasto en el grupo de 45 a 59 años que representa aproximadamente una UPC y media y de las mujeres en edad fértil que está alrededor del valor de la UPC. Los grupos que presentan un gasto menor a la UPC promedio son en su orden el de 1 a 4 años, los hombres de 15 a 49 años y por último no alcanzar a gastar el 50% del valor de la UPC el grupo de 5 a 14 años.

Los resultados obtenidos en el ponderador de zona geográfica muestran un gasto cercano a la UPC en las zonas normales de 0,98 en ambos cálculos. En las zonas especiales los gastos soportados son de 0,83 y 0,72 de la UPC, estos valores fueron estimados en el cálculo estadístico y cálculo mediante promedio de celdas, respectivamente. Por último, en ciudades capitales y sus municipios conurbados se observó un gasto de 1,06 y de 1,14 de la UPC.

La senda de transición propuesta en Diciembre de 2007 para el ajuste de los ponderadores se muestra en la tabla 37.

Tabla 37 Ajuste ponderadores régimen contributivo grupo etario-sexo y zona

AÑO	Menores de un año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años (Hombres)	De 15 a 44 años (Mujeres)	De 45 a 59 años	Mayores de 60 años	Zonas Urbanas (C)	Zona Especial (E)
2007	2,4936	1,2800	0,6800	0,6000	1,2400	0,8683	2,4441	0,00	1,20
2008	2,4936	1,1599	0,6022	0,6013	1,1903	0,9960	2,4441	1,02	1,18
2009	2,7807	0,9918	0,4932	0,6031	1,1207	1,1749	2,6915	1,04	1,15
2010	3,0678	0,7996	0,3687	0,6052	1,0412	1,3793	2,9388	1,06	1,10

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

Igualmente para el caso del Régimen Subsidiado, se propuso una senda de tres años para el ajuste de los ponderadores por zona de dicho régimen. Dicha senda se muestra en la Tabla 38.

Tabla 38 Ajuste ponderadores régimen subsidiado zona

AÑO	Zonas Urbanas (C)	Zona Especial (E)
2007	1.0200	1,2000
2008	1,0500	1,1500
2009	1,0550	1,1000
2010	1,0600	1,0500

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

El Estudio del presente año (2008) se realizó con la información de cinco entidades promotoras de salud del Régimen Contributivo (Colmédica EPS, Compensar EPS, Susalud EPS, Famisanar EPS y Coomeva EPS). Dichas EPS fueron las que superaron los niveles aceptables de calidad de la información y representan el 35% de los afiliados equivalentes compensados durante el año 2007 en el Régimen Contributivo.

La tabla 39 muestra los valores observados de los ponderadores, calculados con la información de gasto en salud reportada para el Estudio de Suficiencia del presente año. Allí se muestra, además de los ponderadores vigentes establecidos por el Acuerdo 381, los valores estimados por los métodos cálculo mediante promedio de celdas y de regresión.

Tabla 39 Ponderadores estimados Estudio de Suficiencia 2008

GRUPO ETARIO	Ponderadores Vigentes UPC 2008	Método cálculo mediante promedio de celdas Estudio	Método por Regresión Estudio
Menores de un año	2.4936	1.9068	1.4454
De 1 a 4 años	1.1599	0.9591	1.0104
De 5 a 14 años	0.6022	0.3471	0.3591
De 15 a 44 años (Hombres)	0.6013	0.6123	0.6570
De 15 a 44 años (Mujeres)	1.1903	1.1900	1.3331
De 45 a 59 años	0.9961	1.5342	1.5051
Mayores de 60 años	2.4441	3.6447	3.6803
Zona Especial	1.1900	1.0043	1.0560
Zona Conurbados	1.0250	1.1706	1.1695

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

En la tabla anterior por su parte muestra las diferencias porcentuales entre los ponderadores estimados en el presente Estudio frente a los ponderadores vigentes.

Tabla 40 Diferencia porcentual entre los ponderadores estimados y los ponderadores vigentes en el año 2008

	Diferencia Porcentual Cálculo mediante promedio de celdas vs Vigentes	Diferencia Porcentual Regresión vs Vigentes
Menores de un año	-23.53%	-42.04%
De 1 a 4 años	-17.31%	-12.89%
De 5 a 14 años	-42.36%	-40.37%
De 15 a 44 años (Hombres)	1.83%	9.26%
De 15 a 44 años (Mujeres)	-0.03%	12.00%
De 45 a 59 años	54.02%	51.10%
Mayores de 60 años	49.12%	50.58%
Zona Especial	-15.61%	-11.26%
Zona Conurbados	14.20%	14.10%

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

Tal como se ha evidenciado en los estudios anteriores, aquí se muestra que los grupos de 45 a 59 años y los mayores de 60 años presentan una subestimación importante de sus respectivos ponderadores, diferencia que es cercana al 50%. En el caso de los afiliados entre 5 y 14 años se evidencia una sobreestimación del ponderador vigente frente al gasto en salud soportado en la base de datos del presente Estudio.

Situación similar se evidencia en los ponderadores de localización geográfica donde se encuentra que el factor de ajuste vigente para las zonas especiales está sobre estimado cerca de un 15% mientras que el ponderador vigente para las zonas urbanas se encuentra sub estimado un 14%.

En la siguiente tabla se observa que la mayoría de ponderadores muestran valores consistentes con los estimados en el 2007 (con excepción del ponderador de menores de un año). Teniendo en cuenta lo anterior se recomienza continuar en la senda de transición para ajustar gradualmente los ponderadores a los valores observados en el presente Estudio.

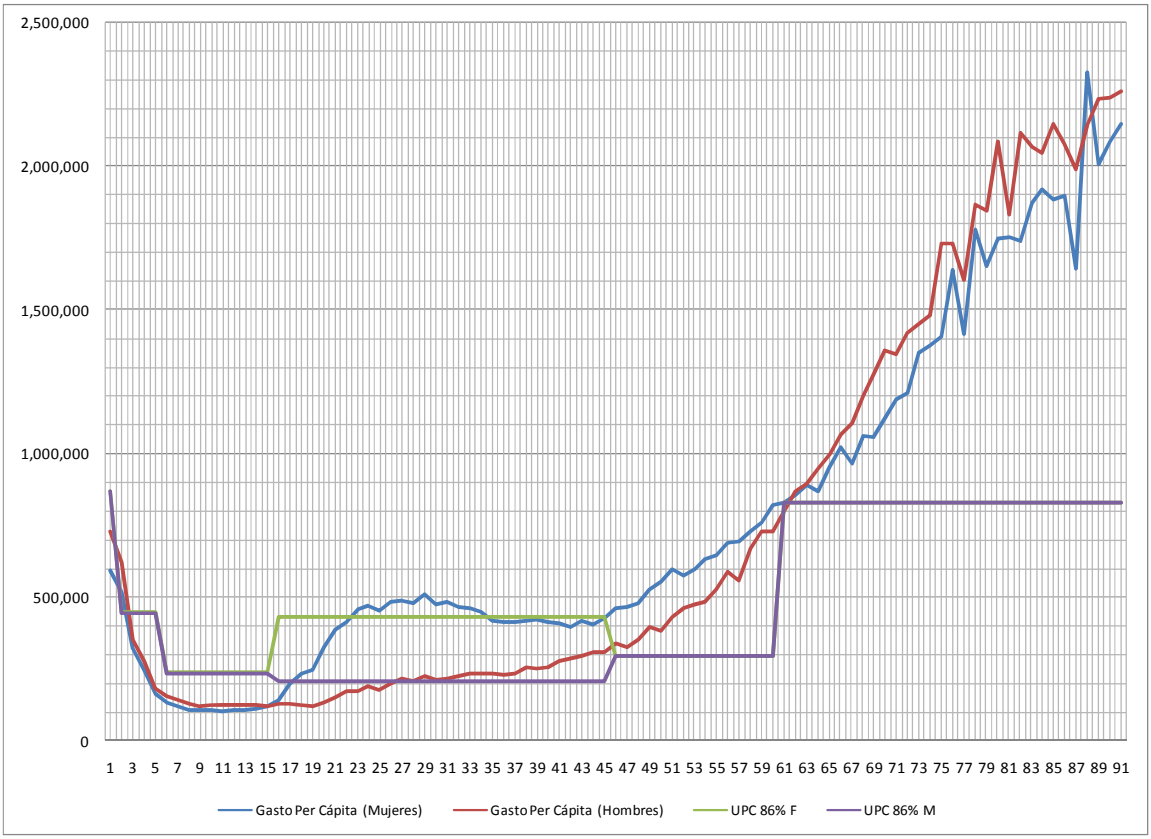
Tabla 41 Senda de transición propuesta en el año 2007 vs ponderadores observados en 2008

