



**Salud**



# Mesa de Trabajo UPC

## Sesión 02

Ministerio de Salud y Protección Social

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

Bogotá D.C., agosto 13 de 2025



## Orden del día

### Presentaciones:

- *Reglas de funcionamiento: Quorum de asistencia y quorum para votación*
- Verificación de Quorum
- Propuesta y concertación de:
  - \* *Propuesta cronograma de trabajo (Escenarios)*
  - \* *Mecanismo de revisión y aprobación de actas*

### **Receso – Refrigerio (10:15 am – 10:30 am)**

### Presentaciones

- *Lineamientos para la postulación de Presentaciones Magistrales – Mesa de Trabajo*
- *Orientaciones para la Participación Estructurada en los Debates Técnicos de la Mesa UPC 2024*
  - \* *Desarrollo operativo de la mesa*

### **Almuerzo Libre (12:30 m – 1:45 pm)**

### Presentaciones:

- *Documento de trabajo sobre las sesiones realizadas entre el (20 de marzo al 29 de abril de 2025) - Mesa de Trabajo UPC – Res. 370/25*
- Metodología de cálculo de la UPC

### **Receso – Refrigerio (3:45 pm – 4:00 pm)**

Sesión de preguntas

# ***1. Reglas de funcionamiento: Quorum y deliberación***



## Reglas de funcionamiento Quorum y deliberación



“La Mesa de Trabajo sesionará con la presencia de por lo menos la mitad más uno de sus **participantes inscritos...**” según el Artículo 10. Resolución 1324 de 2025.

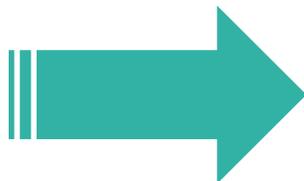
Para todos los efectos, se entenderá como “**participante inscrito\***” la entidad a que refiere el Artículo 3 de Resolución 1324 de 2025.

En cabeza del delegado principal, en su ausencia el suplente.

## Reglas de funcionamiento quorum y deliberación

138

Entidades o Sectores Inscritos + Entes de Control + Invitado



### Quorum para Sesionar

✓ Mayoría = Mitad + 1  
Entidades o sectores inscritos  
**Mayor o igual a 70**

133

Entidades o Sectores Inscritos (Presencial + Virtual)



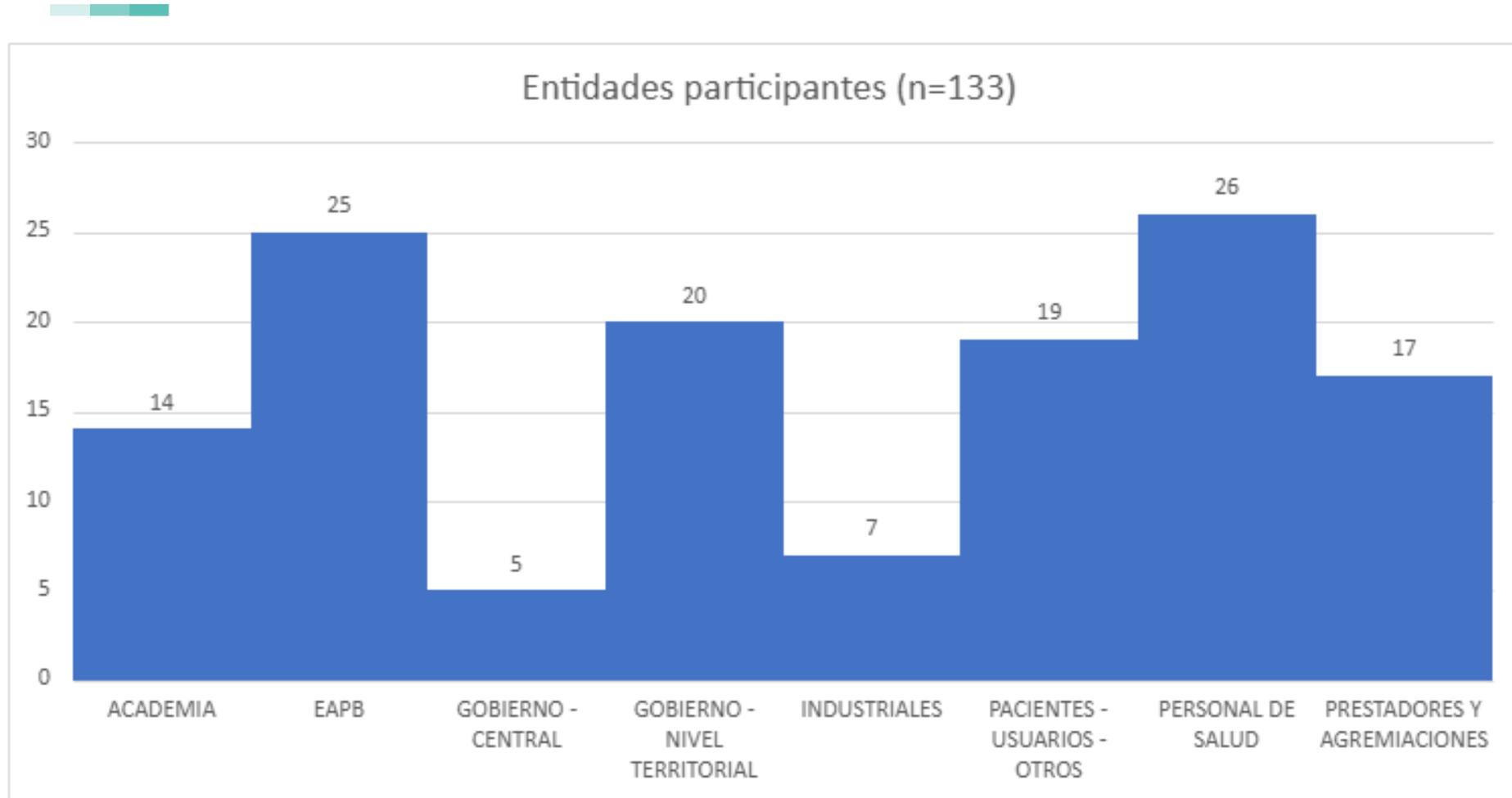
### Deliberación

✓ Del Quorum de asistentes se restan los entes de control (4) y el invitado (1)  
**Con el total anterior**, se aprueba la decisión con una votación  
Mayoría = Mitad + 1

