



Salud



Mesa de Trabajo UPC Sesión 07

Ministerio de Salud y Protección Social

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

Bogotá D.C., 04 de septiembre de 2025



Orden del día - propuesto

1. Verificación de Quorum

2. Revisión de actas:

- Aprobación Actas: Sesión No.1 (30/07/2025) - Sesión No.2 (06/08/2025) -Sesión No.2 (13/08/2025)
- Revisión Actas: Sesión No.3 (21/08/2025) - Sesión No.4 (22/08/2025)
- Revisión Actas: Sesión No.5 (28/08/2025) – Sesión No.6 (29(08/2025)

3. Presentaciones Magistrales

1. ANDI
2. ADRES

Receso – Refrigerio

3. ACEMI
4. Colegio Nacional de Bacteriología
5. Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública
6. Secretaria de Salud de Cali
7. Ministerio de Hacienda y Crédito Público
8. Universidad Nacional de Colombia – CID – Facultad de Ciencias Económicas

Almuerzo Libre

9. Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Medicina
10. Ministerio de Salud y Protección Social

4. DEBATE – CONCLUSIONES DE LA MESA

Orden del día - ajustado

1. Verificación de *Quorum*

2. Presentaciones Magistrales

- 1) ANDI
- 2) ADRES

Receso – Refrigerio

- 3) ACEMI
- 4) Colegio Nacional de Bacteriología

Almuerzo Libre

- 5) Universidad de Antioquia – Facultad Nacional de Salud Pública
- 6) Secretaria de Salud de Cali
- 7) Ministerio de Hacienda y Crédito Público
- 8) Universidad Nacional de Colombia – CID – Facultad de Ciencias Económicas
- 9) Universidad Nacional de Colombia – Facultad de Medicina
- 10) Ministerio de Salud y Protección Social

3. Conclusiones de la Mesa

4. Ruta a seguir

1. Verificación de Quorum



2. Presentaciones Magistrales



***1) Rezago de la UPC para el periodo
2021-2024 y ejercicio de ajuste ex-
post por desviación de inflación -
Septiembre 2025***

Asociación Nacional de Empresarios de Colombia – ANDI
Dr. Anwar Rodríguez Chegade



Rezago de la UPC para el periodo 2021-2024 y ejercicio de ajuste ex-post por desviación de inflación

Septiembre 2025



**Rezago de la UPC para el periodo
2021-2024 a partir de los Estados
Financieros del SGSSS**



VICEPRESIDENCIA DE SALUD



- Si la siniestralidad individual de una EPS es superior al 100% no implica que exista insuficiencia de la UPC. Pueden existir problemas de administración o de concentración de riesgo. Sin embargo, una siniestralidad superior al 100% para la totalidad del sistema implica que, en el agregado, los costos de las atenciones en salud (sin incluir gasto administrativo) son superiores a los ingresos.
- ¿Qué refleja de manera más adecuada el costo de los siniestros en que incurren las EPS? El Ministerio descarta la mayor parte de la información de las bases de datos de suficiencia.
- ¿Incurren las EPS en los costos que son descartados de la base de datos de suficiencia? Si son costos de atenciones en salud deben considerarse para el cálculo de la UPC.
- La responsabilidad de los datos reportados a la bases suficiencia es de todos los actores del sistema. Tenemos que hacer validaciones con los prestadores y otros actores sobre los registros que no superan las mallas de validación.

¿Cuál es el ingreso faltante para que la UPC sea suficiente?

Research | [Open access](#) | Published: 04 October 2023

Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach

Oscar Espinosa , Jhonathan Rodríguez, B. Piedad Urdinola, Pedro Luis Do Nascimento Silva, Alejandra Sánchez, Martha-Liliana Arias, Emiliano A. Valdez, Terence Cheng & Sara-Ellison Fisher

Cost Effectiveness and Resource Allocation 21, Article number: 73 (2023) | [Cite this article](#)

5089 Accesses | 4 Citations | 615 Altmetric | [Metrics](#)

$$UPC_{RP,t,i} = \left(\frac{\text{Costos UPC de Afiliados } RC_{t,i} + \text{Costos UPC de Afiliados } RS_{t,i} - \text{Liberación de Reservas } UPC_{t,i}}{\text{Ingresos UPC de Afiliados } RC_{t,i} + \text{Ingresos UPC de Afiliados } RS_{t,i}} \right) \times 100\%$$

- En teoría, la siniestralidad de la UPC debería ser del 90% en el régimen contributivo y de 92% en el régimen subsidiado. Esto es consistente con un espacio de gasto administrativo de 10% en el RC y de 8% en el RS.
- Dado el gasto administrativo observado, y considerando la necesidad de hallar un punto medio, se propone un escenario de consenso con una siniestralidad objetivo del 95%.
- En consecuencia, y teniendo en cuenta que los siniestros ya se causaron, se calcula el ingreso que habría permitido alcanzar un nivel de siniestralidad equivalente al objetivo.

$$\text{Ingresos requeridos} = \left(\frac{\text{Costos } UPC_{t,i} - \text{Liberación de Reservas } UPC_{t,i}}{\text{Meta de siniestralidad}} \right)$$

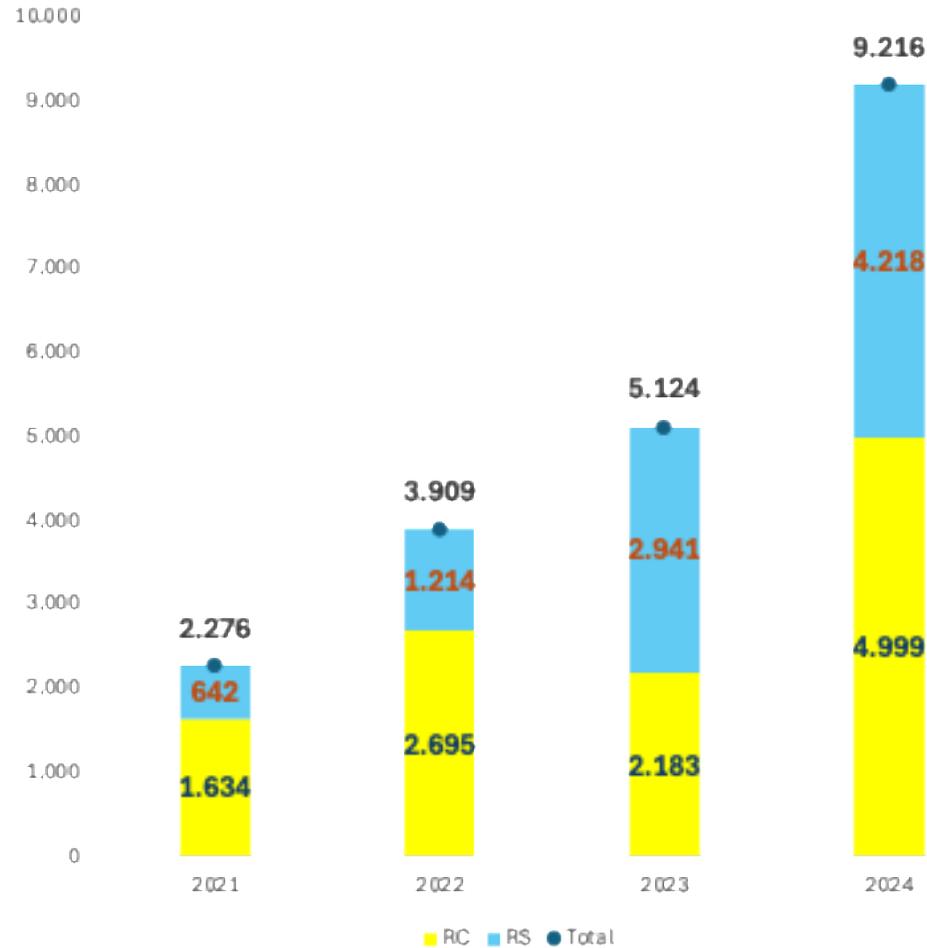
$$\text{Rezago} = \text{Ingresos requeridos} - \text{Ingresos } UPC_{t,i}$$

- En los casos de EPS que no reportan estados financieros se supone que su siniestralidad es equivalente a la siniestralidad del sistema. En la medida en que existan reportes, especialmente de Nueva EPS, se estimará nuevamente la siniestralidad del sistema.

Fuente: Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B.P. et al. Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost Eff Resour Alloc* 21, 73 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5> y Supersalud (2024)

Si la siniestralidad objetivo es del 95% el rezago 2021 – 2024 asciende a \$20,5 billones

Rezago UPC 2021 – 2024 con siniestralidad objetivo de 95%



- Para el régimen contributivo, y una siniestralidad objetivo del 95%, el rezago asciende a \$11,5 billones.
- Para el régimen subsidiado, y una siniestralidad objetivo del 95%, el rezago asciende a \$9,0 billones.

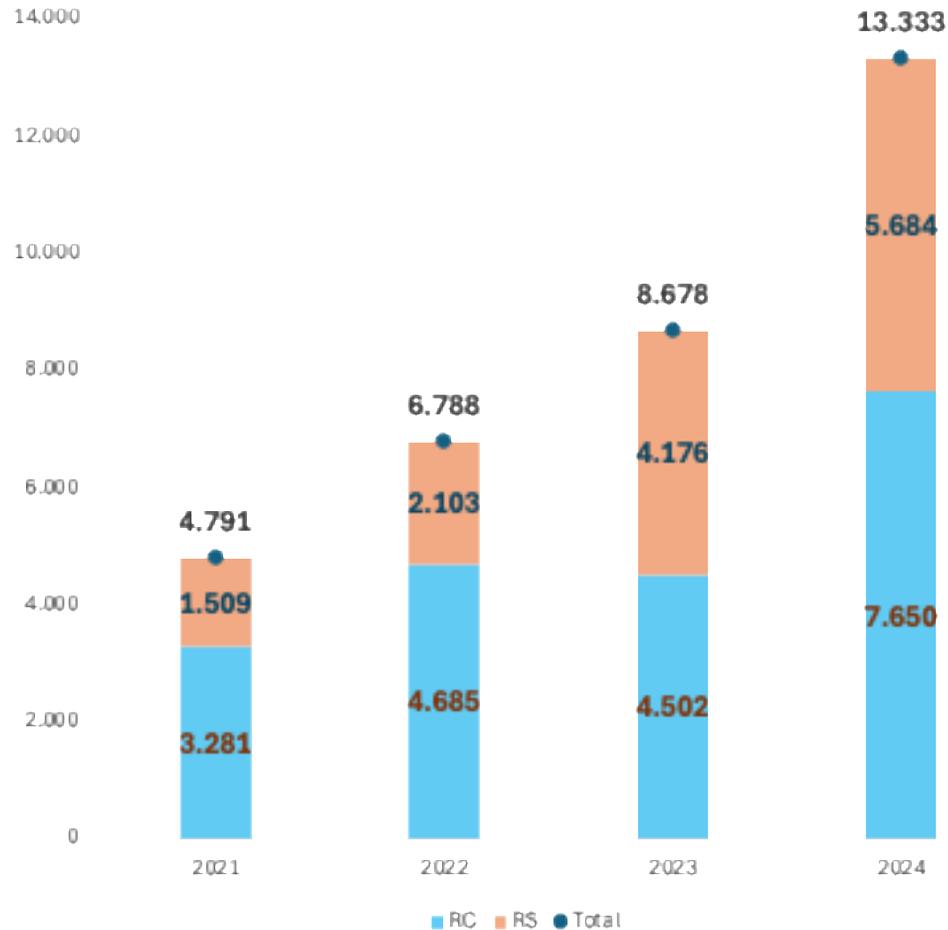
Puntos adicionales UPC por Vigencia – meta 95%

	2021	2022	2023	2024
Reg. Contributivo	6.08	8.30	5.85	11.97
Reg. Subsidiado	2.48	4.07	8.08	10.45
Total	4.31	6.27	6.95	11.22

Fuente: Cálculos propios con base en Estados Financieros, 2021 - 2024.

Si la siniestralidad objetivo es equivalente a la normativa (90% RC, 92% RS) el rezago 2021 – 2024 asciende a \$33,6 billones

Rezago UPC 2021 – 2024 con siniestralidad objetivo de 95%



- Para el régimen contributivo, y una siniestralidad equivalente a la norma, el rezago asciende a \$20,1 billones.
- Para el régimen subsidiado, y una siniestralidad equivalente a la norma, el rezago asciende a \$13,5 billones.

Puntos adicionales UPC por Vigencia – meta normativa

	2021	2022	2023	2024
Reg. Contributivo	12,21	14,44	12,06	18,31
Reg. Subsidiado	5,82	7,04	11,47	14,08
Total	9,07	10,89	11,77	16,23

Fuente: Cálculos propios con base en Estados Financieros, 2021 - 2024.