AÑO	Menores de un año	De 1 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años (Hombres)	De 15 a 44 años (Mujeres)	De 45 a 59 años	Mayores de 60 años	Zonas Urbanas (C)	Zona Especial (E)
2007	2,4936	1,2800	0,6800	0,6000	1,2400	0,8683	2,4441	0,00	1,20
2008	2,4936	1,1599	0,6022	0,6013	1,1903	0,9960	2,4441	1,02	1,18
2009	2,7807	0,9918	0,4932	0,6031	1,1207	1,1749	2,6915	1,04	1,15
2010 (Ponderador observado en 2007)	3,0678	0,7996	0,3687	0,6052	1,0412	1,3793	2,9388	1,06	1,10
2010 (Ponderador observado en 2008)	1.9068	0.9591	0.3471	0.6123	1.1900	1.5342	3.6447	1.1706	1.0043

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

La Figura 5 muestra el comportamiento del gasto per cápita y de los valores de la Unidad de Pago por Capitación según la edad y el sexo de los afiliados. Allí, además de identificarse claramente los grupos con ponderadores sobre estimados y aquellos con una subestimación en el mismo se evidencia que para algunos grupos de edad, principalmente entre 45 y 59 años y mayores de 60 (y en menor medida el grupo entre 15 y 45 años), se encuentra una gran variabilidad del gasto en salud per cápita al interior del grupo. Esto sugiere que los actuales mecanismos de ajuste de riesgo pueden ser profundizados para permitir que cumplan de mejor manera con su principal objetivo; reducir los incentivos a la selección de riesgos.

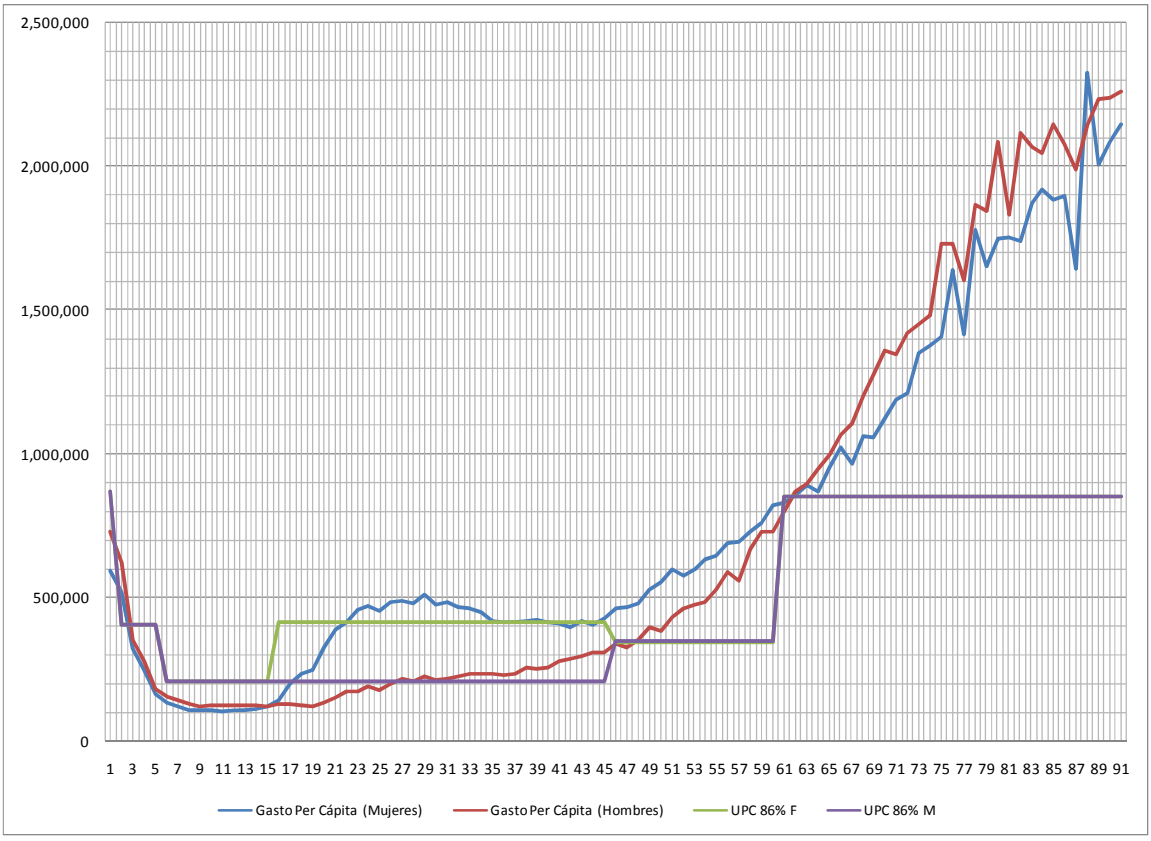
Figura 5 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo (2007)



Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

En la Figura 6 se ilustra el comportamiento del gasto per cápita y de los valores de la Unidad de Pago por Capitación según la edad y el sexo de los afiliados, pero en esta ocasión utilizando los ponderadores vigentes durante el año 2008. Allí se evidencia que si bien el ajuste realizado en el año 2008 presenta un mejor ajuste de la UPC frente al gasto en salud, aún persisten grupos con diferencia en los ponderadores observados frente a los vigentes, y también que varios grupos de edad se presenta la posibilidad de profundizar el ajuste para que la UPC refleje aún mejor el gasto en salud per cápita en el sistema.

Figura 6 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo (Ponderadores 2008)



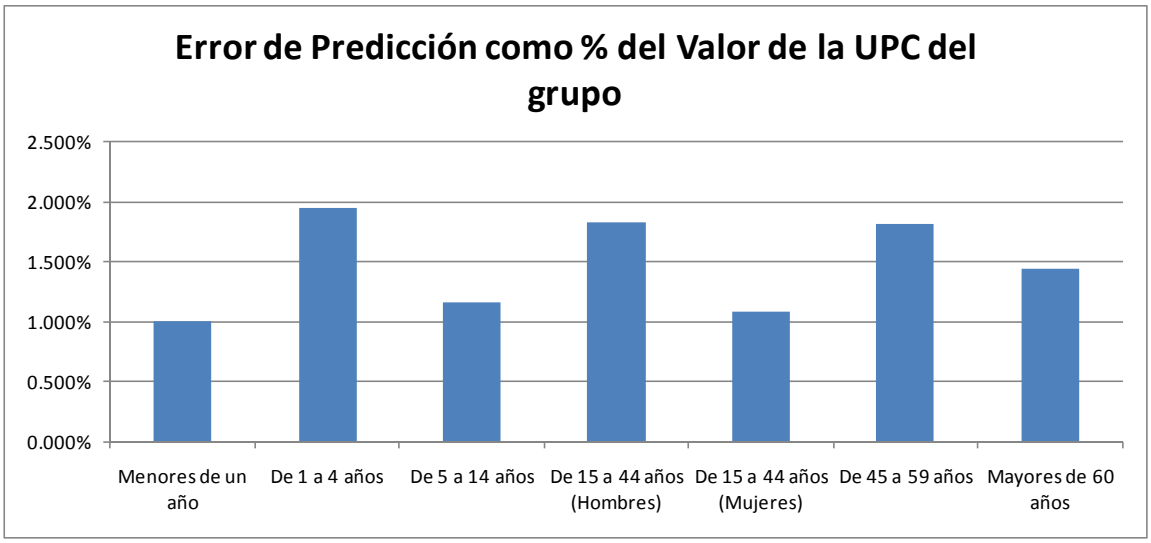
Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

Consistente con lo anterior, la Figura 7 muestra para cada uno de los grupos de edad y sexo vigentes en los actuales mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC el error de predicción de la UPC como porcentaje del valor de la UPC de cada grupo. El error de predicción se define como:

$$\frac{\sum_{i=1}^{N}\left(g_{i,j}-UPC_j\right)^2}{N}$$

Y es una medida de qué tan bien se ajusta el valor que se entrega por concepto de UPC en cada grupo etario al gasto en salud correspondiente.