## 2. Caracterización del Quorum



## Composición de la Mesa de trabajo UPC Entidades o Sectores inscritos



# 3. Propuesta y concertación de cronograma de trabajo (Escenarios)

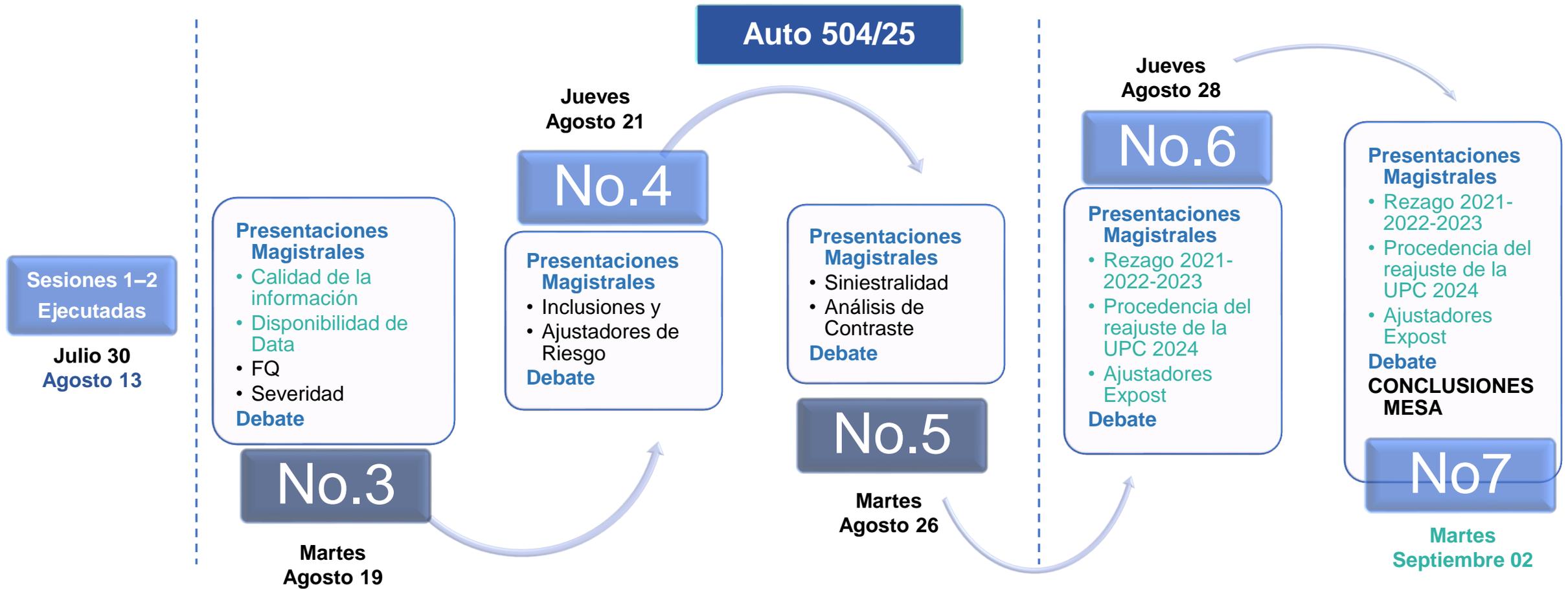


# ESCENARIOS

<b>PROPUESTA MSPS - SESIÓN 01 del (30-07-2025)</b> Fuente: Presentación oficial publicada en el micrositio del MinSalud <a href="https://www.minsalud.gov.co/salud/regulacion-beneficios-costos-tarifas/Paginas/mesa-de-trabajo-upc.aspx">https://www.minsalud.gov.co/salud/regulacion-beneficios-costos-tarifas/Paginas/mesa-de-trabajo-upc.aspx</a>	<b>ESCENARIO No.1</b> <b>Dos (2) sesiones por semana</b> <b>*a partir del 19 de agosto</b>	<b>ESCENARIO No.2</b> <b>Una (1) sesión por semana</b> <b>* Todos los jueves a partir del 21 de agosto</b>
<p><b>Fecha de Inicio:</b> 30 de julio de 2025</p> <p><b>Fecha de Finalización Mesa:</b> 26 de agosto de 2025</p> <p><b>No. de Sesiones:</b> Cinco (5)</p> <p><b>Frecuencia:</b> Semanal</p> <p><b>Fechas:</b> Julio 30 Agosto 6 -14 -21 -26</p> <p><b>Modalidad:</b> Híbrida (Presencial - Virtual)</p>	<p><b>Fecha de Inicio:</b> 30 de julio de 2025</p> <p><b>Fecha programación Sesión No.2:</b> 06 de agosto de 2025 - Cancelada</p> <p><b>Fecha re programación Sesión No.2:</b> 13 de agosto de 2025</p> <p><b>Fecha de Finalización Mesa:</b> <b>02 de septiembre de 2025</b></p> <p><b>No. de Sesiones:</b> Siete (7)</p> <p>Incluye temas adicionales aprobados en la Sesión No.1 de Instalación (30-07-2025)</p> <p><b>Frecuencia:</b> Diez y Seis (16) horas semanales</p> <p><b>Fechas:</b> Julio 30 Agosto 13- <b>19</b> - 21 -26 -28 <b><u>Septiembre 2</u></b></p> <p><b>Modalidad:</b> Híbrida (Presencial - Virtual)</p>	<p><b>Fecha de Inicio:</b> 30 de julio de 2025</p> <p><b>Fecha programación Sesión No.2:</b> 06 de agosto de 2025 - Cancelada</p> <p><b>Fecha re programación Sesión No.2:</b> 13 de agosto de 2025</p> <p><b>Fecha de Finalización Mesa:</b> <b>18 de septiembre de 2025</b></p> <p><b>No. de Sesiones:</b> Siete (7)</p> <p>Incluye temas adicionales aprobados en la Sesión No.1 de Instalación (30-07-2025)</p> <p><b>Frecuencia:</b> Ocho (8) horas semanales</p> <p><b>Fechas:</b> Julio 30 Agosto 13 - <b>21</b> - 28 <b><u>Septiembre: 4 - 11 - 18</u></b></p> <p><b>Modalidad:</b> Híbrida (Presencial - Virtual)</p>
<p><b>Característica:</b> El contenido de las sesiones propuesta aborda las temáticas definidas en el marco de los Autos 007 y 504 de 2025. Da respuesta al objeto de la mesa de trabajo: "<b>recibir, analizar y evaluar la información, insumos y aportes de los participantes del sector salud para la revisión de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de la vigencia 2024</b>", para lo cual aborda los temas detallados en los numerales 2.1 a 2.6 de la Resolución 1324 de 2025.</p>		
<p>Dentro del plazo establecido por la Corte Constitucional</p>	<p>Tiempo adicional al plazo establecido por la Corte Constitucional</p>	<p>Tiempo adicional al plazo establecido por la Corte Constitucional</p>

# ESCENARIOS No. 1

## Dos (2) Sesiones por semana: martes y jueves





## Votación No.1

¿Qué propuesta de **cronograma** de trabajo considera más adecuada para el desarrollo de la mesa de trabajo UPC?

Alternativas	Frecuencia	Fechas Propuestas	Fecha Finalización Mesa
Escenario No. 1	<b>Dos (2) veces por semana</b> Martes y Jueves (8:00 am – 5:00 pm)	Agosto 13 -19 -21-26 – 28 <b>Septiembre 02</b>	<b>02 de septiembre</b> de 2025
Escenario No. 2	<b>Una (1) vez por semana</b> Jueves (8:00 am – 5:00 pm)	Agosto 13-21-28 <b>Septiembre</b> 4 - 11 - 18	<b>18 de septiembre</b> de 2025
Escenario No. 3	<b>Dos (2) veces por semana</b> Jueves y Viernes (8:00 am – 5:00 pm)	Agosto 21-22-28-29 <b>Septiembre 04</b>	<b>04 de septiembre</b> de 2025

## **4. Propuesta y concertación del mecanismo de revisión y ajuste de actas**



## 4. Propuesta y concertación del mecanismo de revisión y ajuste de actas

Los actas son elaboradas por la Secretaría Técnica de la Mesa

### Mecanismo de revisión y ajuste de actas elaboradas en el marco de la Mesa de trabajo UPC

#### **A:** Comité de revisión y ajuste de actas

Conformado por al menos tres (3) delegados postulados y seleccionados por la Mesa.

(Fijos o Rotativos)

**B:** Revisión y solicitud de ajuste por **todas las entidades inscritas** en la Mesa.

Los actas son ajustadas por la Secretaría Técnica de la Mesa según observaciones de los delegados

## Proceso revisión, ajuste y aprobación de las actas

### Dos Sesiones por semana: jueves y viernes

Agosto: 21-22 - Agosto: 28-29 - Septiembre 04

#### Envío y revisión:

- ✓ Elaboración del proyecto de acta (ST) y envío a los delegados:  
**2 días** hábiles siguientes a la sesión - (envío: martes a medio día)
- ✓ Revisión por parte de los delegados y envío a la (ST):  
**1 día** hábil - (Miércoles al final del día remiten a la ST)
- ✓ Ajuste del acta a cargo de la (ST):  
**1 día** hábil - (Jueves)

#### Aprobación de actas

- ✓ Lectura de las actas revisadas y ajustadas por parte de la Secretaría Técnica (ST) en la sesión del (**viernes de la semana siguiente**)
- ✓ Se gestionan **dos actas por semana**

## Votación No.2

¿Qué propuesta de **mecanismo de revisión y ajuste de las actas** elaboradas en el marco de la mesa de trabajo **UPC** considera más conveniente?

Alternativas	Denominación	Descripción
Alternativa <b>A</b>	<b>Comité</b> de revisión y ajuste de actas	Conformado por <b>al menos tres (3) delegados postulados y seleccionados</b> por la Mesa.
Alternativa <b>B</b>	Revisión y ajuste por <b>TODOS</b> los miembros de la mesa	Revisión del contenido de las actas elaboradas por la Secretaría Técnica de la Mesa por parte de todas las entidades o sectores inscritos,
Voto en Blanco	-	-

# **5. Propuesta y concertación de lineamientos para la postulación de Presentaciones Magistrales – Mesa de Trabajo**



## **Presentaciones Magistrales Objeto de la Mesa**

*“La mesa de trabajo tendrá carácter participativo y su objeto consistirá en recibir, analizar y evaluar la información, insumos y aportes de los participantes del sector salud para la revisión de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación - UPC de la vigencia de 2024”.*

*Resolución 1324 de 2025 (Art. 2.)*

*“ Se consideran soportes confiables aquellos que estén basados en el producto de una investigación o análisis, que sean verificables, en la que se haga explícita una metodología de abordaje de la problemática, con una descripción detallada de las fuentes de información utilizadas, técnicas y métodos empleados en los análisis. Deben tener una fundamentación lógica y coherente que permite la discusión y contrastación en la mesa de trabajo”.*

*Resolución 1324 de 2025 (Art. 7 – Parágrafo 2)*

# Lineamientos Presentaciones Magistrales

## Pertinencia Temática

- Calidad de la información
- Disponibilidad de la Data
- Frecuencias de uso
- Severidad
- Siniestralidad
- Inclusiones
- Ajustadores de Riesgo
- Rezago (2021, 2022, 2023)
- Procedencia del reajuste de la UPC 2024
- Ajustadores ex post.

## Rigor Técnico

- **Validez metodológica:** Uso de métodos apropiados y validos para el objetivo planteado
- **Consistencia interna:** Coherencia entre el diseño, la ejecución del estudio, los resultados y las conclusiones
- **Exactitud y precisión:** recolección, manejo y análisis de datos que permita garantizar la validez de los resultados

## Estructura Recomendada

- Introducción al problema
- Objetivo, enfoque y metodología utilizada
- Metodología aplicada
- Resultados relevantes/clave
- Conclusiones y recomendaciones

## Aspectos Logísticos

- Duración (según aprobación participantes de la mesa)
- Tiempo para preguntas (según aprobación participantes de la mesa)
  - Puede variar según
    - i. Número de postulaciones
    - ii. Cronograma consensuado.
- **Envío de las presentaciones a la Secretaría Técnica:** Mínimo 24 horas antes de la sesión.