¿Qué dice la Corte Constitucional? – Auto 007 de 2025

1. La insuficiencia de la UPC no permite la adecuada constitución de los activos que respaldan la reserva técnica y de patrimonio.
 - *“En parecer de la Corte, para las EPS será imposible atender estos requisitos de patrimonio y reservas técnicas, si no cuentan con los recursos suficientes para ello y esto requiere corregir las distorsiones y el rezago en el valor de esta prima”. (prf. 141)*
2. Si las EPS registran mayor gasto que ingreso (por insuficiencia de la UPC) pueden incumplirse los requisitos de habilitación financiera.
 - *(...) “la Sala estima que, en efecto, si las EPS registran mayor gasto que ingresos, y deben optar entre prestar los servicios o guardar los dineros correspondientes a las reservas técnicas, al escoger la prestación para no perjudicar a los usuarios, necesariamente afectan estos dineros de las reservas y por consiguiente el cumplimiento de los requisitos de habilitación financiera”. (prf. 142).*
3. La insuficiencia de la UPC expone a las EPS a intervenciones por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y pone en riesgo la protección de los afiliados.
 - *“La situación financiera descrita expone a las EPS a medidas administrativas por parte de la Superintendencia de Salud y pone en riesgo la protección de los afiliados. Ante el escenario expuesto, deben elegir entre la prestación de los servicios afectando su patrimonio o las reservas técnicas, y en muchas ocasiones, afectando estas dos cuando ya han agotado los recursos de una cuenta”. (prf. 143)*

¡La insuficiencia de la UPC es el origen de la crisis!

Ajuste ex-post de la UPC: ¿reserva por insuficiencia de primas?



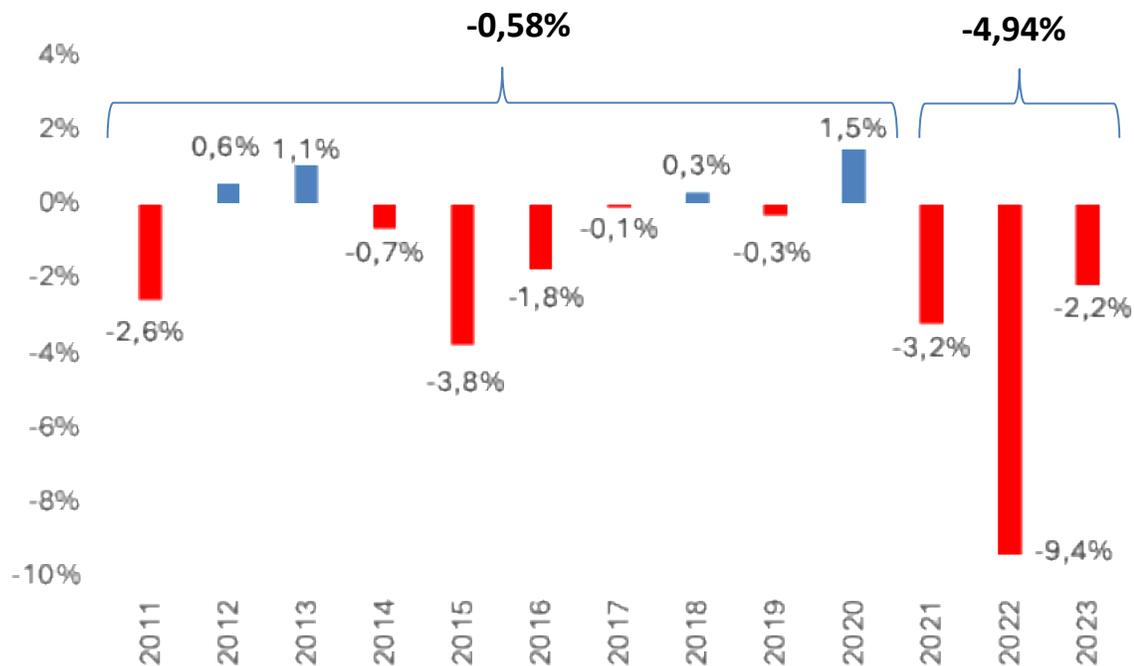
VICEPRESIDENCIA DE SALUD



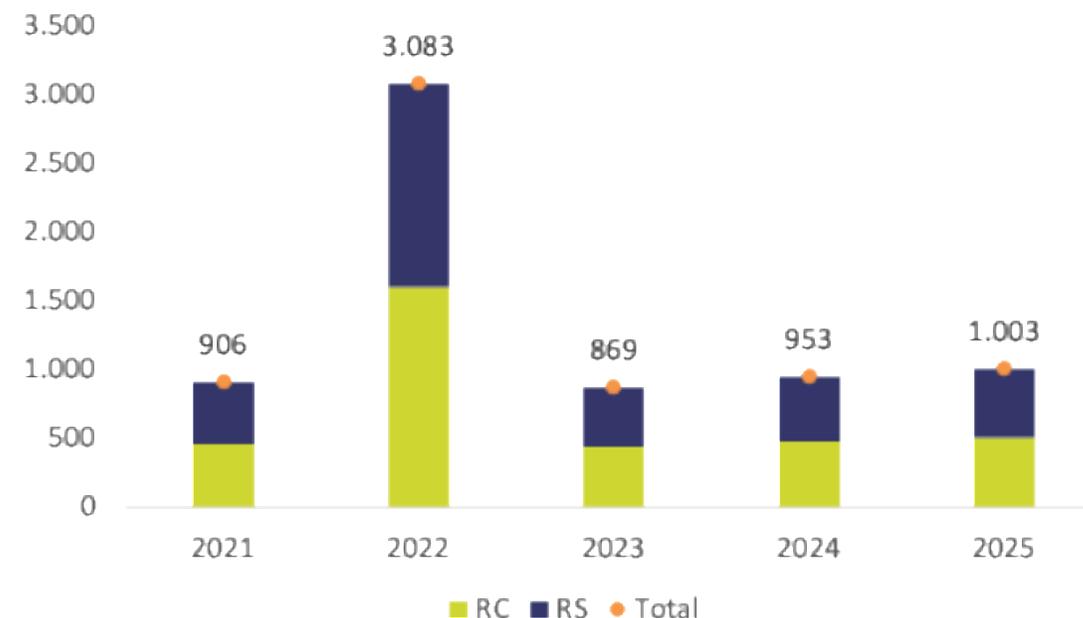
- El mecanismo de reserva por insuficiencia de primas parece ser un concepto válido en este contexto **“La reserva por insuficiencia de primas es un fondo técnico que las aseguradoras deben constituir para cubrir la diferencia cuando las primas cobradas por una póliza son insuficientes para cubrir los egresos y el riesgo”**
- Hacer seguimiento periódico a los componentes estructurales del cálculo de la UPC y ajustar cuando haya una diferencia superior a un punto de diferencia entre la inflación utilizada para la nota técnica y la inflación observada en el periodo.
- Errores en los parámetros de cálculo de la prima debe ser un criterio para ajuste ex-post.

Una medida que podemos tomar inmediatamente es el ajuste por inflación observada

Diferencia inflación nota técnica vs. observada



Ingresos adicionales UPC por ajuste de inflación (\$ mm)



- El mecanismo de ajuste ex-post permite corregir la diferencia entre la inflación utilizada al momento de estimar la prima y la observada
 - **Entre 2021 y 2023 la diferencia es de cerca de \$4,9 billones**
 - Para 2024 y 2025 se requieren \$2 billones adicionales.

Reflexiones finales sobre las Mesas de trabajo UPC



VICEPRESIDENCIA DE SALUD



Conclusiones generales de las mesas de trabajo de UPC

- **No hubo intercambio de información para replicar ejercicios de cálculo de la UPC ni para hacer los ejercicios que se solicitaron en el marco de las mesas de trabajo.**
- **No se utilizó la figura de perito experto independiente para realizar cálculos espejo de la UPC.**
- **Hay consenso entre los actores, diferentes al gobierno nacional, frente a la insuficiencia de los recursos de la UPC.**
- **Se presentaron cálculos de la siniestralidad utilizando información de fuentes alternativas como los estados financieros y los RIPS.**
- **Se presentaron diferentes propuestas para mejorar el cálculo de la UPC**
 - **Ajustes en el proceso de recolección de la información y la forma en que se aplican los filtros de calidad.**
 - **Ajustes en la metodología incorporando mecanismos de ajuste de riesgo ex-ante basados en condiciones de salud y otros ajustes ex-post basados en gestión.**
- **Se desconoce el contenido del Auto 007 de 2025 en el sentido de revisar el cálculo de la UPC para el año 2024 y el rezago del periodo 2021 a 2023.**
- **Es importante trabajar de manera simultánea en garantizar la suficiencia de los recursos de la UPC y, hacia adelante, mejoras en la eficiencia en la utilización de los recursos.**

¡Gracias!

Anwar Rodríguez Chegade
Vicepresidente de Salud
X: @ViceSaludANDI
arodriguezc@andi.com.co
Cel: 3174013679



**MÁS
PAÍS**



VICEPRESIDENCIA DE SALUD

2) Elementos para la discusión sobre la medición del Rezago 2021-2023 y Procedencia del reajuste de la UPC 2024

ADRES

Dr. Daniel Alfonso Garavito Jiménez



ADRES

Mesas UPC
AUTO 504 de 2025

Elementos para la discusión sobre la medición del Rezago 2021-2023 y Procedencia del reajuste de la UPC 2024



A large, faint watermark of a coat of arms is visible on the left side of the slide. It features a shield with various symbols, a banner above it with the text "Y ORDEN", and a crown on top.

Premisas

Sesgo de encuadre

Se refiere a la tendencia a **dejarse influenciar por la forma en que se presenta un problema o situación**, más que por los hechos o resultados.

Afecta la toma de decisiones, donde **las personas reaccionan de manera diferente a una elección** dependiendo de cómo se les presenta la información (es decir, el "encuadre").



- Suficiencia insuficiente
- Siniestralidad mayor al 100%
- Deuda acumulada >20 billones - Rezago UPC

- Fugas y desperdicios
- Mecanismos de contratación
- Estandarización de tarifas
- Fraude y abuso
- Planes voluntarios de salud (PVS)
- Macrotendencias en salud

¿Qué dice la Corte del rezago?

Cita textual	Página del documento	A qué hace referencia el rezago
"La existencia de un rezago en el valor de la prima, y, por tanto, consideraron que afectaba de manera contundente la prestación de los servicios y tecnologías PBS."	5	Los actores del sector de la salud consideran que existe un rezago en el valor de la UPC, lo cual afecta la prestación de servicios y tecnologías del Plan de Beneficios en Salud (PBS).
"A su vez, anotó que se presenta un desajuste marcado en los cálculos desde 2022 y estos valores sirvieron de base para los años subsiguientes, sin que se hayan hecho los reajustes correspondientes"	14	El rezago se evidencia en que los cálculos de la UPC desde 2022 están desajustados y no se han corregido, lo que afecta los cálculos de los años posteriores.
"Respecto del segundo tema, el rezago, la Corte debe aclarar que, este hace alusión al periodo de tiempo que transcurre mientras se surte un cambio en una variable y sus efectos sobre otras. En relación con la UPC, significa que el periodo de tiempo que transcurre mientras se efectúa su cálculo sin que se realicen ajustes impacta en este proceso."	39	Se define el rezago como el período de tiempo entre un cambio en una variable y su efecto en los cálculos de la UPC, lo que se agrava por la falta de ajustes oportunos.
"la Sala no puede afirmar que el valor actual no traiga consigo un rezago en su cálculo."	39	Se establece que, a la luz de factores como la inflación, las inclusiones y la destinación específica de la UPC, el valor actual de la UPC sufre un rezago en su cálculo.
"existe un rezago de 2 años en la información de los costos que sirven de base para el cálculo de la UPC"	40	El rezago se debe a que la información utilizada para el cálculo de la UPC está desactualizada, ya que se basa en datos de dos años atrás.
"el cálculo sin tener en cuenta el periodo inmediatamente anterior generan un rezago que tan solo podría reducirse haciendo las previsiones necesarias y, luego de establecida la UPC, reajustando su valor."	40	El rezago en el cálculo es causado por no considerar los datos del año inmediatamente anterior, y la única forma de reducirlo es mediante previsiones y reajustes posteriores.
"un factor determinante de la suficiencia de la UPC es la información con rezago"	40	Se confirma que la información con rezago es un factor clave que afecta la suficiencia de la UPC.
"la existencia de un rezago en la información que afecta el valor de la UPC y que no corresponde a las necesidades actuales."	42	El rezago en la información se traduce en un valor de UPC que no refleja las necesidades reales del sistema de salud.
"si la prima del 2023 se calculó con la información del 2021, aquella no consideró las migraciones que se presentaron en las inclusiones... En definitiva, sin este reajuste, no se alcanzará un valor suficiente de la UPC, pues seguirán efectuándose cálculos sobre un valor distorsionado..."	42	El rezago es tan significativo que los cálculos de 2023 no incluyeron las migraciones de tecnologías de 2022, lo que resulta en un valor subestimado y un déficit acumulado.

¿Qué dice la Corte del rezago?