Figura 7 Error de Predicción como % del valor de la UPC del grupo



Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

Dado lo anterior, se considera conveniente profundizar los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC, en aquellos grupos donde existe una gran variabilidad del gasto en salud, en particular en el grupo de 45 a 59 años, los mayores de sesenta años y en alguna medida el grupo entre 15 y 45 años. La tabla 42 muestra los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos, con los ponderadores vigentes así como con los ponderadores observados para cada uno de los grupos en el presente Estudio.

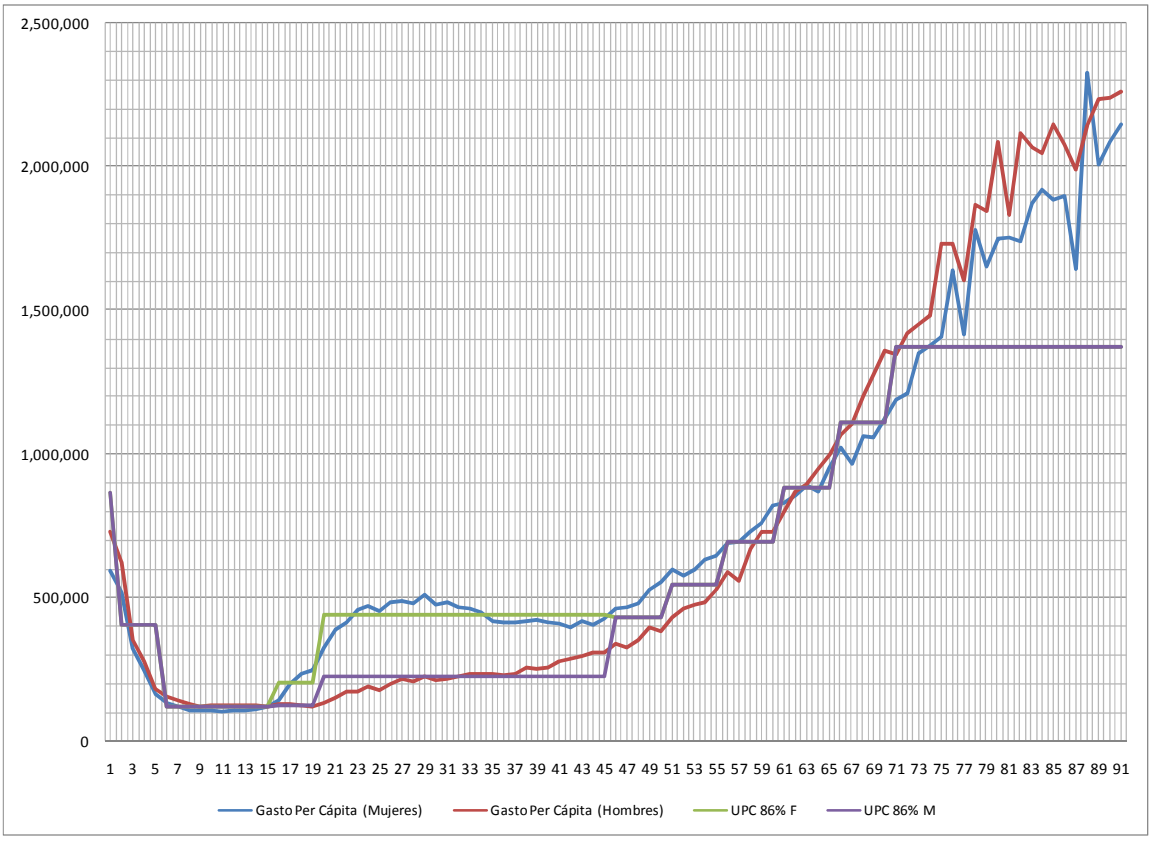
Tabla 42 Grupos de ajuste de la UPC por edad y sexo propuestos, Ponderadores vigentes y observados

GRUPO ETARIO	Ponderadores Vigentes UPC 2008	Método cálculo mediante promedio de celdas Estudio
Menores de un año	2.4936	1.9068
De 1 a 4 años	1.1599	0.9591
De 5 a 14 años	0.6022	0.3471
De 15 a 18 años (Hombres)	0.6013	0.3616
De 15 a 18 años (Mujeres)	1.1903	0.5849
De 19 a 44 años (Hombres)	0.6013	0.6501
De 19 a 44 años (Mujeres)	1.1903	1.2695
De 45 a 49 años	0.9961	1.2391
De 50 a 54 años	0.9961	1.5718
De 55 a 59 años	0.9961	2.0011
De 60 a 64 años	2.4441	2.5429
De 64 a 69 años	2.4441	3.1950
De 70 a 74 años	2.4441	3.9495
Mayores de 75 años	2.4441	5.2531

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

Figura 8 se presenta de nuevo el comportamiento del gasto per cápita por edad y sexo, pero ahora frente a los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos con sus respectivos ponderadores observados.

Figura 8 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo según los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos (ponderadores observados)



Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

No obstante lo anterior, con el fin de permitir un ajuste gradual de los distintos actores del sistema a los nuevos mecanismos de ajuste de riesgo propuestos, de manera similar a los años anteriores se propone una senda de transición para modificar gradualmente los ponderadores en dirección de sus valores observados. Esta senda se presenta en la Tabla 43

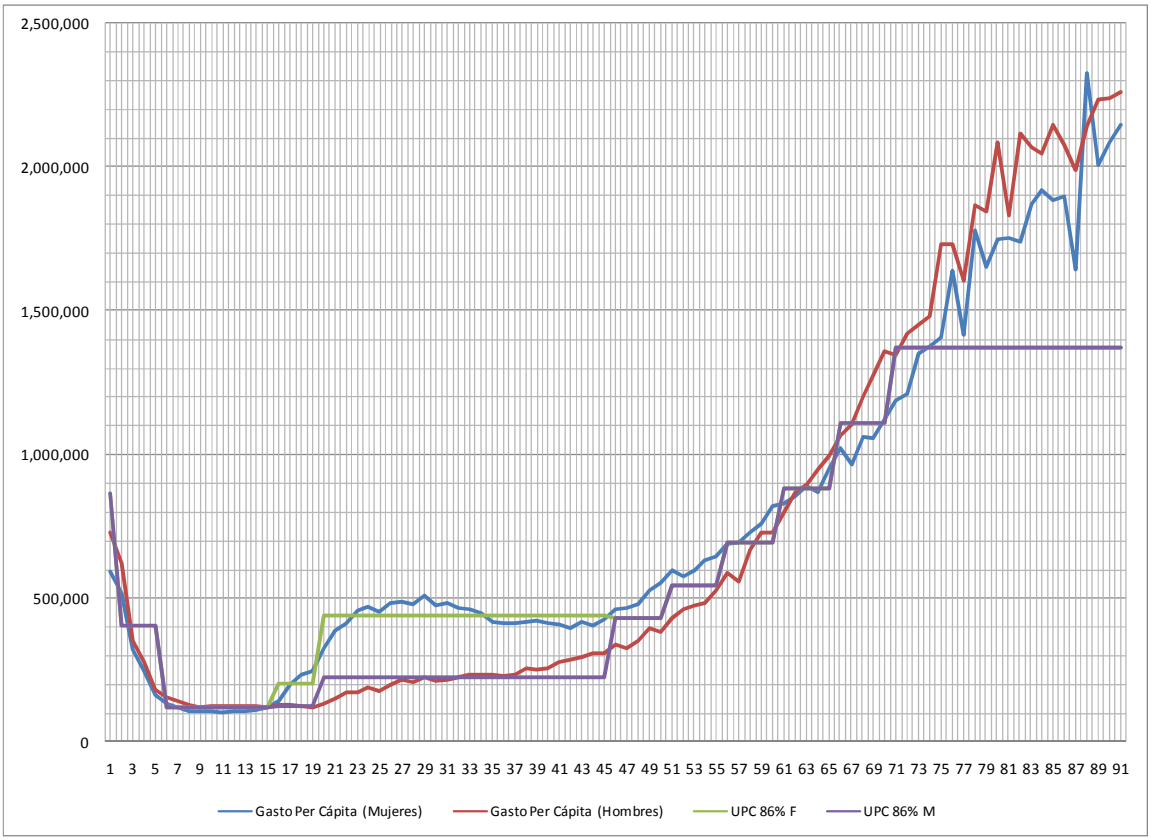
Tabla 43 Senda de transición de ajuste de los ponderadores