## Votación No.3

¿Está de acuerdo con la **propuesta de Lineamientos** para el desarrollo de las **Presentaciones Magistrales**?

Alternativas	Denominación
Si, esta de acuerdo	1
No, esta de acuerdo	2
Voto en Blanco	-

## Alternativas de organización, según número de presentaciones magistrales inscritas

OPCIÓN	DURACIÓN PRESENTACIÓN	TIEMPO PARA PREGUNTAS	TIEMPO TOTAL PONENTE	No. PRESENTACIONES (Por Hora)	No. PRESENTACIONES en 3 Horas (9:00 am - 12:00 m)	No. Máx. por Sesión (2:00 pm - 3:00 pm)
A	20 minutos	10 minutos	<b>30 minutos</b>	2	6	8
B	15 minutos	5 minutos	<b>20 minutos</b>	2	9	11
C	10 minutos	5 minutos	<b>15 minutos</b>	4	12	16

- Las presentaciones adicionales quedaran cargadas en el repositorio de las mesas para análisis.

## Votación No.4

**Según la información presentada, ¿Cuál considera que es el tiempo adecuado para el desarrollo de las Presentaciones Magistrales? – Seleccione una alternativa:**

Tiempo presentaciones magistrales	Alternativa
<b>Opción 1:</b> 30 minutos	<b>1</b>
<b>Opción 2:</b> 20 minutos	<b>2</b>
<b>Opción 3:</b> 15 minutos	<b>3</b>

Todos los documentos técnicos, estudios y demás insumos suministrados por los delegados participantes, Como elementos para el desarrollo de las Presentaciones Magistrales, serán publicados en el micrositio dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

# **6. Propuesta y concertación de criterios para la participación en los Debates Técnicos de la Mesa UPC 2024 – Reglas Generales**



# Criterios para la participación en los debates

Tema del debate	Pregunta Orientadora	Postura o tesis	Desarrollo del argumento
<ul style="list-style-type: none"><li>• Calidad de la información</li><li>• Disponibilidad de la Data</li><li>• Frecuencias de uso</li><li>• Severidad</li><li>• Siniestralidad</li><li>• Inclusiones</li><li>• Ajustadores de Riesgo</li><li>• Rezago (2021, 2022, 2023)</li><li>• Procedencia del reajuste de la UPC 2024</li><li>• Ajustadores ex post.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Qué pregunta guía su intervención? (Problema debatible y relevante)*</li></ul> <p>*Preguntas formuladas por los delegados</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ¿Cuál es su hipótesis frente al problema que identificó?</li><li>• ¿Desde que perspectiva esta planteando esta hipótesis?</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Estructurados:</b> razones que justifican su postura (jerarquizadas)</li><li>• <b>Basados en evidencia:</b> citas, cifras, ejemplos o casos relevantes</li><li>• <b>Referencia fuente:</b> estudios, investigaciones o análisis de datos</li></ul>

# Reglas Generales de Operación



ANTES

## Objetivo del Debate

- Se definirá un objetivo central para el debate de cada sesión (ej., validar supuestos técnicos, comparar alternativas metodológicas, definir parámetros de cálculo).

## Criterios de participación

- Se realizará un **registro de los interesados en participar (Presentaciones Magistrales – Debate)** (según temática): (13 – 15 de agosto)
- Se recibirán **propuestas de preguntas orientadoras**: (13 – 15 de agosto)

## Planeación y comunicación

- Agenda estructurada
- Definición de tiempos y responsables.
- Priorización de los temas más complejos o de mayor relevancia
- Se **informará a los participantes** antes de la siguiente sesión
- Enviar con al **menos 24 horas de anticipación** los insumos para las presentaciones Magistrales y el debate



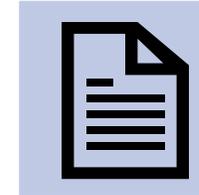
DURANTE

## Moderador del Debate

- Garantizar que todos puedan intervenir
- Mantener la discusión focalizada en el objetivo.

## Intervenciones **basadas en evidencia**

- Los argumentos deben estar sustentados en datos, estudios, normatividad vigente.
- Cada intervención tendrá una duración de 3 minutos con opción de réplica.
- Se designará un relator que documente: postura de cada participante, evidencia presentada y acuerdos/ desacuerdos.
- Evitar descalificaciones personales
- Mantener el uso de un lenguaje claro, preciso evitando ambigüedades.



DESPUES

Síntesis objetiva de resultados (consensos, disensos y temas que requieren más análisis).

Respuesta consensuada a cada uno de los planteamientos de la C.C. Autos 007 y 504

Propuestas y recomendaciones

Plan de trabajo para definir viabilidad y acciones a seguir, otros.

Documentación de conclusiones de la Mesa de Trabajo UPC

***Los participantes de cada debate serán los delegados de las entidades inscritas***

## Votación No.5

¿Está de acuerdo con los **Criterios y reglas generales de operación** para el desarrollo de los **Debates**?

Alternativas	Denominación
Si, esta de acuerdo	1
No, esta de acuerdo	2
Voto en Blanco	-

Todos los documentos técnicos, estudios y demás insumos suministrados por los delegados participantes, Como elementos para el desarrollo de los Debates, serán publicados en el micrositio dispuesto por el Ministerio de Salud y Protección Social.

**8. Alineación de conocimientos claves con actores recientemente incorporados:  
sesiones realizadas entre el  
(20 de marzo al 29 de abril de 2025)  
Mesa de trabajo UPC – Res.370/2025**



# Mesa de Trabajo UPC - Resolución 370 de 2025

## Cronograma de Trabajo

Auto 007/25

Marzo 27/25

No.2

Análisis de Frecuencias de Uso (FQ)

Abril 10/25

No.4

Análisis de Siniestralidad

Abril 29/25

No.6

Ajustadores de Riesgo

Instalación de la Mesa de Trabajo UPC

No.1

Marzo 20/25

Análisis de Severidad

No.3

Abril 03/25

Impacto de Inclusiones

No.5

Abril 24/25

# Mesa de Trabajo UPC - Resolución 370 de 2025 Metodología



# Unidad de Pago por Capitación – UPC

- La UPC es la prima de riesgo que garantiza el suministro de Servicios y Tecnologías en salud a la población asegurada.

**Se calcula: UPC = Frecuencia x Severidad**

- ❖ **Frecuencia:** cantidad promedio de tecnologías en salud suministradas a un afiliado.
- ❖ **Severidad:** costo promedio de estas tecnologías en salud suministradas.
- El cálculo tiene en cuenta condiciones **demográficas, epidemiológicas, de utilización** y estándares de calidad.

## Frecuencias de Uso (FQ)



1. Dimensión poblacional y sistémica que incorpora un tratamiento de datos, análisis estadístico y generación de resultados
2. Involucra diversas fuentes de información
3. Incorpora dinámicas complejas:
  - Factores demográficos
  - Factores epidemiológicos
  - Factores económicos y sociales
  - Factores asociados al diseño del aseguramiento
  - Efectividad de los esquemas de gestión integral del riesgo



**Reporte a suficiencia**  
precisión, consistencia y  
representatividad



Patrones de utilización TS

## Frecuencias de Uso (FQ)

- Consolida:
  - a. Las opiniones, conceptos y aportes recibidos en la mesa técnica.
  - b. Las consideraciones aportadas con 36 archivos de soportes que entregaron los participantes.
- Codifica en función de temáticas y factores relacionados con la variable bajo análisis.

Análisis cualitativo

Análisis cuantitativo

- Información reportada por las EPS seleccionadas al estudio de suficiencia de la UPC 2021-2024.
- Variable “registros”.