Cita textual	Página del documento	A qué hace referencia el rezago
"la inclusión de tecnologías al PBS UPC que tuvo lugar en el 2022, representa un porcentaje significativo... un mal cálculo o la falta de su reajuste durante las vigencias presentes para cálculos futuros, afectan su suficiencia y pueden generar rezago."	42	Se subraya que la falta de reajuste en los cálculos para reflejar las inclusiones de tecnologías genera un rezago que afecta la suficiencia de la UPC.
"se le ordenará que efectúe los ajustes correspondientes a la UPC del 2024 partiendo de un análisis de suficiencia desde el 2021. Así mismo se solicitará al MSPS que tenga en cuenta en los reajustes que deba efectuar y el cálculo de la UPC de las siguientes vigencias, el rezago que puede existir"	42	Se ordena al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) realizar un reajuste de la UPC de 2024, considerando el rezago desde 2021, y que lo tenga en cuenta para futuros cálculos.
"el paso del tiempo y los datos no tenidos en cuenta generan distorsiones en la realidad de las necesidades del SGSSS, por ello, una vez recolectada la información de la que no se dispone en el momento del cálculo, su análisis permitiría evidenciar variaciones que no se tuvieron en cuenta y que podrían arrojar un valor de UPC diferente al fijado."	55	El rezago está intrínsecamente ligado a la distorsión de datos por el paso del tiempo, lo que subraya la necesidad de reajustes.
"Se destaca la necesidad de mejorar mecanismos de contratación, distribución del talento humano en salud y flexibilización de estándares de calidad."	76	La Procuraduría General de la Nación (PGN) menciona que el rezago está relacionado con la falta de mejora en los mecanismos de contratación y distribución de talento humano.
"el rezago importante en los datos, y problemas en la estimación de los costos y tecnologías incluidas."	79	Los grupos de apoyo y peritos coinciden en que el rezago en los datos, junto con la estimación de costos y la inclusión de tecnologías, son problemas que afectan la suficiencia de la UPC.
"El estudio de suficiencia de la UPC 2024 se basa en datos limitados."	84	Asocajas señala que el rezago en los datos es un factor que contribuye a que el estudio de suficiencia de la UPC de 2024 se base en información limitada.
"la falta de mecanismos de ajuste ex-post para corregir rezagos generados por trabajar con información desactualizada de dos años, contribuye a su insuficiencia."	86	El rezago es un resultado directo de no contar con mecanismos de ajuste ex-post para corregir la información desactualizada de dos años.
"El uso de proyecciones poblacionales desactualizadas para el cálculo de la UPC puede afectar la suficiencia, ya que los registros del Dane son un insumo importante en los análisis para la proyección de la UPC."	86	Se menciona que el uso de proyecciones demográficas desactualizadas es un tipo de rezago que afecta la suficiencia de la UPC.
"el pago incompleto de la prima por parte de la Adres, la incertidumbre generada por los anuncios oficiales y el incremento en 1,8 millones del número de pacientes de enfermedades de alto costo derivado...."	88	Se detalla que el rezago, además de la falta de pago y la incertidumbre, se relaciona con el aumento de pacientes con enfermedades de alto costo debido a la transición demográfica y epidemiológica.

¿Qué dice la Corte del rezago?

18 menciones
en el Auto 007 de 2025
sobre el rezago



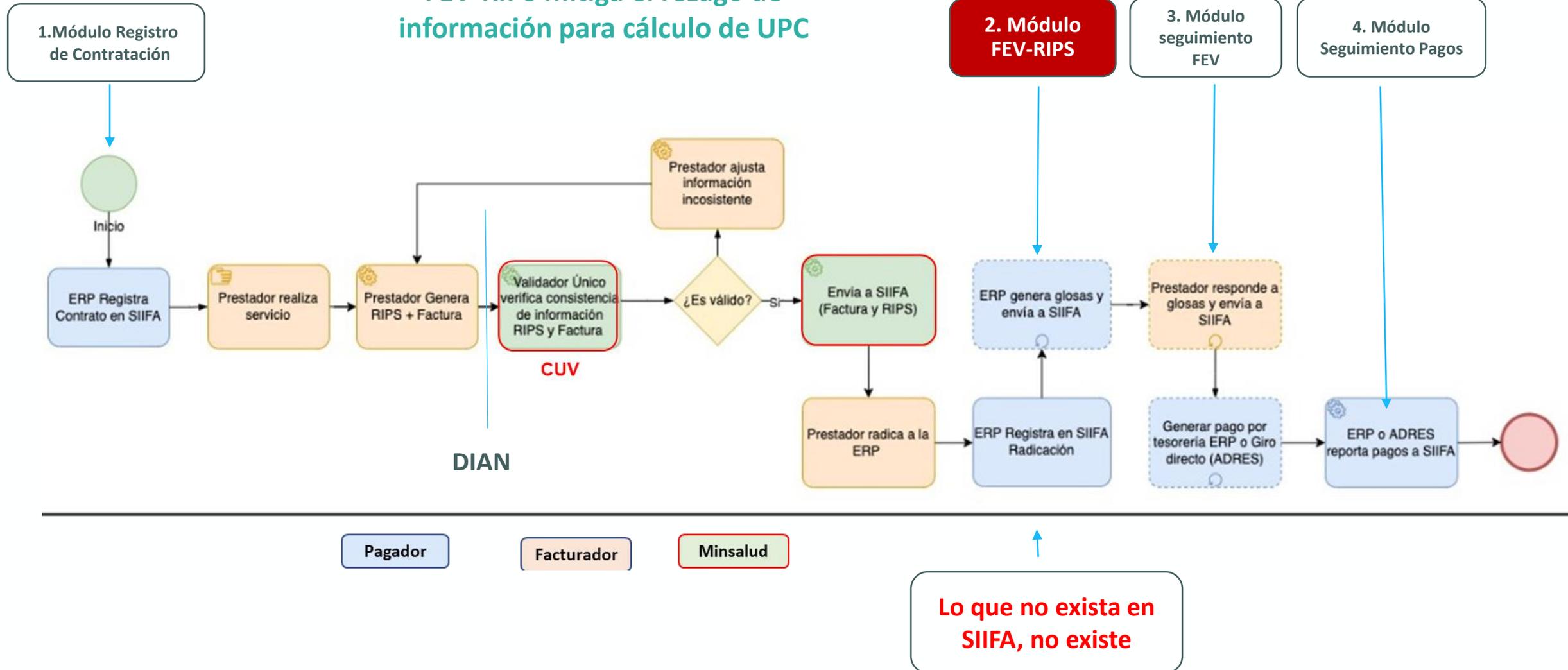
**10 menciones asociadas al
rezago de información**

El esquema oficial opera típicamente **con datos t-2** (p. ej., 2022 → UPC 2024), lo que es **explícito** en el estudio de suficiencia. Ministerio de Salud

- **Definición práctica de rezago:** diferencia temporal entre el **año-base** de datos que nutre la estimación y la **vigencia** a la que se aplica la UPC.
- **Por qué importa:** en contextos de **inflación, transición epidemiológica e inclusiones tecnológicas**, ese lag tiende a **subestimar** la prima si no se acompaña de mecanismos robustos (IBNR, backtesting, ajustes ex post). Ministerio de SaludAcemi
- **Solución:** manejo de **FEV-RIPS**

¿Por qué es importante la implementación del SIIFA?

FEV-RIPS mitiga el rezago de información para cálculo de UPC



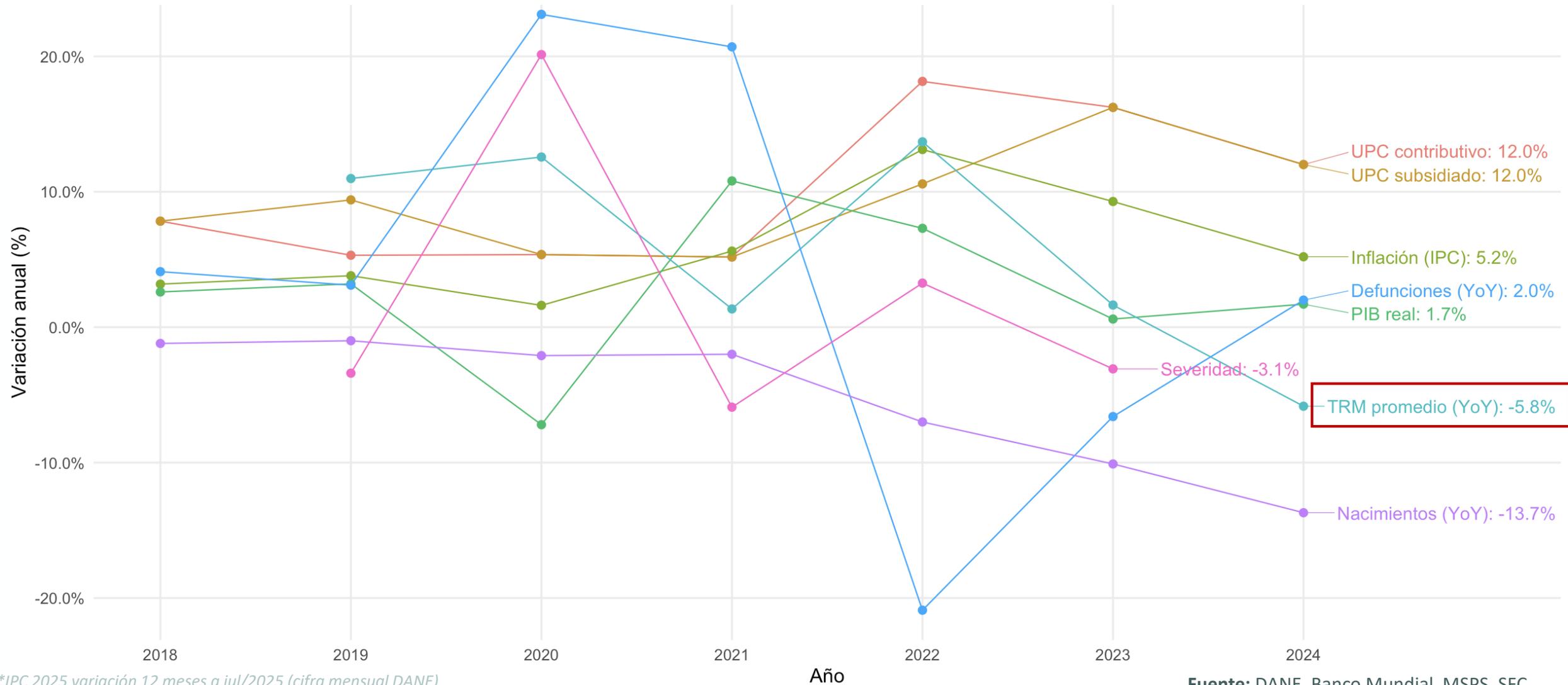
¿Para qué sirve SIIFA?

1. Es la fuente de información para cálculo de la UPC y Presupuesto Máximo
2. Permite la trazabilidad de TODOS los contratos del SGSSS
3. Identifica el gasto de bolsillo
4. Registra los tiempos de auditoría, el detalle de glosas y el resultado del trámite
5. Unifica la cartera hospitalaria y los tiempos de reconocimiento y pago
6. Comportamiento de la morbimortalidad, carga de enfermedad, metas de PyP
7. Transparencia de la oferta de los planes voluntarios de salud
8. Integra la información de todos los participantes del sector salud (SGSSS, Regímenes Especiales y de Excepción, ARL, SOAT, ADRES, INPEC, particulares)

Potencialidades de analítica

1. Cálculo de la UPC y Pmax
2. Gasto de Bolsillo
3. Tiempos de auditoria
4. Se unifica la cartera hospitalaria y los tiempos de reconocimiento y pago
 1. SIHO
5. Morbimortalidad, carga de enfermedad, metas de PyP, P4P
6. Transparencia de la oferta de los PVS
 1. Cálculo de la prima
 2. Oferta de valor
 3. Diferenciación de la RED (misma red, propia y salte la fila)

Variaciones principales indicadores - UPC, macro (IPC/PIB), TRM (YoY) y Severidad/Frecuencia (YoY)



*IPC 2025 variación 12 meses a jul/2025 (cifra mensual DANE)

**Las variaciones de Severidad y Frecuencia se calcularon sobre las EPS dentro del estudio.

Modelo teórico de validación contable de balance

Metodología

Objetivo del modelo: es un modelo teórico de validación contable de balance

$$Ingresos - Gastos = Utilidad$$

$$Ingresos - gastos en servicios médicos - Gastos administración^* = 0$$

Metodología	<ul style="list-style-type: none"> Modelo de regresión simple Método de estimación mínimos cuadrados ordinarios Validación de Supuestos: Cocientes (test t), Normalidad (test Shapiro-Wilk), Heterocedasticidad (test Breusch-Pagan) y Estacionalidad (test Durbin-Watson)
Alcance	<ul style="list-style-type: none"> El modelo teórico solo se enfocará en la validación de la ecuación contable, no busca explicar el ingreso frente a variables exógenas. El alcance del ejercicio es detectar si existe un rezago debido a un desbalance sistémico y sostenido de la ecuación contable. El objetivo es encontrar la consistencia entre el ingreso y el gasto según la naturaleza de los datos.
Fuente de información	<ul style="list-style-type: none"> Base de Prestación de Sservicios (Suficiencia) UPC reconocida (Fuente: Dirección de Liquidaciones y Garantías, ADRES)
Limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> Calidad del dato Incluir perfiles de riesgo, mecanismos de contratación, PVS, para mejorar ajuste del modelo
Consideraciones	<ul style="list-style-type: none"> Se ajustó UPC reconocida disminuyendo los gastos administración, el 10% régimen contributivo y 8% régimen subsidiado (Ley 1438 de 2011) Para el valor total no se tuvo en cuenta la forma de reconocimiento por autorización.
Conclusiones	<p>No se debe medir el rezago con los datos de la base de suficiencia Medir el rezago solo con los estados financieros no garantiza la veracidad del estudio</p>