GRUPO ETARIO	Ponderadores Vigentes UPC 2008	Método Matemático Estudio	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Menores de un año	2.4936	1.9068	2.4936	2.4936	2.4936
De 1 a 4 años	1.1599	0.9591	1.0595	1.0093	0.9591
De 5 a 14 años	0.6022	0.3473	0.4748	0.4111	0.3473
De 15 a 18 años (Hombres)	0.6013	0.3616	0.4815	0.4216	0.3616
De 15 a 18 años (Mujeres)	1.1903	0.5849	0.8876	0.7363	0.5849
De 19 a 44 años (Hombres)	0.6013	0.6501	0.6086	0.6294	0.6501
De 19 a 44 años (Mujeres)	1.1903	1.2695	1.2022	1.2359	1.2695
De 45 a 49 años	0.9961	1.2391	1.0326	1.1359	1.2391
De 50 a 54 años	0.9961	1.5718	1.0825	1.3272	1.5718
De 55 a 59 años	0.9961	2.0011	1.1469	1.5740	2.0011
De 60 a 64 años	2.4441	2.5429	2.4589	2.5009	2.5429
De 64 a 69 años	2.4441	3.1950	2.5567	2.8759	3.1950
De 70 a 74 años	2.4441	3.9495	2.6699	3.3097	3.9495
Mayores de 75 años	2.4441	5.2531	2.8655	4.0593	5.2531
Zona Especial	1.1900	1.0043	1.1500	1.0772	1.0043
Zona Conurbados	1.0250	1.1706	1.0400	1.1053	1.1706

Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

La senda propuesta permite avanzar gradualmente hacia los valores observados de los ponderadores, manteniendo el equilibrio de la subcuenta de Compensación. La Figura 9 muestra de nuevo la gráfica del comportamiento del gasto per cápita con los valores de la UPC según los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos, y los ponderadores correspondientes al año 2009 en la senda de transición nombrada en la Tabla 43.

Figura 9 Gasto per Cápita y Ponderadores por Edad y Sexo según los nuevos grupos de ajuste de la UPC propuestos (ponderadores propuestos año 2009)



Fuente: cálculos propios de los autores con la información de las bases de datos de los Estudios de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social.

2.4.1 IMPACTO DE LOS PONDERADORES PROPUESTOS EN LAS FUENTES DE FINANCIACIÓN DE LOS REGÍMENES

Por último, se realizó el seguimiento a los ponderadores de 2007 y las proyecciones del impacto de los ponderadores propuestos en las fuentes de financiación de acuerdo con el régimen.

El impacto que se había previsto de los ponderadores sobre la UPC promedio fue de 1,09157, para el 2007, con información de 15.373.500 afiliados equivalentes compensados a corte 17 de enero de 2008, llevado al CNSSS el día 21 de enero. Este valor quedó registrado en el Acuerdo 381 de 2008 del CNSSS, producto de los cálculos realizados, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 44 Impacto de los ponderadores del régimen contributivo en relación con la UPC promedio real, a 17 de enero de 2008

CODIGO EPS	Ingresos Ene-Mar	Ingresos Abr-Jul	Ingresos Ago-Dic	Sum
EAS016	1.395.637.389	1.834.130.441	2.312.833.542	5.542.601.372
EAS027	9.691.272.950	13.001.113.376	16.568.386.997	39.260.773.322
EPS001	38.850.841.732	52.011.668.933	63.423.571.455	154.286.082.119
EPS002	126.159.692.212	172.138.527.138	219.972.309.495	518.270.528.845
EPS003	68.249.164.186	91.419.473.000	111.021.869.096	270.690.506.282
EPS005	81.315.287.650	110.554.247.374	137.001.802.419	328.871.337.443
EPS006	291.322.910.870	400.520.452.758	479.622.256.068	1.171.465.619.696
EPS008	62.903.167.166	86.965.464.794	108.373.460.769	258.242.092.729
EPS009	28.861.188.923	39.411.885.917	48.652.097.186	116.925.172.025
EPS010	100.346.498.316	138.961.602.848	176.514.267.260	415.822.368.424
EPS012	25.606.202.384	34.968.263.610	43.438.343.210	104.012.809.203
EPS013	289.453.374.648	393.537.286.421	485.361.067.443	1.168.351.728.512
EPS014	32.298.362.086	43.476.442.146	50.138.763.563	125.913.567.794
EPS015	8.464.091.388	11.257.324.768	13.538.151.596	33.259.567.751
EPS016	259.169.882.996	354.222.377.623	438.403.559.241	1.051.795.819.860
EPS017	98.924.518.953	135.804.243.937	172.365.922.818	407.094.685.708
EPS018	60.113.517.615	81.868.462.499	102.576.582.456	244.558.562.570
EPS023	52.138.922.386	70.148.576.886	86.501.230.533	208.788.729.805
EPS026	24.270.182.737	33.340.446.349	40.509.666.864	98.120.295.950
EPS033	6.628.587.778	8.592.046.934	9.362.330.132	24.582.964.844
EPS034	3.913.995.234	5.085.269.944	7.849.535.153	16.848.800.330
EPS035	5.752.350.999	7.078.839.029	7.650.531.677	20.481.721.704
TOTAL	1.675.829.650.595	2.286.198.146.725	2.821.158.538.968	6.783.186.336.289
	109.451	147.054	184.723	441.228
	0,27077	**0,36380**	**0,45699**	**1,09157**

Fuente: Cálculos propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008.

A fecha de corte noviembre 15 de 2008, se observa que el impacto de los ponderadores establecido para el 2007 fue de 1,08941 sobre la UPC promedio, con una población de 15.877.968 afiliados equivalentes compensados. Observándose, muy poca variación en relación con el comportamiento previsto inicialmente.

Tabla 45 Impacto de los ponderadores del régimen contributivo en relación con la UPC promedio real durante 2007

CODIGO EPS	Ingresos Ene-Mar	Ingresos Abr-Jul	Ingresos Ago-Dic	Sum
EAS016	1.442.507.401	1.839.206.058	2.317.199.077	5.598.912.536
EAS027	9.901.506.550	13.204.610.200	16.699.993.180	39.806.109.929
EPS001	39.397.884.583	52.584.540.268	66.793.516.968	158.775.941.818
EPS002	127.530.561.787	173.550.305.417	227.359.833.213	528.440.700.417
EPS003	71.103.476.597	93.952.289.424	118.514.309.178	283.570.075.199
EPS005	82.558.700.581	111.711.617.492	142.676.029.538	336.946.347.612
EPS006	292.149.364.823	401.904.874.801	498.836.905.023	1.192.891.144.647
EPS008	63.610.799.610	87.649.366.236	110.756.944.057	262.017.109.903
EPS009	29.569.322.881	40.188.082.137	51.159.585.655	120.916.990.673
EPS010	101.343.585.715	140.239.230.795	182.748.409.097	424.331.225.607
EPS012	26.345.429.936	35.413.680.378	44.943.005.997	106.702.116.311
EPS013	303.609.490.709	407.517.260.091	521.341.428.542	1.232.468.179.342
EPS014	34.081.056.559	44.414.034.821	53.727.368.153	132.222.459.534
EPS015	8.540.903.052	11.377.605.929	14.126.662.268	34.045.171.250
EPS016	264.509.155.009	357.808.554.625	456.582.398.065	1.078.900.107.700
EPS017	100.388.522.474	137.092.484.822	177.678.093.821	415.159.101.118
EPS018	61.250.554.240	83.308.446.028	107.711.374.798	252.270.375.067
EPS023	54.293.742.482	72.148.120.295	91.675.043.331	218.116.906.108
EPS026	24.797.739.169	33.585.481.046	41.889.519.534	100.272.739.749
EPS033	6.915.059.601	8.961.514.916	11.463.533.536	27.340.108.053
EPS034	3.991.981.947	5.163.976.766	8.760.254.629	17.916.213.342
EPS035	5.986.960.389	7.675.315.449	9.600.485.095	23.262.760.933
	1.713.318.306.097	2.321.290.597.996	2.957.361.892.756	6.991.970.796.849
	109.302	146.861	184.177	440.357
	0,27041	**0,36332**	**0,45564**	**1,08941**

Fuente: Cálculos propias de los autores con la información de las bases de datos Estudio de Suficiencia UPC año 2007. Dirección General de Gestión de la Demanda en Salud. Ministerio de la Protección Social. Colombia 2008. Consulta realizada el 15 de noviembre de 2008

3 CONCLUSIONES

1. Suficiencia en el Régimen Contributivo

La razón de suficiencia en el escenario del POS soportado en la base de datos fue de 0,8746 mientras que en el calculado a través de los estados financieros es 0,8756. Las razones de suficiencia para los escenarios que incluyen otros elementos en el egreso[21] así como para el escenario actuarial son 0,8940 y 0.8942, respectivamente. La declaración de gasto de los representantes legales produce una razón de suficiencia de 0.9455.