## Frecuencias de Uso (FQ) - Insumos



- ✓ *“... existe acuerdo entre los delegados a la mesa de trabajo en la forma como este ministerio viene conceptualizando y utilizando la variable bajo análisis dentro del proceso metodológico de estimación de la UPC.”*
- ✓ *“...Los hallazgos de la mesa de trabajo muestran que el MSPS ha implementado una metodología de cálculo de la FQ con base en la información reportada por las EPS, con la cual se ha buscado homogeneizar y controlar las diferencias naturales que puedan existir entre las estructuras poblacionales de las distintas EPS, así como aquellas que surgen en el marco del sistema de salud derivadas de prácticas contractuales, modas de prescripción, estrategias de gestión integral del riesgo, variabilidad de los sistemas de información y la generación de datos desde el prestador y las aseguradoras, entre otros.”*
- ✓ *“... la metodología adoptada por el MSPS para la estimación de la frecuencia de uso en el sistema ha sido consistente en el tiempo y su evolución ha estado en línea con el fortalecimiento progresivo de los sistemas de información”.*

## Frecuencias de Uso (FQ) - Insumos

- ✓ *“...para reportar la información solicitada algunas EPS están tomando como fuente los RIPS y otras, están incluyendo adicionalmente información de facturación, autorizaciones u otros registros clínicos o administrativos, integración de datos adicionales que captura prestaciones que no siempre se ven reflejadas en los RIPS y que, a juicio de los delegados, explicaría las diferencias observadas entre esta fuente y el reporte a suficiencia.”*
- ✓ *la variabilidad en las frecuencias de uso durante el periodo analizado está explicada principalmente por factores poblacionales (Eventos emergentes, cambios demográficos y factores epidemiológicos), dinámicas contractuales y operativas (Gestión de riesgo, gestión administrativa, facturación, interoperabilidad de la información, etc.).*
- ✓ *“...dicha estimación ha tenido una perspectiva longitudinal que busca identificar y afrontar los efectos de eventos emergentes (como la pandemia), cambios demográficos o tecnológicos; lo anterior, evidencia un enfoque analítico integral que trasciende el uso de simples promedios o acumulados anuales, identificando variaciones legítimas frente a anomalías estadísticas o inconsistencias, de cara a garantizar mayor precisión en la estimación de la frecuencia de uso.”*

## Frecuencias de Uso (FQ) - Insumos

- ✓ *“...no existe consenso sobre posibles criterios estadísticos para definir la significancia de una variación en la frecuencia de uso que pueda impactar el gasto en salud.”*
- ✓ *“...la comparación entre los patrones de frecuencia de uso observados en distintas agremiaciones de EPS y la muestra utilizada en el estudio de suficiencia muestra altas correlaciones positivas, lo que confirma la representatividad de la muestra nacional y descarta sesgos atribuibles a subgrupos específicos de EPS.”*
- ✓ *Si bien, los delegados convergen en la perspectiva de una desviación de frecuencias de uso tal que afecta la suficiencia de la prima y aunque el crecimiento en la frecuencia es un dato importante, no es suficiente por si mismo pues necesitamos ir más allá de la tendencia con un análisis más completo que considere tanto la magnitud como el contexto de ese cambio.*

## Severidad



*“ ...Esta aproximación contempla la carga atribuible a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las variables macroeconómicas que inciden en los costos del aseguramiento y, de manera central, la calidad de la información disponible.*

*Este último aspecto constituye un insumo clave para el análisis, pero también representa una limitación estructural, en la medida en que las inconsistencias, rezagos o heterogeneidades en el reporte pueden afectar la precisión de las estimaciones”.*

## Severidad



### Dimensiones técnicas del criterio de severidad

“La severidad constituye un componente transversal que se relaciona con...”

- Siniestralidad histórica y proyectada
- Impacto diferencial por tipo de inclusión
- Ajustadores de riesgo y carga de enfermedad
- Variabilidad territorial y por grupos etarios
- Tendencias de multimorbilidad y envejecimiento

## Severidad

### Factores externos que distorsionan la severidad

“La interpretación se ve afectada por factores como...”

- Inflación estructural no corregida
- Crisis migratoria y fluctuaciones poblacionales
- Fragmentación de los datos
- Falta de trazabilidad en el gasto y los costos reales

## Severidad

### **Rol del Ministerio de Salud y Protección Social y llamados a la acción**

“Corresponde al Ministerio velar por el rigor técnico de los análisis...”

- Establecer estándares metodológicos comunes
- Regular acceso a datos para modelamiento
- Promover mecanismos de auditoría técnica y social
- Fomentar consensos interinstitucionales e intersectoriales

# Siniestralidad

## Frente al concepto y fórmula de cálculo:

“...Existen dos enfoques para el cálculo de la siniestralidad: la **siniestralidad técnica**, que se calcula con base en los siniestros incurridos (pagados o reservados) en relación con la prima, y la **siniestralidad financiera**, que compara los costos contables reales con los ingresos efectivamente recibidos.

“Existe acuerdo general sobre la fórmula para el cálculo de la **siniestralidad financiera** (relación entre los costos en salud y los ingresos recibidos por UPC), pero se identifican diferencias en la aplicación de la fórmula, entre ellas”:

- *Diferencias en las cuentas contables incluidas en el numerador*
- *Diferencias en las cuentas contables incluidas en el denominador*
- *Diferencias en las fuentes*
- *Diferencias en el nivel de desagregación*
- *Diferencias en el periodo de cálculo*

# Siniestralidad

## **Frente otros elementos que afectan el cálculo financiero de la siniestralidad:**

*“Existe consenso entre los actores que:*

- *Se presentan divergencias en el tratamiento contable de las Reservas Técnicas.*
- *....se requiere mayor consistencia entre los costos reportados en los estados financieros (P&G) y aquellos utilizados en los análisis de suficiencia. (Certificación de Costos)”.*
- *Hay una relación observada entre la severidad (el costo de un evento cubierto) y la siniestralidad; a mayor severidad, mayor siniestralidad. Factores como las enfermedades crónicas, las nuevas tecnologías médicas y el envejecimiento de la población influyen en la severidad.*

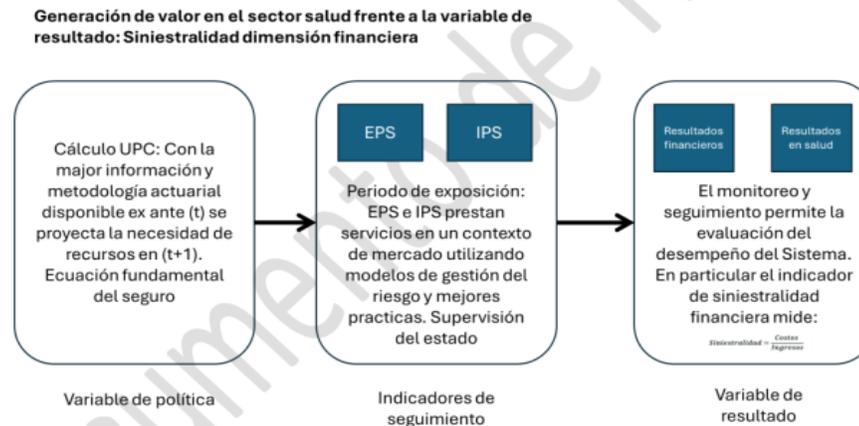
## **En relación con el fortalecimiento de la metodología empleada para el cálculo de la UPC**

- *Volatilidad normativa.*
- *Existe consenso en cuanto a las limitaciones del modelo actual para capturar costos asociados a: demoras en autorizaciones, traslados forzosos, demoras administrativas o desfinanciación en zonas rurales.*
- *Las EPS tradicionales hacen énfasis en la eficiencia administrativa y los perfiles de morbilidad, mientras que las EPS indígenas demandan el reconocimiento de variables diferenciadoras como la dispersión geográfica, la interculturalidad y los determinantes sociales.*
- *Los actores señalan desafíos estructurales relevantes, como la brecha persistente entre los regímenes contributivo y subsidiado, y la ausencia de mecanismos de financiación adecuados para modelos propios como el SISPI.*

# Siniestralidad

## Siniestralidad como variable de resultado:

*Para comprender el indicador de siniestralidad calculado desde la perspectiva financiera<sup>1</sup> — es decir, como la relación entre los costos y los ingresos observados en un período de tiempo determinado —, es fundamental considerar el acuerdo social y la cadena de generación de valor del sector salud colombiano.*



Fuente: Elaboración propia

*... la siniestralidad financiera es un indicador de resultado que refleja el desempeño global de todos los agentes que participan en la función de aseguramiento y prestación de servicios de salud, incluyendo al Estado en su rol de dirección, coordinación y control; a las EPS como aseguradoras e inclusive a las IPS, pues los modelos de contratación y la calidad de la prestación de los servicios son elementos a tener en cuenta en la gestión del riesgo en salud y la eficacia de sus procesos operativos y asistenciales.*

<sup>1</sup> Espinosa, Urdinola, Numeris

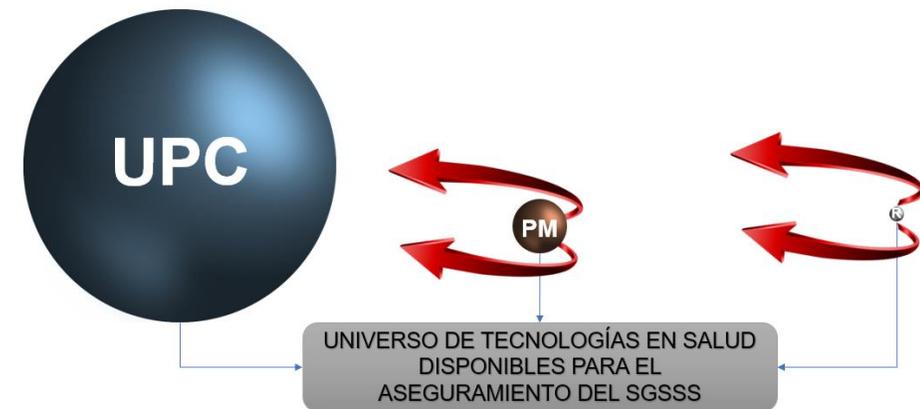
**Fuente:** Documento de trabajo sobre las sesiones realizadas entre el 200325 al 290425 – Mesa de Trabajo para el cálculo de la UPC. (Pág. 84-85)