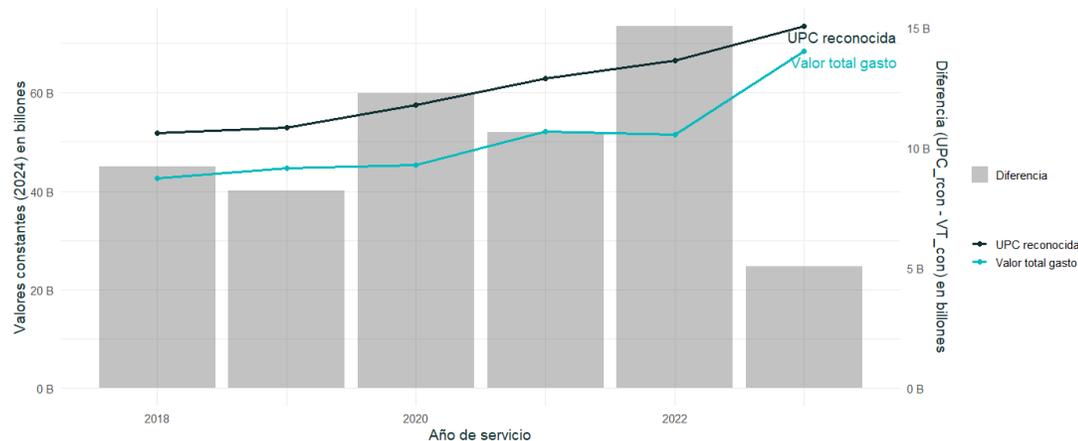
(*) Gastos administración: incluye gastos administración que incluyen utilidad

UPC reconocida y Valor total gasto en precios constantes

- **UPC reconocida:** es el valor anual que ADRES reconoce a las EPS por cada afiliado, calculado con base en la UPC definida en el sistema de salud. (Se ajustó UPC reconocida disminuyendo los gastos administración, el 10% régimen contributivo y 8% régimen subsidiado; Ley 1438 de 2011)
- **Valor total del gasto:** corresponde a la suma de todos los gastos reportados en la base de datos de prestación de servicios (suficiencia), que refleja el gasto observado en servicios y tecnologías en salud utilizados por la población afiliada. (Para el valor total no se tuvo en cuenta la forma de reconocimiento por autorización)

La **UPC reconocida supera para todos los periodos al Valor Total de la base de suficiencia**

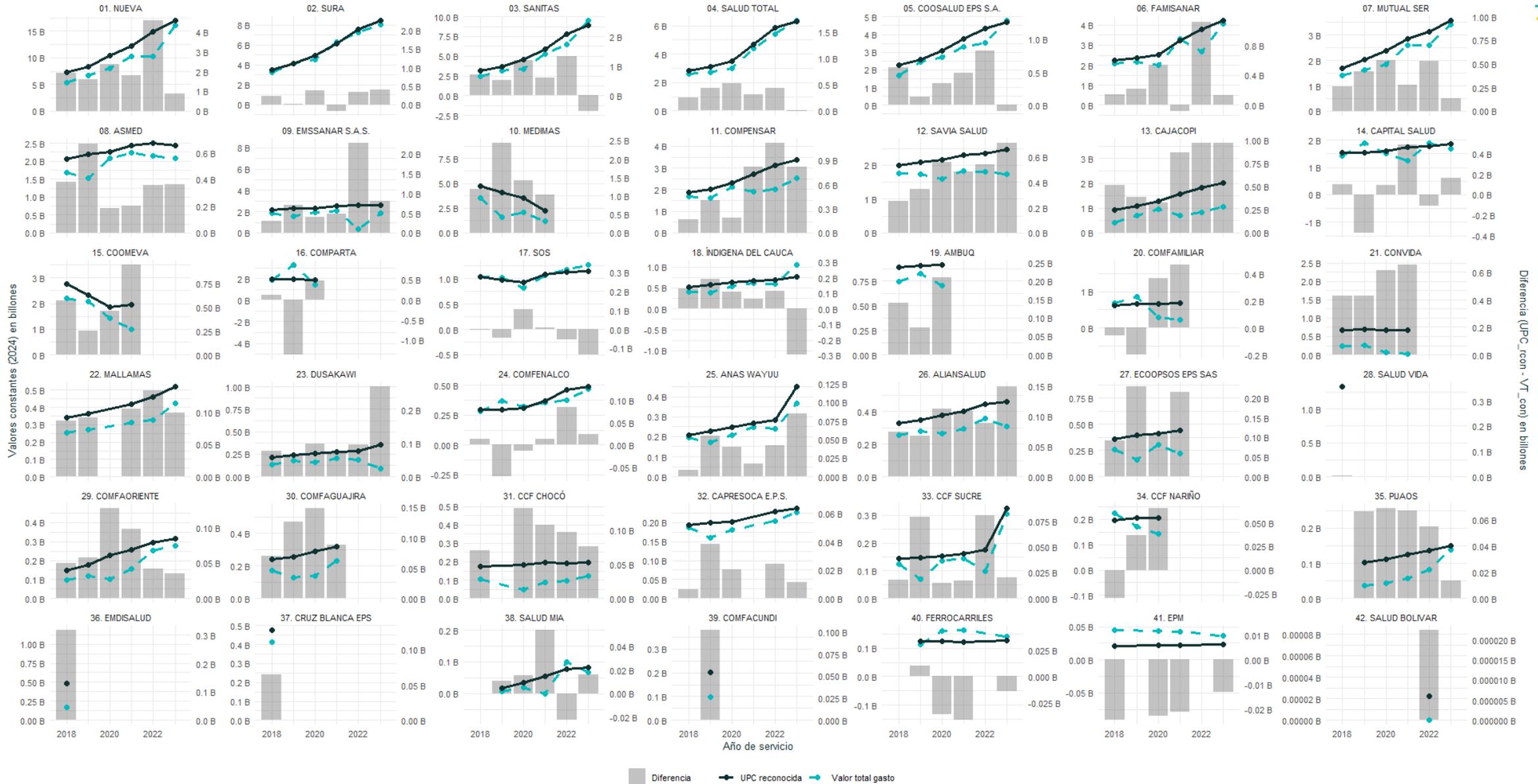
- **Tendencia creciente:** mientras la UPC reconocida se mantiene en ascenso constante desde 2018, el Valor Total crece más lentamente y con fluctuaciones, ampliando la brecha en los últimos años.
- **Brecha persistente:** en todos los años analizados, la línea de la UPC reconocida está por encima del Valor Total, lo que refleja una consistencia estructural en la diferencia.
- **Magnitud de la diferencia:** las barras muestran que la diferencia en valores constantes (2024) oscila entre 5 y 15 billones de pesos.



Año	Corrientes			Constantes		
	UPC reconocida	Valor total	Diferencia	UPC reconocida	Valor total	Diferencia
2018	35,9	29,5	6,4	51,8	42,6	9,2
2019	38,0	32,1	5,9	52,9	44,7	8,2
2020	42,4	33,3	9,0	57,6	45,3	12,3
2021	47,9	39,7	8,1	62,8	52,2	10,7
2022	55,8	43,2	12,6	66,5	51,4	15,1
2023	69,0	64,2	4,8	73,5	68,4	5,1

La base de datos presenta anomalías, lo que **dificulta la medición de un posible rezago**

UPC reconocida vs Valor total del gasto precios constantes



Diferencia (UPC_recon - VT_con) en billones

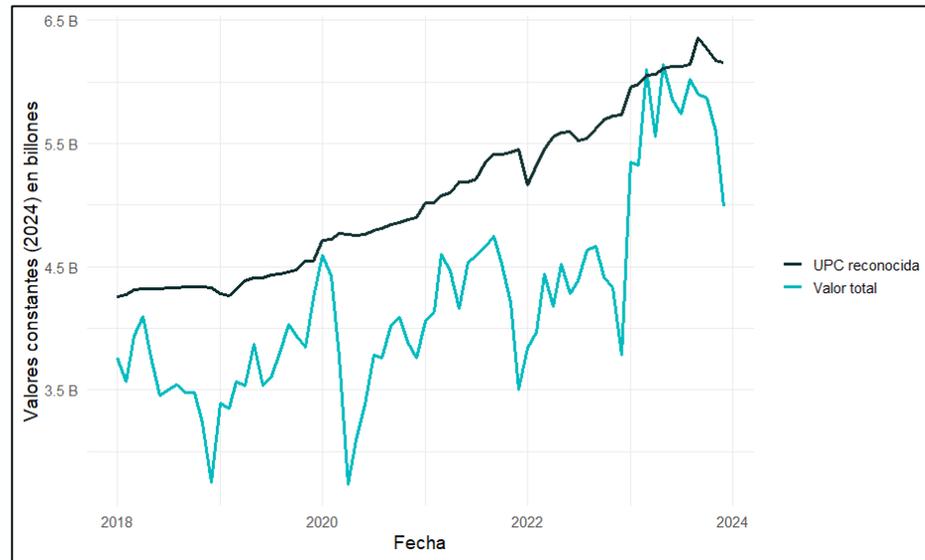
Equilibrio entre ingresos y gastos en el sistema de salud

Para verificar el equilibrio entre los ingresos y los gastos del sistema, se utilizará la siguiente ecuación:

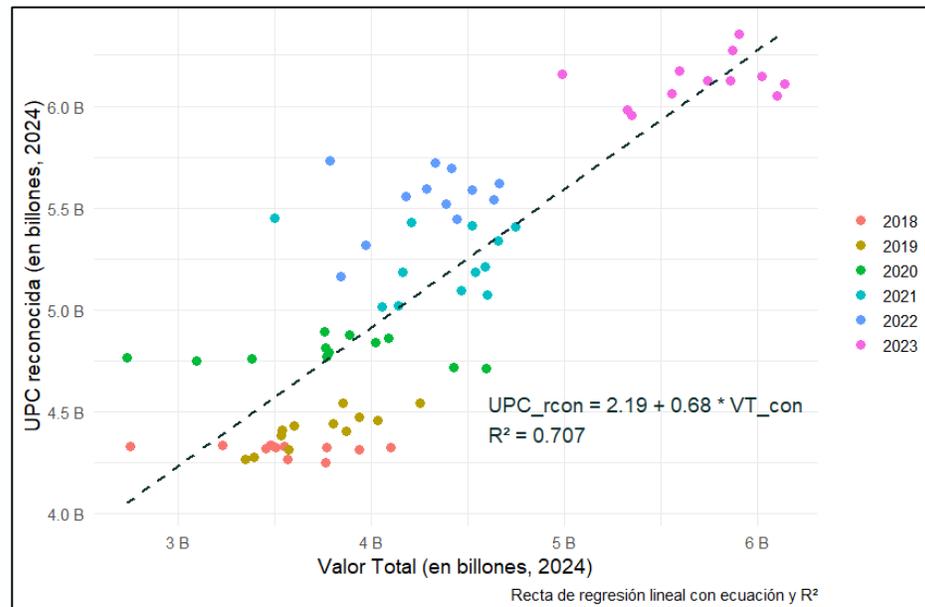
$$\text{Ingreso} = \beta_0 + \beta_1 \text{Gasto} + \varepsilon$$

- β_0 Representa el **nivel esperado de ingreso cuando el gasto es cero.**
- β_1 Indica el **cambio esperado en el ingreso por cada unidad adicional de gasto.**
- ε Captura los factores del ingreso no explicados por el gasto
- R^2 coeficiente de determinación mide la consistencia entre el ingreso y el gasto.

Equilibrio de Ingreso vs Gastos



La **UPC reconocida** ha mantenido una **trayectoria estable y creciente**, mientras que el **Valor Total** presenta **mayor volatilidad con picos y caídas abruptas**.



Para cada mes se tienen los siguientes resultados:

- Intercepción (2,19 B): la UPC reconocida mantiene un **componente base independiente** del gasto observado, incluso si el Valor Total fuera mínimo.
- Pendiente (0,68): El 68% de la UPC reconocida esta siendo explicado por el Valor Total del gasto
- R^2 (0,707): el 70,7% de la UPC reconocida se explica por el Valor Total del gasto, lo que refleja una relación **consistente** entre el ingreso y el gasto

Validaciones del modelo de regresión

Test de coeficientes

t test of coefficients:

	Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t)
(Intercept)	2.19e+12	2.04e+11	10.735	< 2.2e-16 ***
VT_con	6.80e-01	4.36e-02	15.565	< 2.2e-16 ***

Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1

Normalidad de residuos (Shapiro-Wilk)

Shapiro-Wilk (normalidad residuos):

Shapiro-Wilk normality test

data: residuals(mod)
W = 0.98011, p-value = 0.3118

Hipótesis nula (H_0): los residuos siguen una distribución normal.