Es importante anotar que el gasto puede estar sobreestimado dada la inclusión de registros de personas que no cruzan con las bases de datos consultadas, en consecuencia no hay reporte de ingreso para estos afiliados, ni de aquellos que recibieron por compensaciones extraordinarias.

2. Suficiencia en el Régimen Subsidiado

En el escenario del gasto soportado en base de datos al que se le suma el valor declarado de cápita, el régimen subsidiado presenta una razón de suficiencia de la UPC-S de 0,8911 mientras que en el escenario que usa el reporte de los representantes legales de las EPS´S esta razón fue de 0,9094. Los estados financieros, que reflejan la operación tanto del subsidiado pleno como del parcial, esta razón fue 0,9166

3. Ajuste de riesgo

Se concluye la conveniencia de profundizar los mecanismos de ajuste de riesgo de la UPC, en particular en aquellos grupos en donde existe una gran variabilidad del gasto en salud, en particular en el grupo de 45 a 59 años, los mayores de sesenta años y en alguna medida el grupo entre 15 y 45 años. En relación con los ajustes por zona geográfica se concluye la conveniencia de continuar con la tendencia en el ajuste iniciado en el Acuerdo 381 de 2008.

4. Base de datos de recobros por CTC y tutelas

El escenario que incluyó el egreso relacionado con los montos recobrados[22] ante el Fosyga pero no pagados aumenta la razón de suficiencia de 0,8746 a 0,8940. Estas bases presentan importantes inconsistencias como el reporte de medicamentos contenidos en el Acuerdo 228 de 2002. Por lo anterior y mientras los análisis de estas bases de datos no se profundicen no se recomienda tener en cuenta la razón de suficiencia (0,8940) que incorpora los recobros por CTC y tutelas.

[21] Como gastos por CTC **declarados** mas no recocidos, tutelas no reconocidas y costos de las pólizas de alto costo
[22] por CTC y tutelas

5. Copagos y cuotas moderadoras

En los escenarios de gasto soportados en base de datos existe evidencia de subregistro de los ingresos por conceptos de copagos y cuotas moderadoras. Lo anterior puede significar una razón de suficiencia mayor a la real y por ende una posible menor necesidad de ajuste de la UPC. en el escenario soportado en base de datos.

6. Disponibilidad y calidad de la información

La información recogida en este estudio es suficiente para tomar las decisiones del caso; sin embargo, después de 15 años de existencia de un sistema de aseguramiento es exigible que los aseguradores provean información de mejor calidad. Lo anterior es particularmente cierto en el régimen subsidiado. En el régimen contributivo son notorios dos hechos: (i) La caída en la cobertura de información al pasar de un 45% de los afiliados a un 35% y la notable calidad en los reportes generados por Colmedica EPS, Compensar EPS, Susalud EPS y Famisanar EPS quienes por cuarto año consecutivo proveen datos con la suficiente calidad como para orientar la toma de decisiones. En el régimen subsidiado se destacan Mallamas EPSS y Ecoopsos ESS.

4 RECOMENDACIONES

Con los hallazgos del Estudio, se recomienda:

1. **No hacer ninguna inclusión de servicios a los planes obligatorios de salud contributivo y subsidiado hasta que desaparezca la necesidad de hacer ajuste en pesos reales de la UPC.**

2. **Régimen contributivo**

   (i) Un incremento real de la UPC que no supere 1,46 puntos porcentuales, en la medida que incrementos mayores pondrán en riesgo la estabilidad financiera de la Subcuenta del Fosyga.

   (ii) Continuar con la senda de transición en el régimen contributivo a dos años en la que se ajusten los mecanismos de ponderación del riesgo tanto por grupo etáreo como por zona, así:

GRUPO ETARIO	Año 2009
Menores de un año	2,4936
De 1 a 4 años	1,0595
De 5 a 14 años	0,4748
De 15 a 18 años (Hombres)	0,4815
De 15 a 18 años (Mujeres)	0,8876
De 19 a 44 años (Hombres)	0,6086
De 19 a 44 años (Mujeres)	1,2022
De 45 a 49 años	1,0326
De 50 a 54 años	1,0825
De 55 a 59 años	1,1469
De 60 a 64 años	2,4589
De 64 a 69 años	2,5567
De 70 a 74 años	2,6699
Mayores de 75 años	2,8655
Zona Especial	1,1500
Zona Conurbados	1,0400

(iii) Profundizar en el primer trimestre de 2009 el análisis de recobros no reconocidos por Fosyga con el fin precisar la estimación de la razón de suficiencia 2007
(iv) Profundizar en el primer trimestre de 2009, el análisis de copagos y cuotas moderadoras con el fin precisar la estimación de la razón de suficiencia 2007
(v) Realizar durante el primer semestre de 2009 un estudio de suficiencia y ajuste de ponderadores con la información recogida entre enero y diciembre 2008.

3. Régimen subsidiado

(i) Que no haya incremento de la UPC-S en pesos reales,
(ii) Continuar con la senda de transición en el Régimen Subsidiado a dos años, en la que se continúe el ajuste de riesgo en zona especial con un ponderador de 1.10 y para ciudades capitales y sus municipios conurbados con un ponderador de 1.055.

4. Disponibilidad y calidad de la información

Generar un reconocimiento positivo a las EPS que han enviado información que permitió nutrir los Estudios de suficiencia y ajuste de riesgo de la UPC entre los años 2006 a 2008. Las EPS en mención son (en orden alfabético):

(i) Colmedica
(ii) Compensar EPS,
(iii) Ecoopsos ESS,
(iv) Famisanar EPS,
(v) Mallamás EPSI
(vi) Susalud EPS

5. Información financiera

(i) **Calidad de la Información:** Es recomendable mejorar la calidad de la información financiera que entregan las EPS a la SNS, y los controles que se presentan sobre ella. Con corte a diciembre, por ejemplo, hay 4 EPS cuya ecuación contable (Activos=Pasivos + Patrimonio) no es igual a cero.
(ii) **Homogeneidad de la información:** Es necesario que se tenga claridad sobre la homogeneidad de las cuentas que las EPS reportan a la SNS. Por ejemplo, los gastos por Promoción y prevención se pueden registrar en la cuenta 61656504 del gasto médico, o en la cuenta 61658501, en otros costos operacionales. Algunas de las EPS registran utilidades en el patrimonio, en la cuenta 36, mientras otras lo hacen en la cuenta 59 de gastos. Así mismo se requiere más claridad en cuanto a la función de la cuenta 616580, provisiones del régimen contributivo. Adicionalmente, en el caso de las

Entidades públicas, estas presentan sus Estados Financieros conjuntamente con la operación de IPS, lo que dificulta los análisis independientes en la labor aseguradora

(iii) **Desglose de Cuentas:** Es recomendable que se esté actualizando la información contable acorde con la realidad cambiante del sector, y que el plan de cuentas refleje este cambio. Para citar un ejemplo, sería ideal que en los Estados Financieros reportados a la SNS se tenga claridad del gasto medico y del ingreso real por concepto de Tutelas y a CTC, los ingresos por fondo de incapacidades, entre otros.

(iv) **Correlación con los Estados Financieros Auditados:** Se recomienda que para el corte contable de diciembre, la información financiera que entregan las EPS a la SNS se complemente con los Estados Financieros auditados con sus respectivas notas aclaratorias y flujo de caja que deben presentar las Entidades por requerimiento de ley.

6. Ajuste de riesgo

(i) Iniciar los estudios y ajustes necesarios encaminados a ponderar por diagnóstico la UPC del Régimen Contributivo.