# Impacto de las Inclusiones

## Fuentes de financiación de TS en Colombia

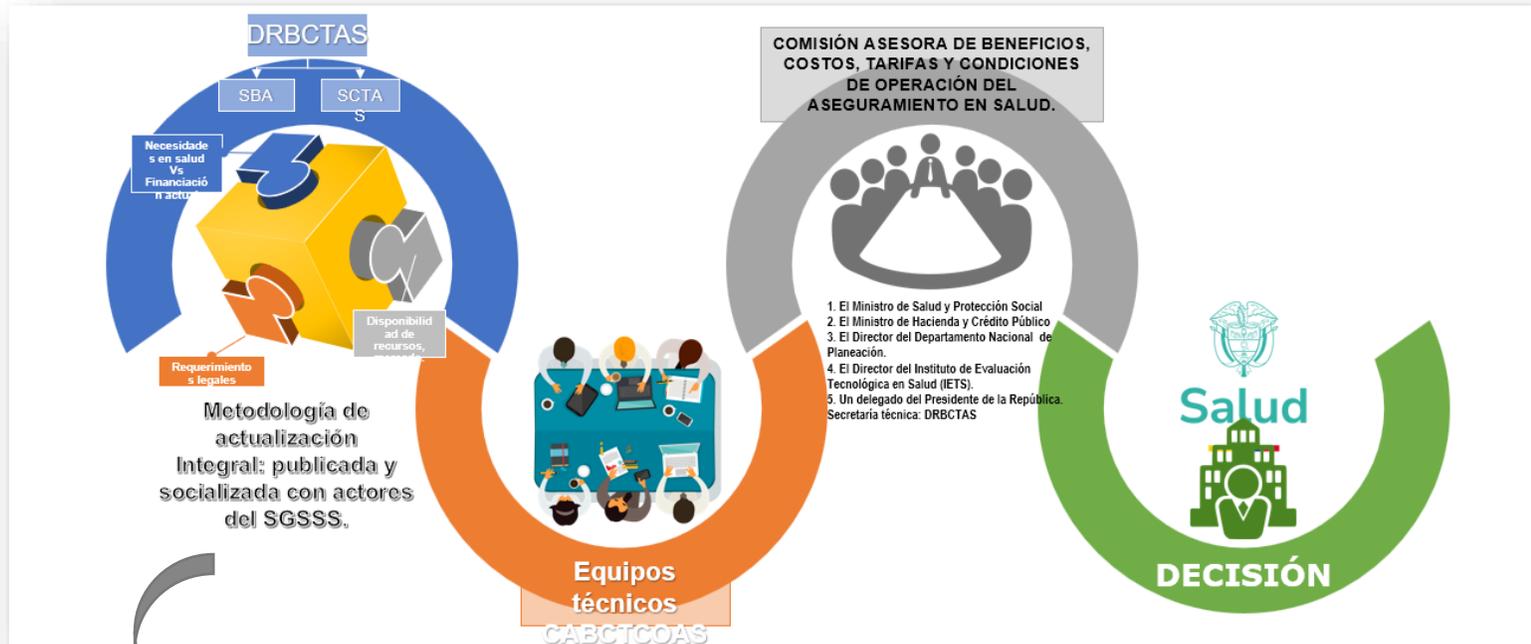


## Proporciones en número de TS



# Impacto de las Inclusiones

## ¿Cómo se incluye una TS en la F-UPC?

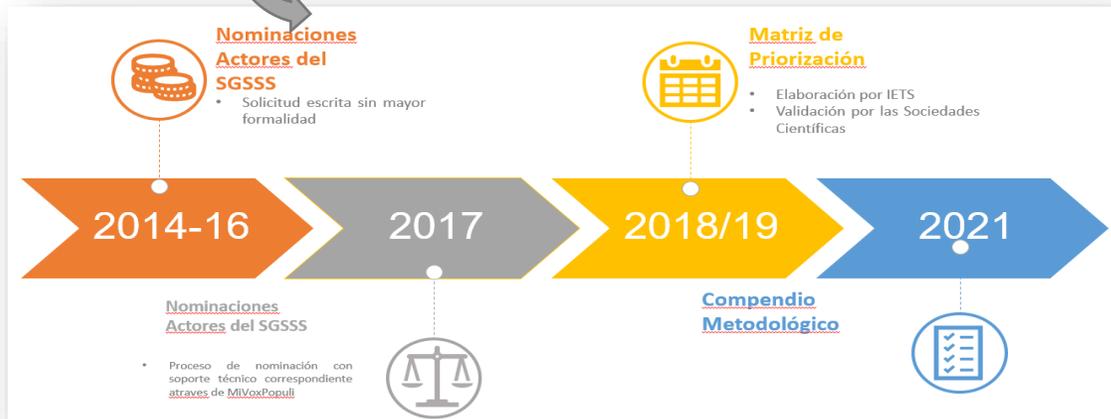


Inclusión

Exclusión

Actualización puntual

Actualización integral



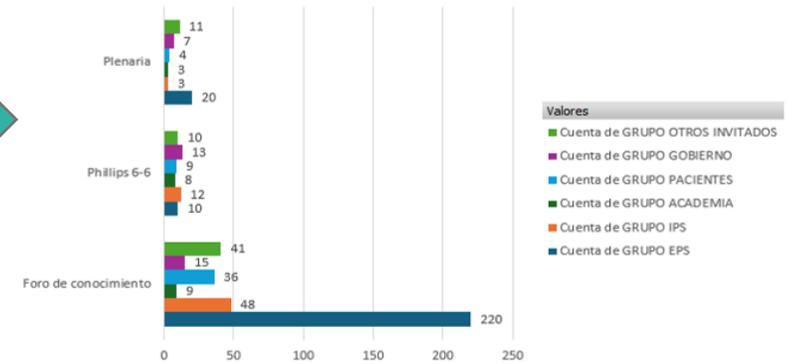
# Mesa No. 5 Inclusiones

# Impacto de las Inclusiones

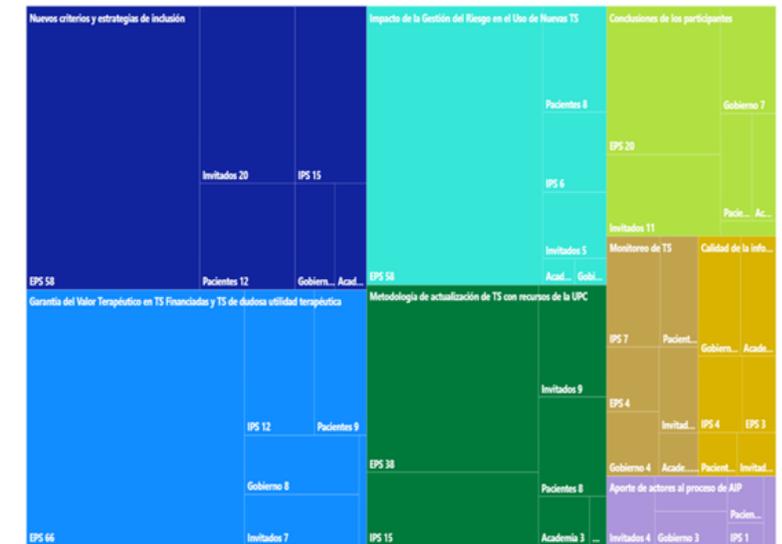
## BLOQUES Y PREGUNTAS

Bloque metodológico	Pregunta orientadora
Foro de conocimiento	¿Conoce las estrategias para la actualización de los servicios y tecnologías financiados recursos de la UPC?
	¿Qué criterios o estrategias adicionales a los existentes en la selección de tecnologías en salud propuestas para inclusión en la financiación con recursos de la UPC considera que pueden aplicarse para las nuevas actualizaciones?
	¿Qué incidencia ha tenido la gestión del riesgo como modulador de posibles excesos en el uso de los servicios y tecnologías en salud de reciente inclusión?
Phillips 6-6	Teniendo en cuenta lo señalado por la Ley Estatutaria en salud en cuanto a exclusiones (Art.15), ¿qué estrategias considera Ud. puede aplicar este Ministerio para asegurar que la financiación de Tecnologías en Salud sólo tenga en cuenta aquellas que demuestren su valor terapéutico? o que se evite financiar tecnologías de dudosa utilidad terapéutica.
	A juicio del grupo, ¿cuáles considera que son las limitantes para: desarrollar un monitoreo de tecnologías en salud en tiempo real, que apoye la estimación de proyecciones para inclusiones en futuras vigencias y el cálculo dela UPC?
	¿Cuáles son los puntos críticos de control que deben aplicar las entidades obligadas a reportar para asegurar la calidad de la información suministrada?
Plenaria	¿De qué manera consideran que el grupo podría aportarle al estudio y análisis de impacto presupuestal (AIP) de nuevas tecnologías en salud?
	Conclusiones de la mesa, otros aportes y propuestas

Aportes por codificación abierta y categoría temática según bloque metodológico.