Heterocedasticidad

Breusch-Pagan (clásico):

studentized Breusch-Pagan test

data: mod
BP = 5.1506, df = 1, p-value = 0.02324

rechaza H_0 → los residuos presentan heterocedasticidad significativa.

Durbin-Watson test

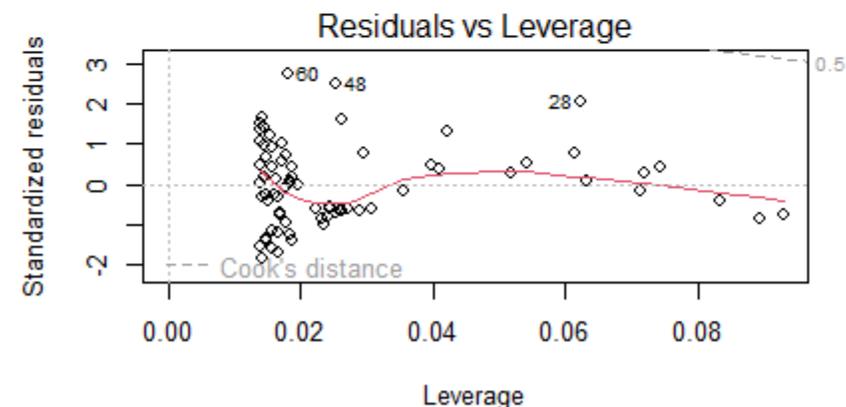
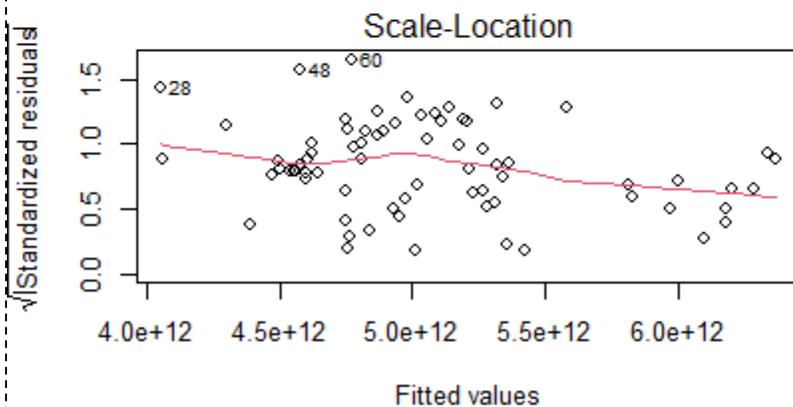
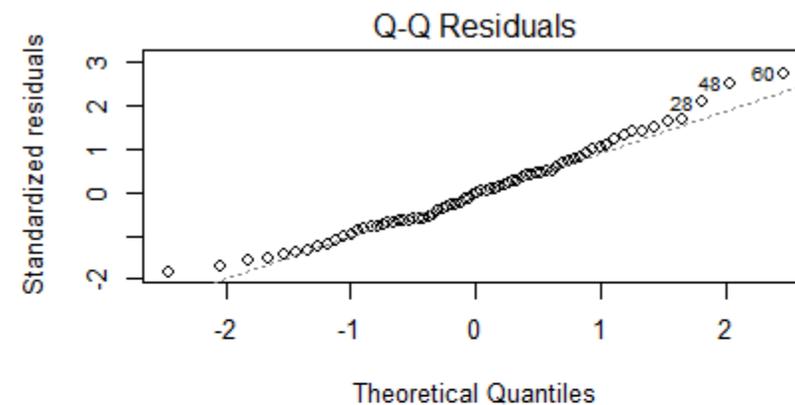
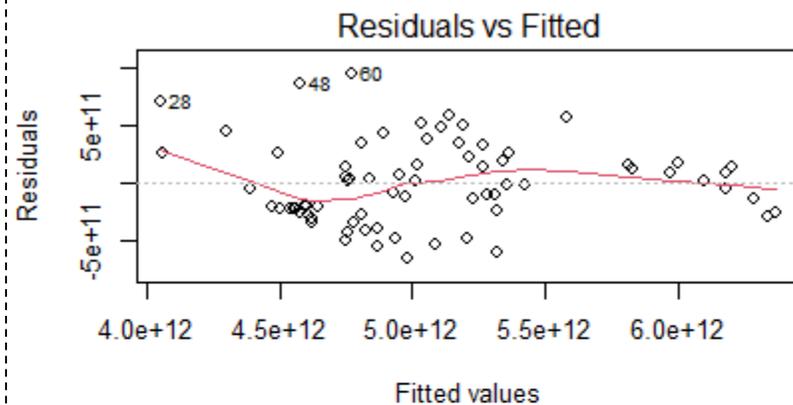
Durbin-Watson:

Durbin-Watson test

data: mod
DW = 1.893, p-value = 0.1254
alternative hypothesis: true autocorrelation is greater than 0

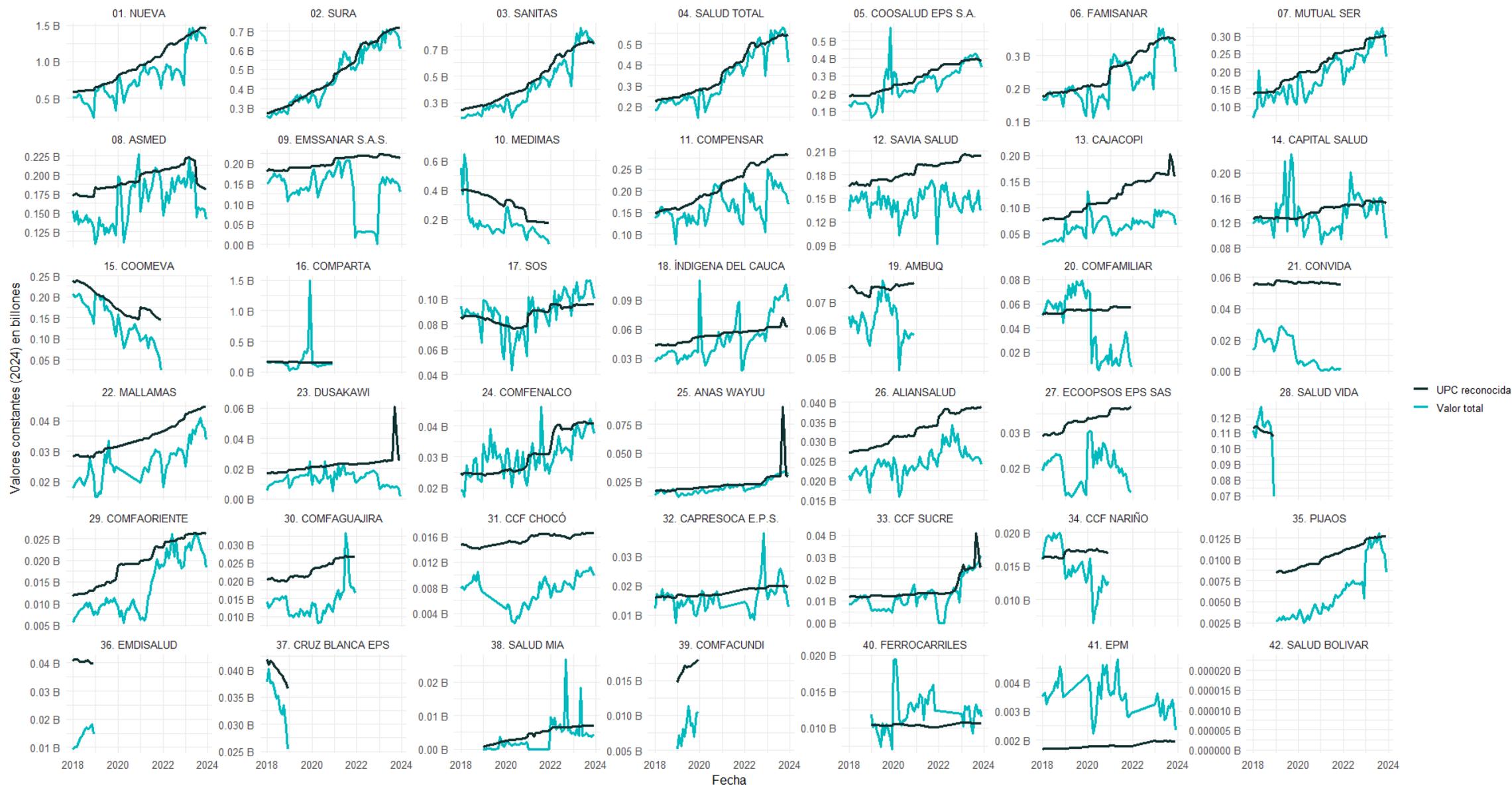
Hipótesis nula (H_0): no hay autocorrelación en los residuos.