5 ANEXOS

5.1 Anexo1. Variables de población del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

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 persona Verificar derechos Identificación registros duplicados	Cobertura, intensidad	
Identificación	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	Análisis por zona geográfica	Análisis por zona geográfica de: afiliación y estructura demográfica	Características regionales, factor de ajuste
Código Municipio	Código del municipio donde reside el afiliado			
Zona Geográfica	Zona normal o especial donde reside el afiliado			
Nivel de SISBEN	Nivel de SISBEN de los afiliados al régimen subsidiado	Análisis socio económico	Análisis por nivel de SISBEN e IBC: afiliación y estructura demográfica	Características socioeconómicas
IBC	IBC de los afiliados al régimen subsidiado			
Afiliados compensados equivalentes(RC)	Usuarios compensados equivalentes por grupo etario y sexo para el periodo	Denominador de la población con derecho a la atención	Estructura población	Características población
Afiliados carnetizados equivalentes(RS)	Número de afiliados equivalentes que en algún momento del periodo han estado carnetizados	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	Calculo de la antigüedad en el SGSSS	Análisis de afiliación	Características de aseguramiento
Días compensados (RC)	Suma de días compensados por todos los afiliados en cada grupo etario y sexo en el periodo	Cálculo de equivalencia en afiliados	Cobertura % de rotación	Factor de ajuste
Ingresos por UPC	Ingresos recibidos por UPC por régimen	Numerador de la suficiencia	Ingreso de UPC total y per capita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC
Ingresos por UPC de PyP	Ingresos recibidos por UPC de PyP en el régimen contributivo	Numerador de la suficiencia	Ingreso por UPC de PyP total y per capita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC

5.2 Anexo 2. Variables planes de beneficio del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

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 persona Verificar derechos Identificación registros duplicados Clasificar diagnósticos para prevalencia	Cobertura, intensidad	
Identificación	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: morbilidad, indicadores de frecuencias de uso y costo, modelos de ajuste, equidad	Características población, uso y costos
Sexo usuario	Identificador de sexo del afiliado			
Código departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	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
Código Municipio usuario	Código del municipio en donde reside el afiliado			
Zona Geográfica	Zona normal o especial donde reside el afiliado			
Código del Diagnóstico	Código del Diagnóstico principal	Perfil epidemiológico Coberturas, Tendencias, Variable de ajuste	Morbilidad, Incidencia, Prevalencia Indicadores de SP, Modelos de ajuste	Perfil epidemiológico, costo, factores de ajuste
Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	Validación de correspondencia al periodo; identificación registros duplicados; periodicidad de las atenciones o diagnósticos	Morbilidad Incidencia Prevalencia	Perfil epidemiológico, utilización
Código de actividad, intervención o procedimiento, y medicamentos	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos de acuerdo a las tablas de CUPS y los Acuerdos 228, 236, y 282.	Utilización de servicios Tendencias	Frecuencias de uso Coberturas Intensidad de uso Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste

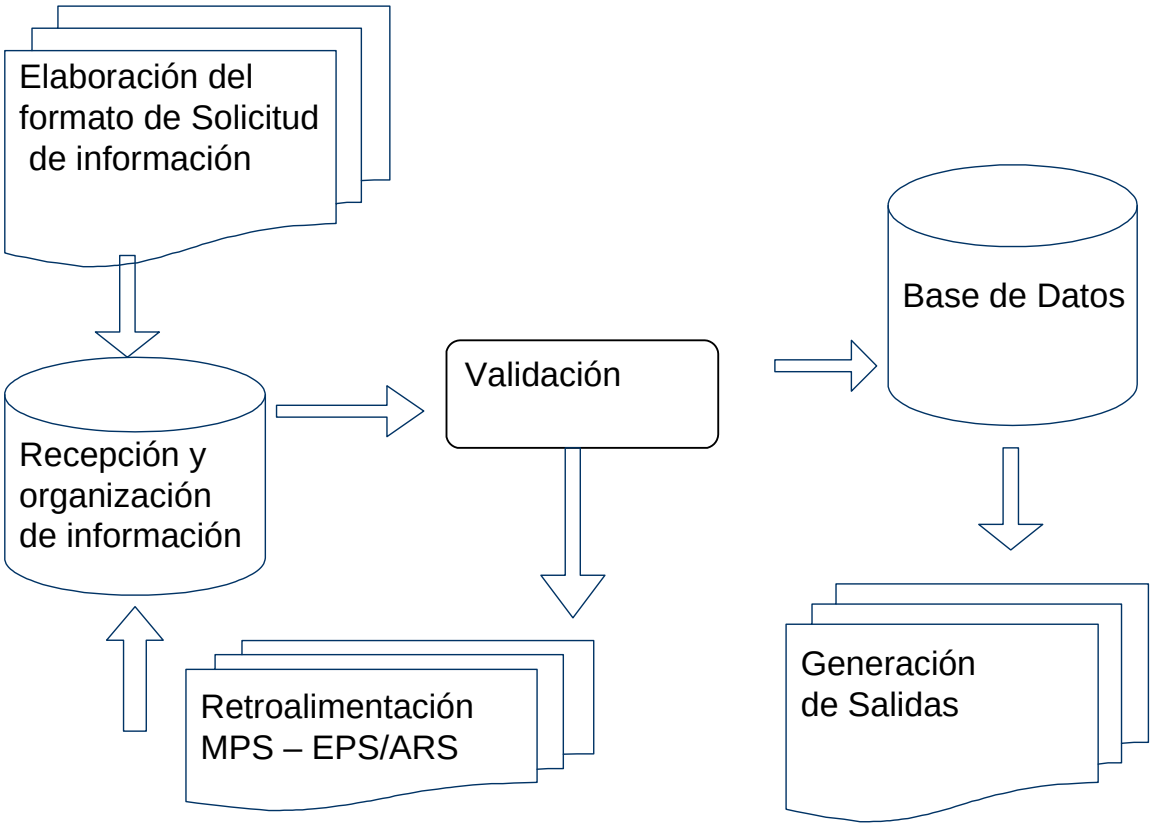
Continuación del Anexo 2. Variables planes de beneficio del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Ámbito de actividad, intervención, procedimiento medicamento o insumo	Identificador para determinar el ámbito de la ubicación funcional de prestación del servicio	Utilización de servicios Tendencias	Frecuencias de uso Coberturas Intensidad de uso Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste
Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de forma reconocimiento y pago	Utilización de servicios Tendencias	Frecuencias de uso Intensidad de uso Tendencias Costo total por forma de reconocimiento y pago	Utilización, costo
Número de días estancia	Suma de los días de estancia facturados	Relación entre procedimientos y estancia Estructura de costos	Costo promedio Valor per cápita	Utilización
Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento	Valor reconocido por la Aseguradora al prestador por concepto de la atención prestada	Estructura de costos	Costo promedio Valor per cápita Distribución de los costos	Costo
Valor asumido por el usuario (Cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	Estructura de costos	Costo promedio Valor per cápita	Costo
Valor a recobrar	Valor de la factura que corresponde a evento irrecobrable por concepto de tutelas y CTC y no reconocido por Fosyga	Estructura de costos	Costo promedio Valor per cápita	Costo

5.3 Anexo 3. Códigos de reporte de actividades del POS del régimen subsidiado de los pueblos indígenas del Estudio de suficiencia POS – UPC 2007

Código	Actividad, intervención o procedimiento
S500001	Casa de paso
S500002	Guías bilingües
S500003	Acciones individuales de medicina tradicional
S500004	Acciones individuales de adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena
S500005	Acciones individuales de promoción y prevención en salud indígena
S500006	Acciones individuales de subsidios y/o autonomía alimentaria

5.4 Anexo 4. Proceso de Información del Estudio de suficiencia POS – UPC 2007



5.5 Anexo 5. Estructura de la solicitud de información de población del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	6 Tipo texto	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de aseguradores, SNS
2	Tipo de Identificación	Tipo de Identificación del afiliado	2 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil UN: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación AS: Adulto sin Identificación
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	20 Tipo texto	Alfanumérico con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002
4	Código Departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE.
5	Código Municipio	Código del municipio en donde reside el afiliado	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa - DANE
6	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Verificar que corresponda con la realidad si es menor a 01/01/1900
7	Sexo	Sexo de afiliado	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
8	Nivel del SISBEN	Identifica el nivel del SISBEN al que pertenece el afiliado	1 Tipo texto	N: Poblaciones especiales 0: Nivel cero 1: Nivel uno 2: Nivel dos 3: Nivel tres 4:Otro nivel
9	Fecha de carnetización	Fecha en la que se le hizo entrega del carné al afiliado	10 Tipo número	DD/MM/AAAA
10	No. de Días en que el afiliado permaneció activo durante el año.	Sumatoria de días en los cuáles el afiliado tuvo derecho a la prestación de servicios durante el año. Si el afiliado permaneció todo el año y no presento novedades el valor a registrar será 360.	3 Tipo número	###