Composición por temas clave según número de observaciones-delegado



# Impacto de las Inclusiones

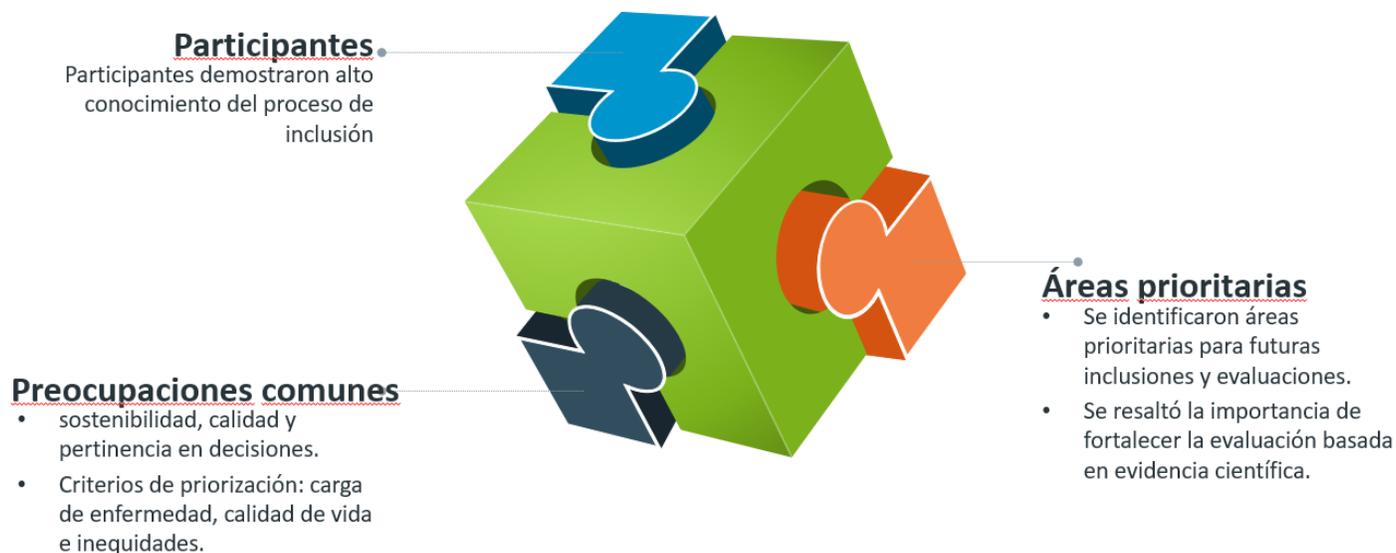
## Metodología y estrategias de actualización de servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC

Proceso dinámico sujeto a:

- Uso de herramientas como MIPRES e informes técnicos del Ministerio de Salud.
- Solicitudes ciudadanas y de actores del sistema.
- Evidencia científica actualizada.
- Evaluaciones periódicas del sistema.

TEMAS CLAVE	Aportes EPS	Aportes IPS	Aportes Academia	Aportes Pacientes	Aportes Gobierno	Aportes Invitados	Total por tema clave
Metodología de actualización de TS con recursos de la UPC	38	15	3	8	1	9	74
Nuevos criterios y estrategias de inclusión	58	15	4	12	5	20	114
Impacto de la Gestión del Riesgo en el Uso de Nuevas TS	58	6	1	8	1	5	79
Garantía del Valor Terapéutico en TS Financiadas y TS de dudosa utilidad terapéutica	66	12	1	9	8	7	103
Monitoreo de TS	4	7	2	5	4	4	26
Calidad de la información reportada	3	4	5	2	6	2	22
Aporte de actores al proceso de AIP	3	1	1	2	3	4	14
Aportes de los participantes	20	1	3	4	7	11	46
<b>Total general</b>	<b>250</b>	<b>61</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>35</b>	<b>62</b>	

## Hallazgos y consensos en las mesas técnicas



# Impacto de las Inclusiones

## Selección de tecnologías en salud a financiar con recursos de la UPC

Recomendaciones recibidas para el proceso de selección de inclusiones:

Tener en cuenta:

- Necesidad en salud como carga de enfermedad, impacto en salud pública, equidad.
- Pertinencia clínica: Basado en guías clínicas y recomendaciones de expertos.
- Evaluación económica: Relación costo-efectividad favorable.
- Impacto presupuestal: Viabilidad financiera para el sistema.
- Madurez tecnológica: Comercialización y uso en Colombia.

Priorización basada en:

- Promoción de equidad y atención primaria.
- Mejora de resultados sin sobreutilización.
- Evitar Tecnologías de bajo valor terapéutico o dudosa utilidad

### Adicionalmente

- Reforzar el monitoreo pre y post inclusión.
- Ampliar la participación y gobernanza con criterios técnicos y ciudadanos.
- Incorporar evidencia del mundo real (RWE) para decisiones más contextualizadas.
- Establecer modelos contractuales basados en resultados clínicos y eficiencia.
- Fortalecer la coordinación interinstitucional y gestión de tecnologías de información.



# Impacto de las Inclusiones

## Adicionalmente:

- La participación activa de la ciudadanía es crucial para la inclusión de nuevas tecnologías en salud.
- Se requiere mayor difusión sobre la metodología de actualización y sus resultados para mejorar la comprensión.
- Es necesario fortalecer al IETS como Entidad independiente para la evaluación de TS.
- Se debe implementar un Monitoreo de TS para apoyar la toma de decisiones.
- Se debe asegurar la calidad de la información reportada, en la que deben responsabilizarse desde el generador hasta quien la consolida



## Ajustadores de Riesgo

*Reconoce la necesidad de mantener los ajustadores actuales (edad, sexo, zona geográfica UPC), pero también de ampliarlos e integrarlos con variables que reflejen de manera más precisa la carga de enfermedad, las condiciones socioeconómicas, medioambientales, la diversidad cultural y territorial, y los determinantes sociales de la salud*

*Asimismo, se reconoce que los potenciales ajustes en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) deberán propender por reflejar de mejor manera la dinámica del sistema de salud y su impacto en la prestación de los servicios de salud de cara a los costos incurridos por los prestadores en los diferentes escenarios que puedan ser tomados como ajustadores de riesgo, contribuyendo a la estabilidad financiera y operativa del sistema*

## Ajustadores de Riesgo

# Nuevos elementos

### *Finalidad del ajuste ex post*

*Condiciones de activación, si procede en eventos excepcionales (como pandemias), cambios estructurales en el perfil epidemiológico, desviaciones graves frente a proyecciones, o implementación de nuevos datos o modelos de riesgo.*

*Cambios metodológicos para el cálculo de ajustes, incluyendo el uso de ajustadores de riesgo retrospectivos, factores de morbilidad o costos observados.*

*Cambios metodológicos para el cálculo de ajustes, incluyendo el uso de ajustadores de riesgo retrospectivos, factores de morbilidad o costos observados.*

*Criterios para determinar si la desviación es significativa y atribuible a errores en el modelo o factores externos.*

*Marco normativo aplicable, revisión de la legislación vigente y necesidad de ajustes regulatorios que habiliten la incorporación de estos mecanismos dentro del sistema de aseguramiento en salud.*

*Impacto financiero, mecanismos de compensación y fuentes de financiación.*

*Evaluación del efecto sobre la sostenibilidad del sistema y sobre los incentivos de los actores (EPS, prestadores).*

*Procedimientos de validación y transparencia con reglas claras de cálculo, validación y revisión del ajuste.*

*Periodicidad y límites financieros del ajuste.*

# 9. Metodología de cálculo de la UPC



# Unidad de Pago por Capitación (UPC)

**Organiza** recursos públicos asignados a las EPS para garantizar el plan de beneficios en salud PBS.

**Relaciona** los recursos con el plan de beneficios en salud PBS.



**Refleja** los costos esperados para garantizar el derecho a la salud, dadas unas condiciones demográficas, epidemiológicas, de utilización.

**Incentiva** la eficiencia y reduce el riesgo de selección adversa de afiliados.

# Ajustadores de Riesgo de la UPC

## 1 Edad (Grupos Etarios)



**14 grupos**

## 2 Sexo

Menores de un año
1-4 Años
5-14 Años
15 -18 Años Hombres
15 - 18 Años Mujeres
19 - 44 Años Hombres
19 - 44 Años Mujeres
45 - 49 Años
50 - 54 Años
55 - 59 Años
60 - 64 Años
65- 69 Años
70 - 74 Años
75 Años y Mayores

GRUPO DE EDAD	ESTRUCTURA DE COSTO	NORMAL	ESPECIAL	CIUDADES	ALEJADA
Menores de un año	<b>2,9679</b>	<b>4.327.347,60</b>	<b>4.760.089,20</b>	<b>4.754.026,80</b>	<b>5.967.410,40</b>
*****					
19-44 Años Hombres	<b>0,5646</b>	<b>835.405,20</b>	<b>918.946,80</b>	<b>917.773,20</b>	<b>1.152.021,60</b>
19 -44 AñosMujeres	<b>1,0475</b>	<b>1.542.718,80</b>	<b>1.696.989,60</b>	<b>1.694.829,60</b>	<b>2.127.405,60</b>
*****					
75 Años y Mayores	<b>3,8997</b>	<b>5.659.084,80</b>	<b>6.225.001,20</b>	<b>6.217.070,40</b>	<b>7.803.874,80</b>

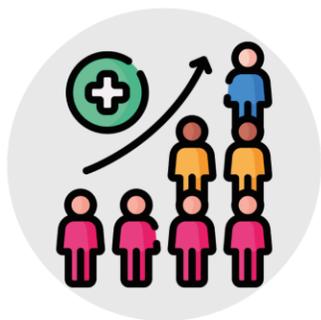
## 3

Acuerdo 26 de 2011. Concentración de **Población Mayor de 50 años** en régimen contributivo reconocimiento del 4% para la Nueva EPS en el 2024.