Residuales



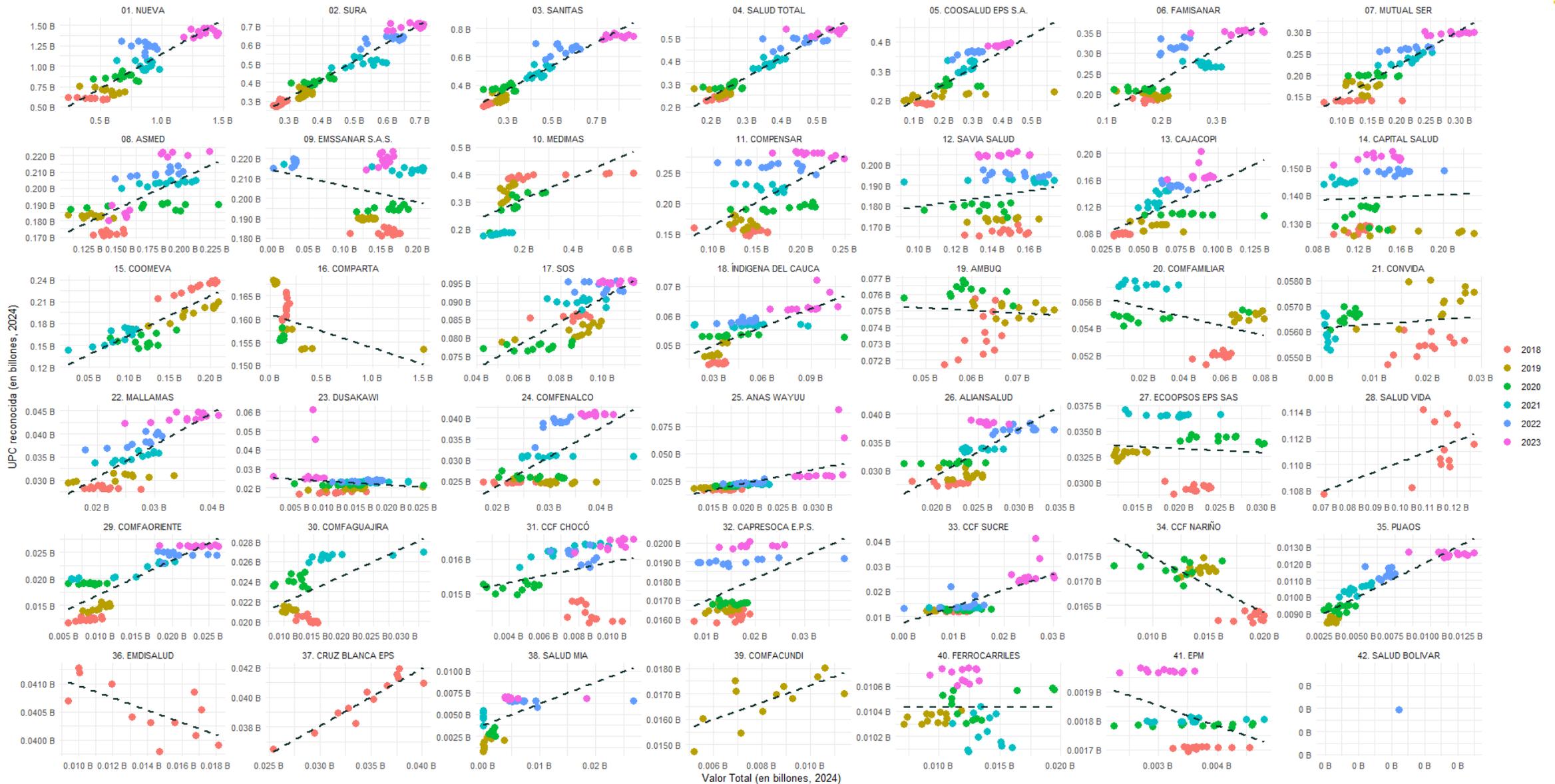
Atípicos que apalancan la regresión

UPS reconocida vs Valor total de gastos mensuales



Tendencia entre UPS reconocida vs Valor total de gastos

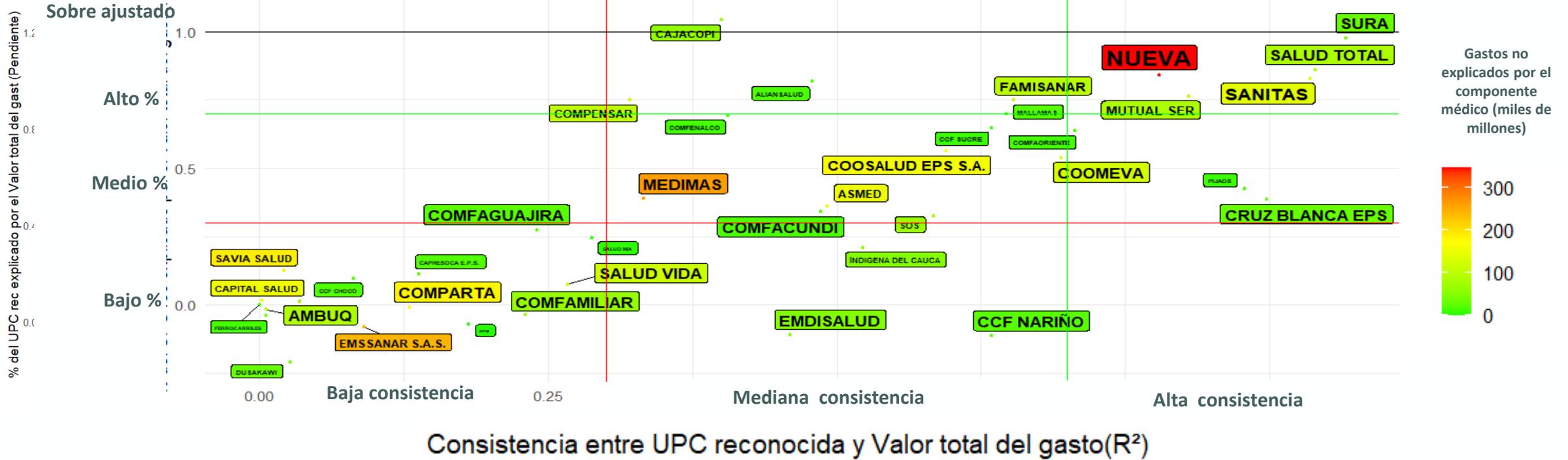
Relación entre Valor Total y UPC reconocida



Fuente: (1) UPC reconocida: Dirección de liquidaciones y garantías ADRES, (2) Valor total: MSPS Bases de Prestación de Servicios 2022-2023

Cálculos: ADRES Innovación y Analítica

Estado de las EPS frente la UPC reconocida vs Valor total del gasto tasas mensuales



Se evidencia una heterogeneidad entre las EPS en la consistencia y eficiencia del uso de la UPC reconocida frente al gasto reportado.

- Dispersión en la relación (R^2 y pendiente): algunas EPS muestran alta consistencia (ej. Sura, Sanitas, Salud Total), mientras otras evidencian baja correlación y explicatividad (ej. Dusakawi, Emssanar, Capital Salud).
- Interceptos diferenciados: la escala de colores evidencia que hay EPS con mayores valores iniciales de gasto no explicado por la UPC (ej. Nueva, Medimás).
- Patrones contrastantes: mientras un grupo de EPS se ubica en el cuadrante superior derecho (alta consistencia y proporción explicada), otro grupo se concentra en la parte baja del gráfico con baja pendiente y R^2 .

Conclusiones mesas anteriores

1. Calidad del dato
2. Frecuencias
3. Ajustadores de riesgo
4. Suficiencia a la eficiencia
5. Contrastes
6. Siniestralidad

1. Calidad del dato

- i. Cuando los datos fallan, las decisiones también
- ii. La base de suficiencia tiene problemas para cumplir con el DAMA
- iii. La base de suficiencia tiene sesgos
- iv. No hay aumento de cobertura

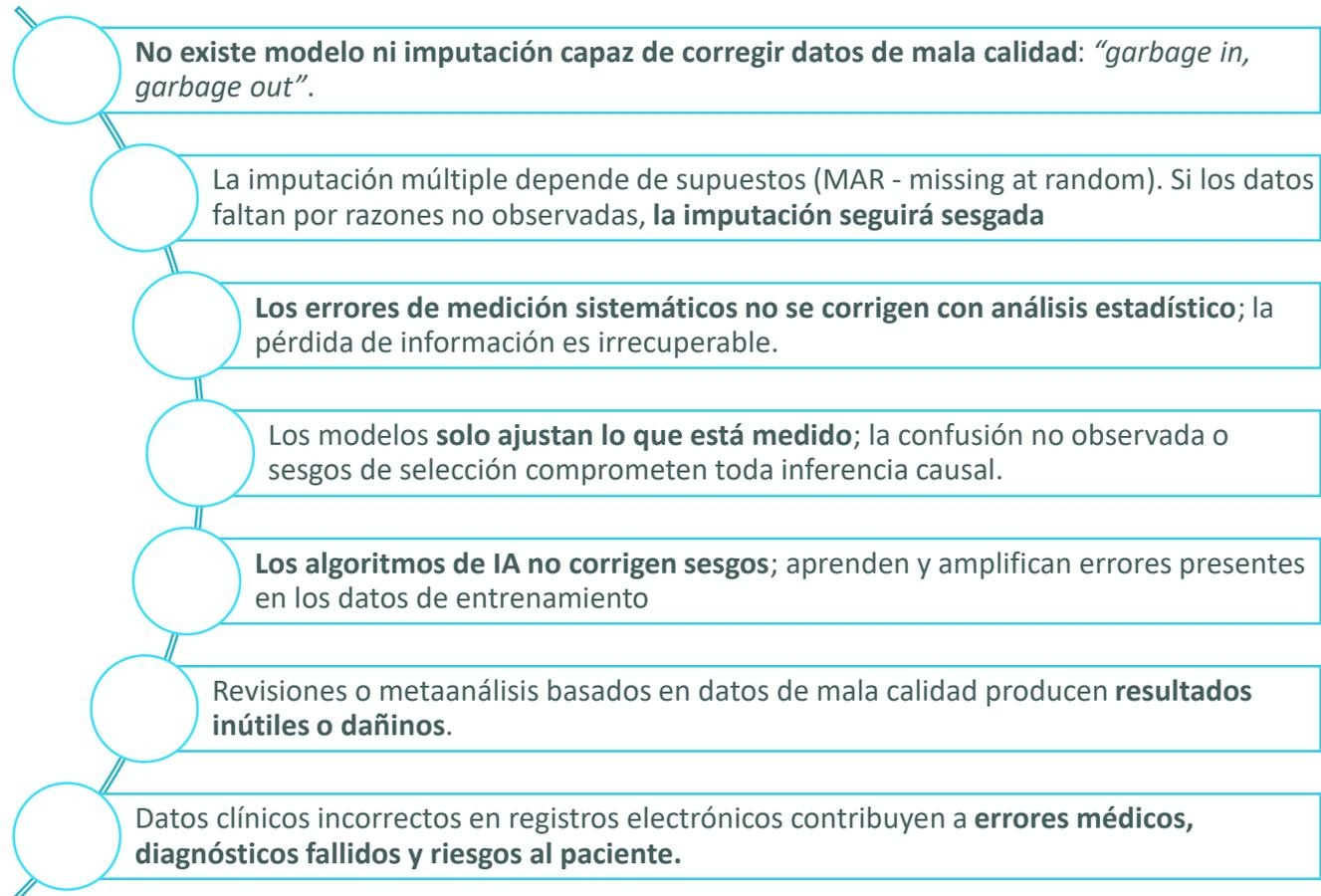
Calidad del dato

1 Cuando los datos fallan, las decisiones también

Cuando los datos fallan, las decisiones también



Tema	Idea principal	Referencia
Principio general	No existe modelo ni imputación capaz de corregir datos de mala calidad: "garbage in, garbage out".	Lakshmanan R, et al. <i>The impact of poor data quality on public health surveillance.</i> Lancet Infect Dis. 2020;20(8):e244–e250. doi:10.1016/S1473-3099(20)30280-6.
Imputación y datos faltantes	La imputación múltiple depende de supuestos (MAR - missing at random). Si los datos faltan por razones no observadas, la imputación seguirá sesgada.	Sterne JAC, et al. <i>Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls.</i> BMJ. 2009;338:b2393. doi:10.1136/bmj.b2393.
Errores de medición	Los errores de medición sistemáticos no se corrigen con análisis estadístico; la pérdida de información es irre recuperable.	Carroll RJ, Ruppert D, Stefanski LA, Crainiceanu CM. <i>Measurement Error in Nonlinear Models: A Modern Perspective.</i> Chapman & Hall/CRC, 2006.
Sesgos y confusión no medida	Los modelos solo ajustan lo que está medido; la confusión no observada o sesgos de selección comprometen toda inferencia causal.	Hernán MA, Robins JM. <i>Causal Inference: What If.</i> Chapman & Hall/CRC, 2020.
IA y machine learning	Los algoritmos de IA no corrigen sesgos; aprenden y amplifican errores presentes en los datos de entrenamiento.	Rajkomar A, Dean J, Kohane I. <i>Machine Learning in Medicine.</i> N Engl J Med. 2019;380:1347–1358. doi:10.1056/NEJra1914259.
Validez de la evidencia	Revisiones o metaanálisis basados en datos de mala calidad producen resultados inútiles o dañinos.	Ioannidis JPA. <i>Why Most Published Research Findings Are False.</i> PLoS Med. 2005;2(8):e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124.
Impacto clínico	Datos clínicos incorrectos en registros electrónicos contribuyen a errores médicos, diagnósticos fallidos y riesgos al paciente.	Weiskopf NG, Weng C. <i>Methods and dimensions of electronic health record data quality assessment: enabling reuse for clinical research.</i> J Am Med Inform Assoc. 2013;20(1):144–151. doi:10.1136/amiajnl-2011-000681.
Políticas de salud	Políticas basadas en datos deficientes generan programas ineficaces y recursos mal asignados.	Abouzahr C, Boerma T. <i>Health information systems: the foundations of public health.</i> Bull World Health Organ. 2005;83(8):578–583.



Calidad del dato

2

La base de suficiencia tiene problemas para cumplir los componentes del DAMA

El Framework DAMA DMBOK para Calidad de datos

Dimensión de Calidad (DAMA)	Definición Técnica	Manifestación en el Sistema de Salud Colombiano	Impacto Primario
Exactitud	Grado en que los datos representan correctamente el evento o objeto del mundo real que describen.	Facturación de servicios duplicados, con costos elevados, <i>upcoding</i> de procedimientos, facturación de servicios no prestados.	Sobrestimación del costo médico (severidad), pagos indebidos, desconfianza en los reportes de gasto.
Complejidad	Grado en que los datos esperados no tienen valores nulos o faltantes.	Sub-reportes de RIPS VS Suficiencia alejado de las tendencias epidemiológicas	Subestimación de la frecuencia real de uso de servicios, cálculo incorrecto de la UPC, historia clínica incompleta.
Consistencia	Ausencia de contradicciones entre datos que representan la misma realidad en diferentes fuentes.	Discrepancia de \$2.71 billones entre giros reportados por ADRES y estados financieros de las EPS.	Imposibilidad de conciliar el flujo de recursos del sistema, falta de una única fuente de verdad, erosión de la confianza.
Validez	Conformidad de los datos con los estándares, formatos y reglas de negocio definidos.	Necesidad de aplicar "calidades" o mallas de validación y retroalimentar gran volumen de registros por parte del Ministerio para corregir datos que no cumplen la estructura requerida.	Carga operativa para la depuración de datos, riesgo de introducir sesgos al eliminar datos "no válidos" pero reales.
Oportunidad	Disponibilidad de los datos en el tiempo requerido para soportar una función de negocio.	Rezago de dos años entre la base de datos y el año del cálculo de la UPC	Retrasos en el cálculo de la UPC, toma de decisiones basada en información desactualizada, ineficiencia en los procesos de regulación.
Unicidad	Cada evento u objeto del mundo real está representado una sola vez en el conjunto de datos.	Necesidad de "Calidades" mallas de validación para detectar servicios duplicados (ej. dos apendicectomías para el mismo paciente).	Pagos duplicados por el mismo servicio, sobrestimación de la frecuencia.