5.6 Anexo 6. Estructura de la solicitud de información de prestación de servicios del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
1	Código de la EPS (EPS /EOC/ESS/CCF)	Código de la EPS de acuerdo con el asignado por la SNS	7 Tipo texto	Código de la EPS que reporta de acuerdo con la tabla de códigos de EPS, SNS
2	Tipo de Identificación	Tipo de identificación del afiliado	2 Tipo Texto	TI: Tarjeta Identidad CC: Cédula de Ciudadanía CE: Cédula Extranjería PA: Pasaporte RC: Registro Civil NU: Número Único de Identificación Personal MS: Menor sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado). AS: Adulto sin Identificación (Solo para el Régimen Subsidiado)
3	Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	20 Tipo Texto	Alfanumérico Con base en las indicaciones de la Resolución 890 de 2002 y 812 de 2007
4	Fecha de Nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA (Verificar fechas de nacimiento anteriores a 01/01/1900)
5	Sexo	Genero del afiliado	1 Tipo texto	F: Femenino M: Masculino
6	Código Departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado	2 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
7	Código Municipio	Código del municipio en donde reside el afiliado	3 Tipo texto	Tabla división político administrativa – DANE. Se anexa TABLA
8	Código del Diagnóstico	Código del Diagnóstico principal que originó la prestación.	4 Tipo texto	Codificación en CIE 10. Se anexa TABLA

Continuación Anexo 6. Estructura de la solicitud de información de prestación de servicios del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
9	Fecha de Prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	10 Tipo fecha	DD/MM/AAAA Para la Estancia o Internación se registra la fecha de ingreso. En caso de los paquetes de atención mensual (diálisis) se registra la fecha de inicio de la atención mensual. Para los medicamentos se registra la fecha de entrega o suministro en los ámbitos ambulatorios, urgencias y domiciliarios, en el hospitalario se registra el día de inicio del suministro.
10	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos e insumos	Código de actividad, intervención, procedimiento, medicamentos e insumos de acuerdo a las tablas de CUPS, y los Acuerdos 228, 236, 282 y 336, así como el código INSUMOS y MEDIAMBU.	11 Tipo texto	La única codificación permitida es CUPS; y para los medicamentos ambulatorios incluidos en el POS los Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS. El código para insumos (INSUMOS) se incluye en la Tabla CUPS y el código para medicamentos ambulatorios no identificados (MEDIAMBU) se incluye en la tabla MEDI
11	Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento, medicamento o insumos	Identificador para determinar el ámbito de realización de la actividad intervención o procedimiento, medicamentos, insumos según la ubicación funcional donde esta se presta.	1 Texto	A: Ambulatorio H: Hospitalario U: Urgencias D: Domiciliario
12	Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento, insumos	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de contratación (Ver descripción numeral 4.1.4)	1 Tipo Texto	S: Pago por servicio T: Pago por servicios sin detalle C: Capitación P: Pago por Paquete o conjunto de atención D: Pago por Diagnóstico I: Pago Directo A: Autorizado

Continuación Anexo 6. Estructura de la solicitud de información de prestación de servicios del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

Nº	Nombre del campo	Descripción	Longitud	Valores permitidos
13	Número de días estancia o unidades de forma farmacéutica entregada	Suma de los días de estancia facturados o de la unidad de la forma farmacéutica entregada.	3 Tipo número	Días que permaneció hospitalizado. Todos los registros con código de Internación deberán diligenciar este campo. En los casos en que se reporte registros con código de procedimiento quirúrgico, en ámbito hospitalario y forma de reconocimiento y pago por paquete, diagnóstico y servicio sin detalle, se debe incluir valor en este campo con el valor promedio del evento. En los casos de no contar con el detalle de los días de estancia, este campo lo debe diligenciar estimando los días según las estadísticas de la EPS por evento. Número de unidades de la forma farmacéutica entregadas a los usuarios, en, los registros de medicamentos este campo siempre debe estar diligenciado con un número diferente de cero (0). Cuando no aplique en ninguno de los dos casos anteriores registrar cero (0).
14	Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento, insumos	Valor reconocido por la EPS al prestador por concepto de la atención prestada (Ver descripción numeral 4.1.4)	10 Tipo número	Valor en pesos corrientes sin separador de miles. Cuando no hay valor a registrar debe registrar cero (0)
15	Valor asumido por el usuario (Cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	10 Tipo número	Corresponde al valor pagado por el usuario: incluye: copagos y cuotas moderadoras. En pesos corrientes sin separador de miles. En el caso de la cuota moderadora cuando se aplica a ordenes de exámenes de diagnóstico y medicamentos deberá registrarse el valor correspondiente pagado por el usuario en uno solo de los registros y en el resto de exámenes o cuando no aplica, registrar cero (0).
16	Tipo de codificación utilizada	Indica a que manual de referencia corresponde el código que identifica la actividad, procedimiento o intervención, medicamento, insumos.	4 Tipo texto	CUPS: Resolución 365 de 1999 y ss MEDI: Acuerdos 228, 236, 263, 282 y 336 del CNSSS

5.7 Anexo 7. Definición de los ítems a detallar en el valor en la solicitud de información del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
Pago por servicio: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, medicamento o insumo más desagregado	Registrar el valor individual reconocido por la EPS, por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos o insumos. En el caso de insumos registrar el valor agregado de los insumos suministrados para una misma actividad, intervención o procedimiento. En el caso de las intervenciones o procedimientos quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de: • Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista y valoración intra hospitalaria pre parto. • Derechos de sala de cirugía, parto y recuperación El valor de los laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos se deben registrar en el código correspondiente a la actividad, procedimiento o intervención. En caso de intervenciones bilaterales o múltiples practicadas por el mismo o diferente cirujano y/o por la misma o diferente vía de acceso se debe registrar el valor de cada cirugía agregado de acuerdo a lo detallado anteriormente, la intervención mayor en un 100% y las adicionales de acuerdo a los valores y/o porcentajes acordados con el prestador. En las intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe registrar el valor agregado de servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como yeso, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. En la diálisis peritoneal se debe registrar el valor mensual y en las hemodiálisis por sesión se debe registrar el valor agregado de derechos de sala, servicios profesionales, materiales e insumos.

Continuación Anexo 7. Definición de los ítems a detallar en el valor en la solicitud de información del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
Pago por servicio sin detalle: Es el reconocimiento por la actividad, procedimiento, intervención, insumos o medicamento más desagregado, pero que no fue cargado en el sistema de información a nivel de cada actividad, intervención o procedimiento en forma detallada. Esta forma de registrar la información derivada de la forma de reconocimiento y pago por servicios en la cuál no se tiene el detalle de las actividades, intervenciones y procedimientos.	Registrar el valor reconocido por la EPS, por cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos, e insumos o medicamentos, de la siguiente manera: • Atención de urgencias con el código CUPS de la consulta correspondiente e incluyendo el valor de: consulta inicial, exámenes de diagnóstico, procedimientos, y observación, así como medicamentos e insumos utilizados hasta el momento en que se definió el destino del paciente. • Internación para tratamiento médico con el Código CUPS correspondiente según el nivel de complejidad y valor agregado de: Estancia, Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista e interconsultas; laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. En caso de intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe agregar al valor los servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como endoscopias, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en habitación en piso. • Intervenciones o procedimientos quirúrgicos o atención de parto con internación: se debe registrar el código CUPS del procedimiento quirúrgico o parto y el valor agregado de: Estancia, Honorarios o servicios profesionales por médico general o especialista y valoración intra hospitalaria pre quirúrgico o pre parto; Derechos de sala de cirugía, parto y recuperación; laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en habitación en piso. • En caso de existir estancia en UCI deberá crearse un registro adicional que incluya el código correspondiente, y el valor agregado de la estancia, honorarios o servicios profesionales por médico especialista, interconsultas, laboratorios, banco de sangre y procedimientos diagnósticos; medicamentos e insumos. En caso de intervenciones o procedimientos no quirúrgicos se debe agregar al valor los servicios profesionales, y derechos de sala de procedimientos tales como endoscopias, curaciones, procedimientos especiales, entre otros. Para estos casos es indispensable incluir en el campo de días de estancia el número de días que permaneció el paciente en UCI. Para estos casos al no contar con la información en forma detallada se enviará una certificación firmada por el representante legal, en donde se expliquen las razones por las cuáles no se cuenta con esta información.