## 4

EPS **Indígenas** para financiar actividades propias definidas, se reconoce el 4,81% a 4 EPSI y el 12% a 1 EPSI.

## Variables solicitadas a las EPS



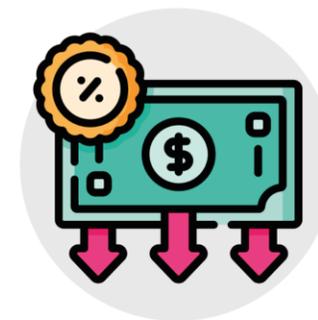
### Demográficas

- Tipo y número de identificación del usuario.
- Sexo.
- Fecha de nacimiento.
- Municipio – Departamento de residencia.



### Prestación de servicios y epidemiológicas

- Código de la EPS.
- Código de la IPS.
- Actividad, intervención, procedimiento, insumo o medicamento.
- Fecha de prestación de servicios.
- Diagnóstico principal.
- Diagnóstico Relacionado.
- Días de estancia.
- Días de tratamiento.
- Ámbito.



### Gasto

- Valor del servicio.
- Valor del copago o cuota moderadora.
- Forma de reconocimiento y pago.
- Número de factura.

Las solicitudes de información para el año 2022 están definidas las fechas de reporte en la **Resolución 2809** de 2022 en el artículo 34:

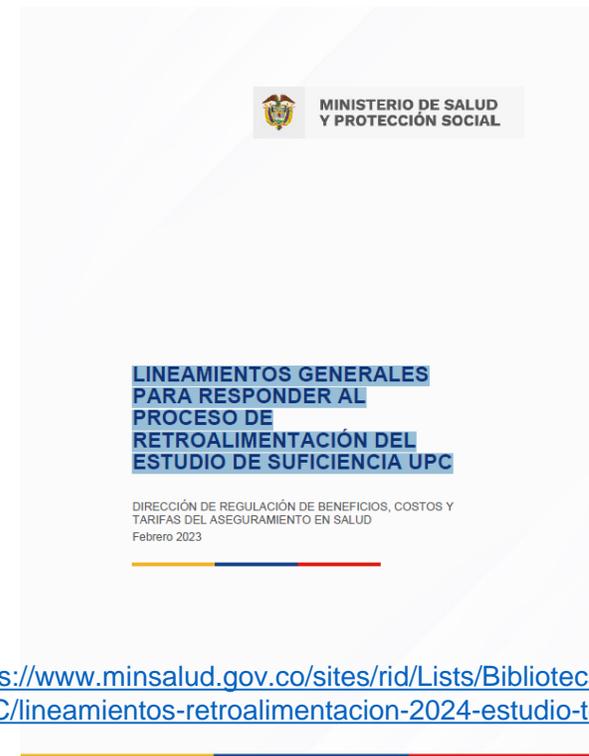
**Artículo 22.** Las EPS de los regímenes Contributivo y Subsidiado reportarán la información que requiera la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud de este Ministerio, para adelantar estudios, en los siguientes términos:

Estudio	Mes de solicitud de información	Mes de reporte de información	Periodicidad del reporte
Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC recursos para garantizar la financiación de servicios y tecnologías de salud año 2023	Diciembre de 2022	1 al 15 de mayo de 2023	Anual
Solicitud de información a Entidades Promotoras de Salud, para el reconocimiento y el pago de incapacidades de origen común por enfermedad general a los afiliados del régimen contributivo	Diciembre de 2022	15 al 30 de junio de 2023	Anual

## Solicitud de Información



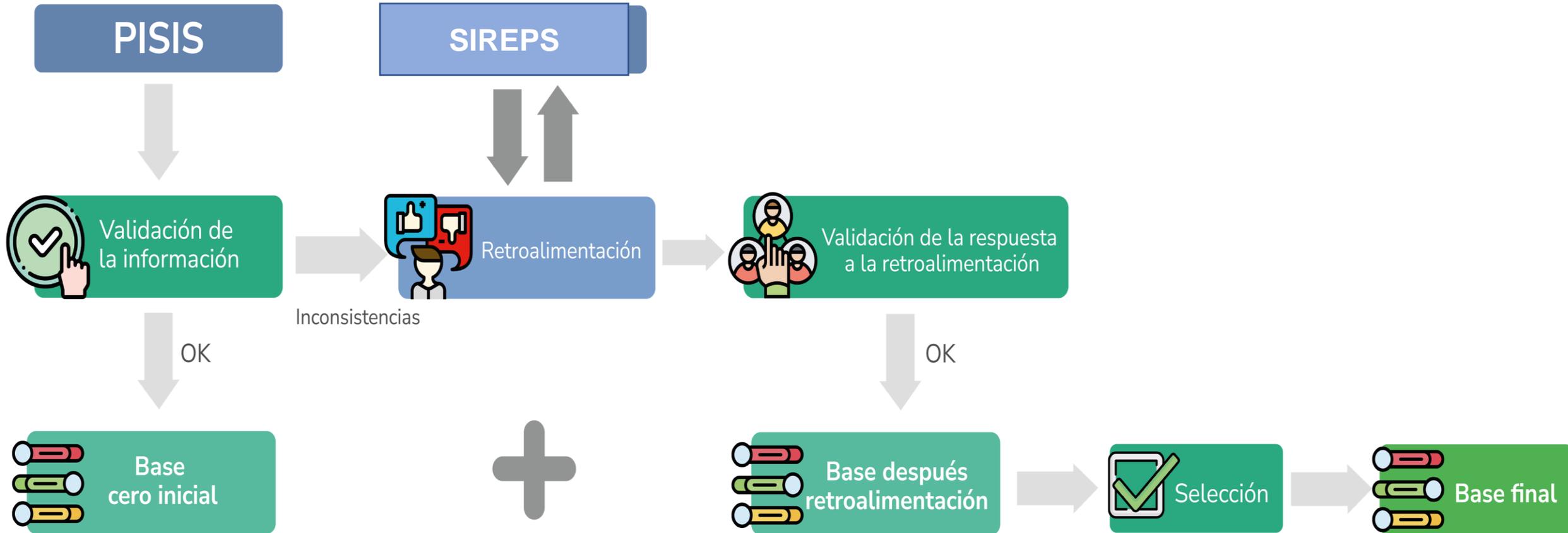
## Lineamientos generales para responder al proceso de retroalimentación del estudio de suficiencia UPC



Establecer la información sobre las prestaciones de servicios en salud realizadas a la población afiliada a las EPS en el SGSSS durante la vigencia 2022, que servirá como insumo para determinar las frecuencias y los costos de los servicios y realizar el Estudio Técnico de la UPC para financiar los Servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Documento que expone las calidades que son aplicadas a la información reportada y los códigos de inconsistencia empleados. Igualmente señala las instrucciones para que las entidades construyan las justificaciones y respuesta a las observaciones realizadas por la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud respecto la información correspondiente al año 2022.

# Flujo de información



# Procesos de Calidad



**Estructura** del archivo, completitud de los campos.

**Calidad 1**



**Consistencia interna** segundos tablas de referencia.

**Calidad 2**



**Validación cruzada**  
1. Valor mayor a cero.  
2. Tabla CIE10 vs sexo.  
3. Tabla CUM con financiamiento.

**Calidad 3**



**Personas:**

1. Derecho de los usuarios.
2. Duplicidad por identificación.
3. Pacientes 1000 actividades más de 100 millones.
4. Puerta de entrada.

**Calidad 4**

**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. Corresponde al cruce de las variables con las tablas de referencia y valores permitidos.

**Calidad 3** Verificación cruzada.

- Valor soportado en servicios con forma de reconocimiento “S”
- Tabla CIE-10 con edad y sexo
- Tabla CUPS con sexo, cobertura, ámbito de prestación del servicio, ámbito hospitalario días de estancia.
- Tabla CUM con cobertura
- Tabla de Prestadores reportados con N o C



# Grupo de calidades 4

**Grupo de calidad 4 - Personas:** verifica por persona (tipo y número de identificación)

- Derechos de los usuarios.
- Duplicidad en el tipo y número de identificación, pero con diferente fecha de nacimiento o diferente sexo.
- Mas de 1000 actividades realizadas por año.
- Mas de 100 millones de consumo año.
- Puerta de entrada dispensación de medicamentos.
- Puerta de entrada dispensación de insumos o dispositivos



# Procesos de Calidad



**Atenciones: Duplicidad en el tiempo.**

1. Día: punción lumbar.
2. Mes: parto.
3. Vida: apendicetomía.

**Calidad 5**



**Dosis máxima:** verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con las dosis máxima teórica calculada para el mismo.