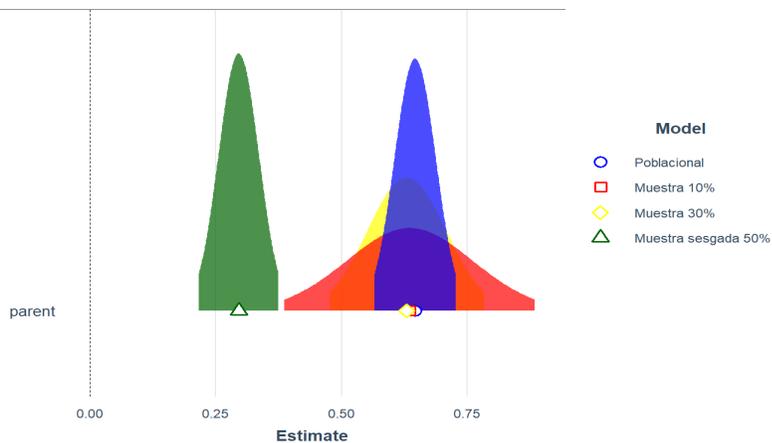
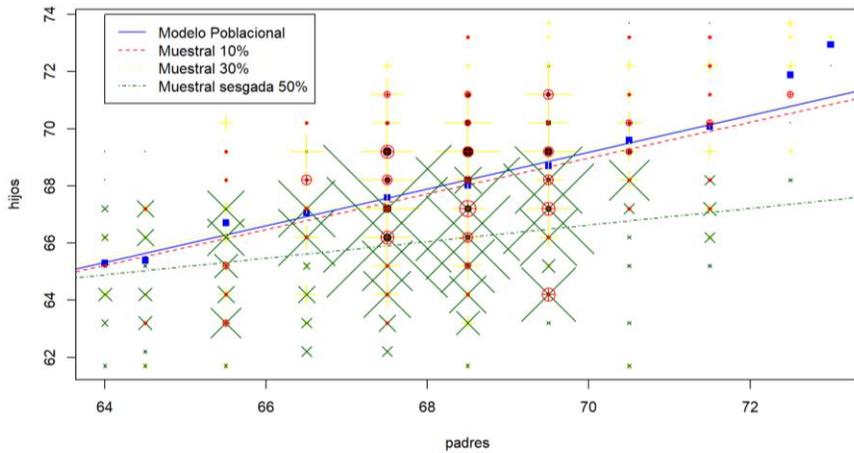
DAMA-DMBOK: Data Management Body of Knowledge" es: Rethwisch, D. G. (2017). Dama-dmbok: Data management body of knowledge (Second Edition).



FEV – RIPS para mitigar el problema

Calidad del dato

3 La base de suficiencia tiene sesgos

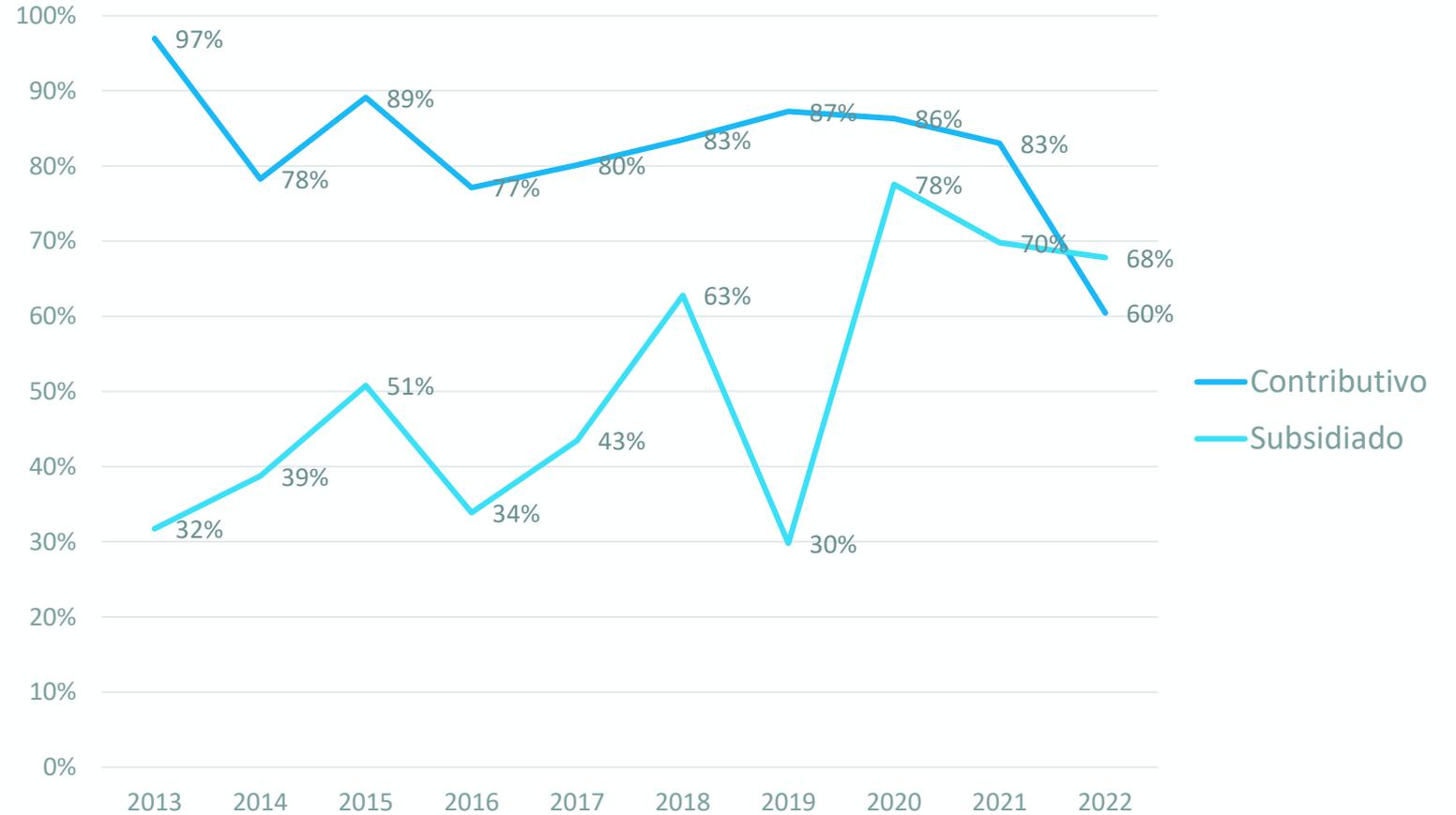


- Sesgo de selección
- Sesgo de cobertura (cobertura del 90%)
- Sesgo de eliminación (eliminación total de una EPS en lugar de registros no válidos)
- Sesgo de capacidad - EPS grandes
- Sesgo de sobre representación del Régimen Contributivo
- Sesgo de perfiles epidemiológicos
- Sesgo de no contrastación

Calidad del dato

4 En los años de análisis no ha venido aumentando la cobertura

Porcentaje de la población que hizo parte de los estudios de suficiencia



Mallas de calidad

Los procesos de validación y las "mallas de calidad" son una **intervención técnica necesaria** para intentar corregir las profundas inconsistencias de una información

Dimensión del DAMA - Oportunidad en los datos:

Para lograr esta dimensión, existe una necesidad de aplicar "calidades" o mallas de validación y retroalimentar gran volumen de registros por parte del Ministerio **para corregir datos que no cumplen la estructura requerida.**

Las mallas han permitido detectar servicios duplicados (ej. dos apendicectomías para el mismo paciente).

2. Frecuencias

- i. Factores que influyen en utilización de servicios
- ii. Frecuencias vs severidades
- iii. Variaciones inusuales

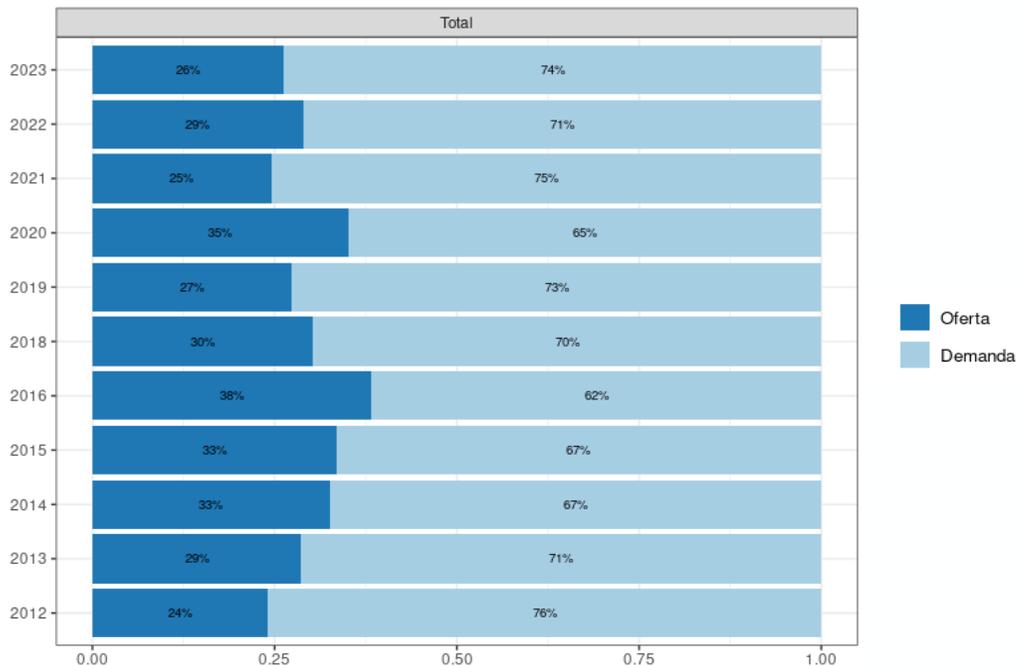
Frecuencias

Las frecuencias de uso no se analizan como un número plano sino en contexto en medio de la complejidad del sistema

Factores que influyen en la utilización de los servicios de salud:

- Envejecimiento de la población
- Nivel de ingresos y educación
- Proximidad a centros de salud
- Preferencia por la medicina tradicional
- Calidad y eficiencia de los servicios
- Mal Uso de los Seguros (Inducción a la Demanda por Sobreconsumo de Planes Voluntarios de Salud)
- Desperdicio en salud
- Pandemias (e.g., COVID-19)
- Factores económicos
- Factores geográficos
- Factores organizacionales
- Factores personales

Razones de inasistencia al sistema de salud



- Subestimación de frecuencias
- Aumento en costos por sobre uso tardío
- Reducción de inequidades

Razones por la que no se recibió atención médica:

i) **Demanda:** falta de tiempo, falta de dinero, caso médico leve, no confía en los médicos, problema no resuelto previamente.

ii) **Oferta:** centro de atención lejano, mal servicio o cita distanciada en el tiempo, no lo atendieron, muchos trámites para la cita, no cubierto o autorizado por el seguro, espera prolongada

PAC vs Sin PVS

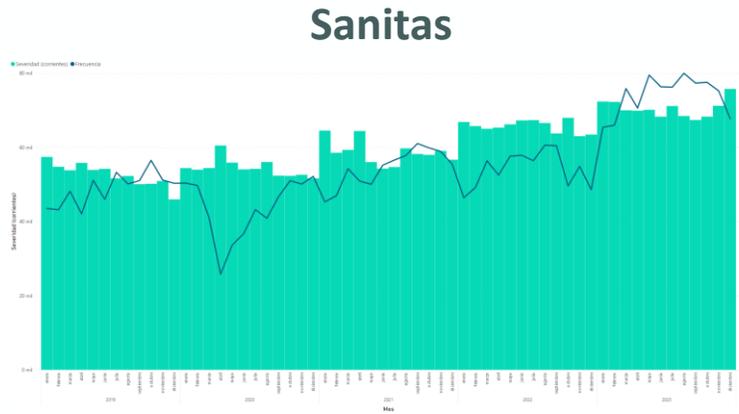
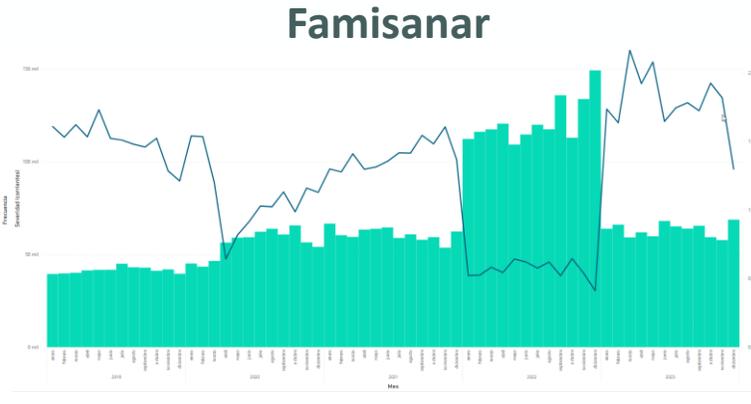
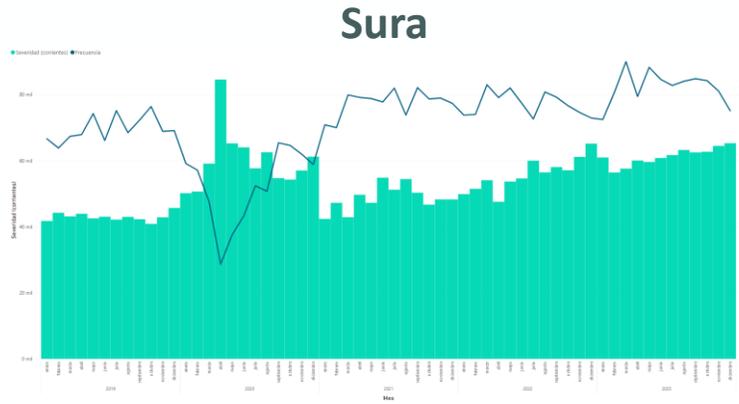
Frecuencia de uso de servicios para afiliados sin PVS se mantuvo **estable** entre 2019 y 2022 en torno a **1,5 atenciones mensuales por paciente**, con una **ligera disminución en 2022 frente a 2021**. Los afiliados a PAC registraron de manera consistente valores superiores, mostrando una brecha clara frente a quienes no cuentan con planes voluntarios.