Continuación Anexo 7. Definición de los ítems a detallar en el valor en la solicitud de información del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

FORMA DE RECONOCIMIENTO Y PAGO DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO	FORMA DE REGISTRAR EL VALOR DE LA ACTIVIDAD, INTERVENCIÓN, PROCEDIMIENTO, MEDICAMENTO O INSUMO
Pago por procedimiento / paquete / conjunto de atención integral: Es el reconocimiento por paquete o conjunto de atención de todo lo relacionado con la intervención o procedimiento quirúrgico o no quirúrgico	Registrar el valor total reconocido por la EPS por el paquete o conjunto de atención integral para el procedimiento mayor; para el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el paquete debe diligenciarse con el valor cero (0). Las actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos no incluidos en el paquete o conjunto de atención integral deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador. En caso de no contar con la información del resto de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos e incluidos en el paquete se enviara una certificación que explique la razón para no contar con estos registros.
Pago por diagnóstico: Es el reconocimiento global por la atención de un paciente con un diagnóstico específico.	Registrar el valor total reconocido por la EPS por las atenciones generadas por un paciente con un diagnóstico específico, en el procedimiento mayor; en el resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos o insumos incluidos en el pago debe diligenciarse con el valor cero (0) Las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos o medicamentos no incluidos en el pago por diagnóstico deben registrarse de acuerdo a la forma de reconocimiento y pago acordado con el prestador. En caso de no contar con la información del resto de actividades, procedimientos, intervenciones, medicamentos e insumos incluidos en el valor del pago por diagnóstico se enviara una certificación que explique la razón para no contar con estos registros.
Pago Directo: Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia.	Registrar para cada una de las actividades, intervenciones, procedimientos prestados en la red propia el valor promedio calculado según número de actividades, intervenciones y procedimientos registrados.
Capitación: Es el reconocimiento de un valor fijo por afiliado registrado, sin tomar en consideración el número de servicios en un periodo.	Registrar cada una de las actividades, intervenciones y procedimientos prestados a cada afiliado en el período capitado. Cuando se cuente con una valorización de la actividad se debe registrar dicho valor, de lo contrario se debe registra el valor 0. En los casos de no contar con el detalle las actividades, intervenciones, procedimientos, e insumos o medicamentos deben reportarse según lo establecido para el pago por servicios sin detalle.
Autorizado: Corresponde a los valores que constituyen la reserva técnica de servicios autorizados y no facturados a la fecha de corte de envío de la información.	Registrar el valor total reservado por la EPS para el servicio autorizado en su red de prestadores de servicios de salud.

5.8 Anexo 8. Formato de solicitud de información sobre la cobertura de los registros individuales de prestación de servicios de salud enviados por la EPS al MPS según forma de reconocimiento del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

EPS REGIMEN _____

ÁMBITO	DATOS	PAGO POR SERVICIO (S)	PAGO POR SERVICIO SIN DETALLE (T)	PAGO POR PAQUETE (P)	PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	PAGO DIRECTO (I)	PAGO POR CAPITACIÓN (C)	AUTORIZACIONES (A)
URGENCIAS	Número de registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
HOSPITALARIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
AMBULATORIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
DOMICILIARIO	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							
TOTAL	Número de registros de prestación se servicios individuales que debían entregar las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales recibidos por la EPS de las IPS							
	Número de registros de prestación de servicios individuales que pasaron la malla de validación y fueron enviados al MPS							
	Valor Declarado							
	Valor Soportado en Base de datos							

5.9 Anexo 9. Matriz de coberturas de coberturas de registros de información de prestación de servicios de salud de cada una de las EPS del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

ÁMBITO	DATOS	F1.PAGO POR SERVICIO (S)	F2. PAGO CON BASE EN EL PROCEDIMIENTO (P)	F3. PAGO POR DIAGNOSTICO (D)	F4.PAGO POR CAPITACIÓN (C)	F5.PAGO DIRECTO (I)	FT. TODAS LAS FORMAS DE PAGO
		COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA	COBERTURA POR AMBITO
A1. URGENCIAS	No registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS						
	No de registros de prestación de servicios individuales recibidos en el MPS que pasaron los 5 procesos de calidad						
	C1. Cobertura de registros	Cobertura 2	Cobertura 3	Cobertura 4	Cobertura 5	Cobertura 6	Cobertura 1
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
	C2. Cobertura de valor	Cobertura 8	Cobertura 9	Cobertura 10	Cobertura 11	Cobertura 12	Cobertura 7
A2. HOSPITALARIO	No registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS						
	No de registros de prestación de servicios individuales recibidos en el MPS que pasaron los 5 procesos de calidad						
	C1. Cobertura de registros	Cobertura 14	Cobertura 15	Cobertura 16	Cobertura 17	Cobertura 18	Cobertura 13
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
	C2. Cobertura de valor	Cobertura 20	Cobertura 21	Cobertura 22	Cobertura 23	Cobertura 24	Cobertura 19
A3. AMBULATORIO	No registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS						
	No de registros de prestación de servicios individuales recibidos en el MPS que pasaron los 5 procesos de calidad						
	C1. Cobertura de registros	Cobertura 26	Cobertura 27	Cobertura 28	Cobertura 29	Cobertura 30	Cobertura 25
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
	C2. Cobertura de valor	Cobertura 32	Cobertura 33	Cobertura 34	Cobertura 35	Cobertura 36	Cobertura 31
A4. DOMICILIARIO	No registros de prestación de servicios individuales que debían entregar las IPS						
	No de registros de prestación de servicios individuales recibidos en el MPS que pasaron los 5 procesos de calidad						
	C1. Cobertura de registros	Cobertura 38	Cobertura 39	Cobertura 40	Cobertura 41	Cobertura 42	Cobertura 37
	Valor Declarado						
	Valor Soportado en Base de datos						
	C2. Cobertura de valor	Cobertura 44	Cobertura 45	Cobertura 46	Cobertura 47	Cobertura 48	Cobertura 43
	COBERTURA TOTAL DE REGISTRO POR FORMA DE RECONOCIMIENTO	Cobertura 50	Cobertura 51	Cobertura 52	Cobertura 53	Cobertura 54	Cobertura 49
	COBERTURA TOTAL VALOR POR FORMA DE RECONOCIMIENTO	Cobertura 56	Cobertura 57	Cobertura 58	Cobertura 59	Cobertura 60	Cobertura 55

5.10 Anexo 10. Factores que se combinan para obtener la cobertura del Estudio de suficiencia POS - UPC 2006

Cobertura (Ai,Ci,Fi) Donde:

Ai corresponde al ámbito de la atención
A1. Ambito de Urgencias
A2. Ambitro de Hospitalizacion
A3. Ambito Ambulatorio
A4. Ámbito Docmiciliario

Fi corresponde a las formas de reconocimiento
F1. Pago por servicio
F2. Pago por procedimiento
F3. Pago por diagnóstico
F4. Pago por capitación
F5. Pago directo
FT. Todas las formas de pago

Ci corresponde al tipo de cobertura
C1. Cobertura de registros
C2. Cobertura del valor

C1. Cobertura de registros $\frac{\text{Número de registros que pasaron los 5 procesos de calidad}}{\text{Número de registros que debían reportar las IPS}} \times 100$

C2. Cobertura de valor $\frac{\text{Valor soportado en los registros que pasaron los 5 procesos de calidad}}{\text{Valor total declarado}} \times 100$

5.11 Anexo 11. Matriz de coberturas de registros de información de prestación de servicios de salud para el conjunto de las EPS del Estudio de suficiencia POS - UPC 2007

	INDICADORES DE COBERTURA						
EPS	Cobertura 1	Cobertura 2	Cobertura 3	Cobertura 4	Cobertura ...	Cobertura ...	Cobertura 60
EPS001							
EPS002							
EPS003							
EPS004							
EPS005							
EPS006							
EPS007							
EPS008							
EPS009							
EPS010							
...							
...							
EPSXn							
TOTAL							
MEDIANA							
TERCER CUARTIL							
RANGO INTERCUARTILICO							

5.12 Anexo 12. Nota técnica para el conjunto de las EPS del Estudio de suficiencia POS - UPC 2006 - 2007