**Calidad 6**



**Valores atípicos:** identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterio paramétricos y no paramétricos.

**Calidad 7**



**Cruce CUPS con CIE-10:** verificación de la correspondencia del procedimiento con el diagnóstico.

**Calidad 8**

**Total de 174 reglas de calidad**

**Grupo de calidad 5** - Atenciones: verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación:

- Durante el día
- Durante el año
- En la Vida. Corresponde a la verificación de procedimientos únicos en la vida, que están duplicados con respecto a la información histórica.

## Ejemplos

- Procedimientos que sólo se pueden realizar una vez en el año, ejemplo APENDICECTOMÍA - HISTERECTOMIA
- Procedimientos que sólo se pueden realizar una vez en el día. ejemplo 5 registros ULTRASONOGRAFÍA DIAGNÓSTICA DE MAMA en el mismo día



**Grupo de calidad 6** – Dosis Máxima de dispensación: verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.

**Grupo de calidad 7** – Valores atípicos: identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.

**Grupo de calidad 8** – Cruce CUPS con CIE-10. Verificación de la correspondencia del Procedimiento con el Diagnóstico.

## Criterio de Selección de EPS para el Estudio de Suficiencia



Relación entre el **valor certificado por el representante legal y el revisor fiscal** y el **valor soportado en la base de servicios y tecnologías de salud prestados a la población afiliada.**



Se seleccionan aquellas EPS que soportan un porcentaje del valor igual o superior al 90%.

# Metodología

## Metodología

La metodología parte de un cálculo actuarial que tiene en cuenta condiciones demográficas, epidemiológicas, de utilización y estándares de calidad, la parte más relevante del cálculo se denomina ***Prima pura*** en donde intervienen el costo de las reclamaciones las cuales corresponden a los suma del valor reportado de los servicios y tecnologías entregados a los afiliados expuesto al uso del sistema.

***Prima pura = Frecuencia \* severidad***

$$\text{Prima pura} = \frac{\text{Cantidad de reclamaciones}}{\text{Población afiliada expuesta}} * \frac{\text{Valor de las reclamaciones}}{\text{Cantidad de reclamaciones}}$$

$$\text{Prima pura} = \frac{\text{Valor de las reclamaciones}}{\text{Población afiliada expuesta}}$$

De tal manera que la prima pura es el cociente entre el valor de las reclamaciones y el número de expuestos.

$$Prima\ pura = \frac{Valor\ de\ las\ reclamaciones}{Número\ de\ expuestos} \quad (2)$$

Ahora si tomamos como base la población afiliada al régimen contributivo y al régimen subsidiado con corte a diciembre 31 de 2022<sup>[1]</sup> y las dos poblaciones tienen el mismo valor total de las reclamaciones. Supongamos que el valor de las reclamaciones es de 20 mil millones de unidades monetarias y si aplicamos la formula (2) obtenemos que la prima pura del régimen subsidiado es menor que la del régimen contributivo.

	Contributivo	Subsidiado
Valor reclamaciones	20.000.000.000	20.000.000.000
Población Expuesta	23.527.972	25.676.278
Prima Pura	850	779

[1]Fuente:<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

# Metodología Loss Ratio para determinar la indicación de tarifa de la UPC

“Para garantizar la suficiencia de la prima se utiliza el Método de loss ratio”

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

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

Régimen Contributivo

$$E_L = 0$$

$$E_F = 0$$

$$V + Q_t = 0.1$$

Régimen Subsidiado

$$E_L = 0$$

$$E_F = 0$$

$$V + Q_t = 0.08$$

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

$P_I$  = Prima Indicada

$L$  = Siniestros

$E_L$  = Gastos por ajustes de siniestros

$E_F$  = Gastos Fijos

$V$  = Gastos Variables

$Q_t$  = Nivel target de utilidad en porcentaje de las primas

$P_c$  = Prima al nivel actual

## Siniestros\* (L):

$$L = L_0 (1 + \tau) (1 + IBNR) (1 + Frec)$$

$$L_0 = \text{Inclusiones} + L_{obs}$$

$$\frac{L_0}{Expuestos} = \frac{\text{Inclusiones}}{Expuestos} + \frac{L_{obs}}{Expuestos}$$

$$\frac{L_{obs}}{Expuestos} = \frac{\sum_{i=1}^N Costos_{ik}}{Expuestos} = \underbrace{\frac{\sum_{i=1}^N Costos_{ik}}{N}}_{\text{Severidad}} \times \underbrace{\frac{N}{Expuestos}}_{\text{Frecuencia}}$$

\*Siniestros

Fuentes:

- Inclusiones: Evaluación de tecnologías AIP –IETS
- Observado ( $L_{obs}$ ): Base prestación de servicios - DRBCyT

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

## Siniestros en Seguros:

El Siniestro lo podemos definir como la **manifestación del riesgo asegurado**; es un acontecimiento que origina daños concretos que se encuentran **garantizados en la póliza obligando a la Aseguradora a restituir, total o parcialmente, al Asegurado o a sus beneficiarios, el capital garantizado en el contrato del seguro. (En Colombia pago del siniestro a un tercero)**

**Realización del riesgo previsto en el contrato.**

## Metodología

$$L = L_0 (1 + \tau)^t (1 + IBNR)^t (1 + Frec)^t$$

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

Para pasar del periodo de experiencia al de aplicación debemos ajustar los costos por el **comportamiento observado** y esperado de **la inflación** y las **tendencias de frecuencias y severidades**.



## Ajustadores actuariales de la prima pura

La prima pura a aplicar para cada persona afiliada será la razón entre los costos observados de las reclamaciones ajustados por IBNR, la proyección de las tendencias de uso de servicios, la inflación y el ajuste de la proyección de la población expuesta. La información usada para el cálculo se obtiene a la selección de las EPS que cumplen con los criterios de cobertura del reporte.

$$\text{Prima pura} \leftarrow \hat{\mu}_j = \left( \frac{\sum_{i=1}^{n_j} X_i}{Exp_j(t)(1 + \xi)} \right) (1 + IBNR)(1 + \tau)(1 + f)$$

↑ **Costos**  
↓ **Expuestos**

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

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

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

$\tau$  = Trending por inflación

$f$  = Trending por frecuencia

$\xi$  = Factor de ajuste por compensaciones faltantes

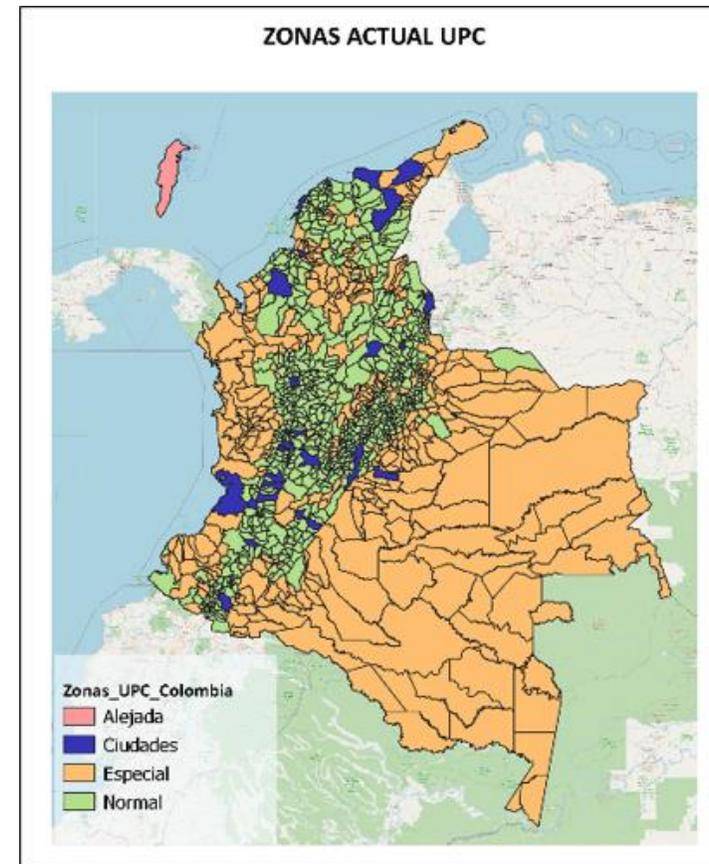
**Futuro**

## Grupos de riesgo

$\hat{\mu}_j$  La formula anterior presentada tiene un subíndice j el cual se describe como el grupo de riesgo, esto permite tener resultados de acuerdo a la edad, sexo y la ubicación geográfica de cada afiliado al sistema.

GRUPO UPC	EDAD
G1	<1
G2	1_4
G3	5_14
G4	15_18_M
G5	15_18_F
G6	19_44_M
G7	19_44_F
G8	45_49
G9	50_54
G10	55_59
G11	60_64
G12	65_69
G13	70_74
G14	>=75

} SEXO





**Salud**