Septiembre 2022, los pacientes con **PAC alcanzaron 2,7 atenciones frente a 1,46 de los pacientes sin PVS (frecuencia 89% mayor)**.

A partir de 2023, la tendencia para PAC se incrementó, superando en algunos meses las 3 atenciones por paciente; mientras que los afiliados sin PVS permanecieron relativamente estables sin superar las 2 atenciones mensuales.

Frecuencias vs severidades



Frecuencia Severidad

Variaciones inusuales

ACUPS	2019	2020	2021	2022	2023
Act p y p	10,2	- 36,3	50,9	- 18,2	10,9
Atención Domicil.	22,2	98,1	- 12,0	- 31,2	104,7
Cirugía Cardiov.	6,9	- 16,3	20,8	19,7	21,1
Cirugía General	12,1	- 25,9	20,9	11,9	30,5
Consulta Espec.	13,3	- 9,7	15,1	4,7	15,2
Consulta General	5,6	- 6,0	23,6	- 20,4	9,6
Diálisis	11,9	4,1	- 11,2	- 3,7	61,2
Hematología	- 12,5	21,1	- 29,0	18,8	173,0
Hospitalización	- 7,3	- 19,0	7,3	19,2	60,1
Laboratorio	24,2	- 18,0	16,4	- 5,9	32,7
Neurocirugía	11,7	- 18,3	24,7	10,1	120,6
Odontología	3,9	- 47,6	40,4	- 2,3	26,6
Otros Medios	12,0	- 30,8	26,4	- 9,2	51,3
Otros Proc.	- 20,3	- 25,9	50,4	22,6	91,6
Parto Normal	0,1	- 4,0	- 14,1	2,5	- 2,7
Parto por Cesárea	9,1	- 3,3	- 8,6	6,1	18,9
Quimio-Radioter.	14,4	- 2,5	- 51,1	57,1	68,3
Radiología	5,9	- 28,7	31,7	- 18,9	47,8
Reemplazos Art.	- 30,8	- 28,2	- 14,0	38,8	11,7
Rehabilitación	14,9	- 33,7	13,3	2,3	77,8
Traslado Pac.	12,1	26,2	6,7	- 21,9	406,0
Trasplantes	16,7	- 14,8	36,8	- 12,8	26,1
Trat. Odontológicos	6,3	- 56,6	81,2	- 12,5	18,8
UCI	0,2	- 9,8	- 1,9	9,4	52,5
UCI Neonatal	- 6,4	- 21,3	21,3	34,1	71,5
Urgencias	- 3,0	- 30,8	- 2,0	- 11,8	38,7

Los ACUPS con mayor crecimiento fueron:

1. Traslado de pacientes aumento de 4 veces frente al 2022
2. Hematología con 1,7 veces

63,2% promedio del crecimiento porcentual de los ACUPS

frente a los demás años.

Misma actividad autorizada en 2023 y prestados en 2023 al mismo paciente

13.626.328

Actividades autorizadas por un valor de **\$2,58 billones**

año 2023



- **12% de autorizaciones** presentan valor duplicado
- **\$313 mil millones** doble facturación

NOMBRE EPS	CODIGO EPS	Total autorizado	Valor total autorizaciones con una atención asociada	Porcentaje de autorizaciones con atenciones registradas
EPS002	SALUD TOTAL EPSSA	\$ 21.222.156.122,00	\$ 660.152.532,00	3%
EPS005	EPSSANITASSA S	\$ 73.824.771.341,00	\$ 1.636.166.740,00	2%
EPS008	COMPENSAR EPS	\$ 862.303.899.068,00	\$ 113.248.753.619,00	13%
EPS010	EPSSURAMERICANA S.A	\$ 188.707.001.153,00	\$ 21.392.208.412,00	11%
EPS012	COMFENALCO VALLE DE LA GENTE	\$ 4.077.371.968,00	\$ 388.594.360,00	10%
EPS017	EPFAMISANAR S.A.S	\$ 177.966.584.274,00	\$ 16.194.116.638,00	9%
EPS018	S.O.S S.A	\$ 21.589.426.477,00	\$ 6.520.873.829,00	30%
EPS037	NUEVA EPSSA	\$ 1.208.654.320.840,00	\$ 153.424.847.500,00	13%
EPS041	NUEVA EPSSA -CM	\$ -	\$ -	N/A
Total general		\$ 2.558.345.531.243,00	\$ 313.465.713.630,00	12%

8 EPS de estudio

- **2,2 billones de pesos** en servicios autorizados en 2023 no tienen una prestación posterior.
- **SOS es la que más autoriza y presta (posible doble contabilidad) con una relación del 30%.**

Misma actividad autorizada en 2022 y prestados en 2022 o 2023 al mismo paciente

20.574.104

Actividades autorizadas por un valor de **\$2,37 billones**

año 2022



18,2% de valor de autorizaciones presentan valor duplicidad, es decir \$432 mil millones.

NOMBRE EPS	CODIGO EPS	Total autorizado(2022)	Valor total autorizaciones con atenciones (2022)	Valor total autorizaciones con atenciones (2023)	Porcentaje de autorizaciones con atenciones registradas
EPS002	SALUD TOTAL EPSSA	\$ 230.160.478.017,00	\$ 22.999.792.919,00	\$ 47.511.347.790,00	31%
EPS005	EPSSANITASSA.S	\$ 85.751.627.799,00	\$ 8.251.562.010,00	\$ 35.566.972.319,00	51%
EPS008	COMPENSAR EPS	\$ 1.170.022.774.652,00	\$ 22.508.614.440,00	\$ 117.819.272.474,00	12%
EPS010	EPSSURAMERICANA S.A	\$ 95.088.987.389,00	\$ 11.059.761.823,00	\$ 18.283.626.975,00	31%
EPS012	COMFENALOO VALLE DE LA GENTE	\$ 13.425.439.299,00	\$ 3.171.207.764,00	\$ 1.147.815.991,00	32%
EPS017	EPSFAMISANAR S.A.S	\$ 140.374.927.129,00	\$ 20.930.522.960,00	\$ 8.317.374.839,00	21%
EPS018	S.O.S SA	\$ 40.667.073.171,00	\$ 4.737.703.053,00	\$ 7.092.753.779,00	29%
EPS037	NUEVA EPSSA	\$ 581.648.142.931,00	\$ 52.004.609,00	\$ 103.014.043.588,00	18%
EPS041	NUEVA EPSSA -CM	\$ 19.878.588.481,00	\$ 833.765,00	\$ -	0%
Total general		2.377.018.038.868,00	93.712.003.343,00	338.753.207.755,00	18,19%

1.9 billones de pesos en servicios autorizados en 2022 no tienen una prestación posterior

3. Ajustadores de riesgo

- i. Gobernanza clara y datos confiables como condición necesaria
- ii. Pros y contras de inclusión de nuevos ajustadores
- iii. Propuesta de política: ajustadores por edades y territorialización

Ajustadores de riesgo

1 Gobernanza clara y datos confiables como condición necesaria

Foro virtual ACEMI - Ajuste UPC por condiciones de salud

<https://acemi.org.co/eventos-ceifa/foro-virtual-ajuste-upc-por-condiciones-de-salud/>



<https://consultorsalud.com/ajustadores-de-riesgo-por-condicion-en-salud/>

- El ajuste por riesgo es técnicamente sólido, mejora la equidad, eficiencia y gestión del riesgo.
- La inviabilidad actual no es técnica, sino financiera (insuficiencia de la UPC) y de gobernanza (incertidumbre y fragmentación).
- Su implementación requiere condiciones previas:
 - a. Saneamiento financiero y suficiencia de la UPC.
 - b. Gobernanza clara y datos confiables como condición necesaria.
 - c. Implementación gradual, iniciando con enfermedades crónicas trazables.
 - d. Monitoreo y evaluación permanente para evitar distorsiones.
 - e. Consenso político y técnico para garantizar sostenibilidad y legitimidad.

Ajustadores de riesgo

2 Pros y contras de **inclusión de nuevos ajustadores**

Pros

- Mejor predicción del gasto, distribución más justa de recursos, mayor sostenibilidad técnica.

Incentivos perversos

- Riesgo moral (upcoding, sobreprescripción), selección de riesgo (exclusión de pacientes costosos), manipulación de clasificaciones socioeconómicas

Condición Necesaria

- La implementación solo es viable con **auditoría fuerte, gobernanza ética y calidad de datos.**

Ajustadores de riesgo

Propuesta de política

3

Una UPC eficiente, suficiente y sostenible

Importancia de los puntos de corte en
las variables de ajuste de riesgo



Tener más UPC's por edades
quinquenales.



La zonificación de UPC puede
actualizarse de acuerdo con la
Territorialización del sistema de
salud.

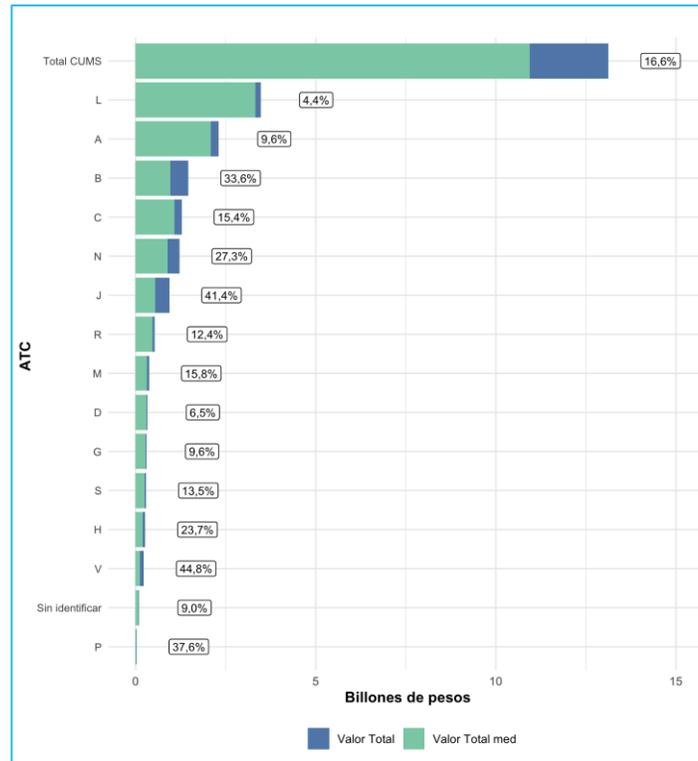
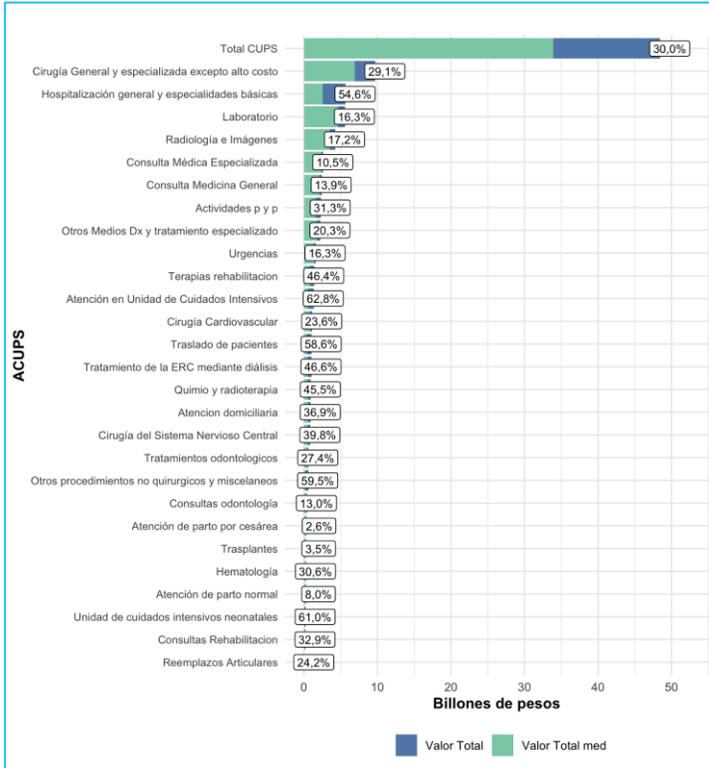
4. Suficiencia a la eficiencia

- i. Ahorro sistema de regulación tarifaria (mediana)
- ii. Ahorro mecanismos de contratación eficientes

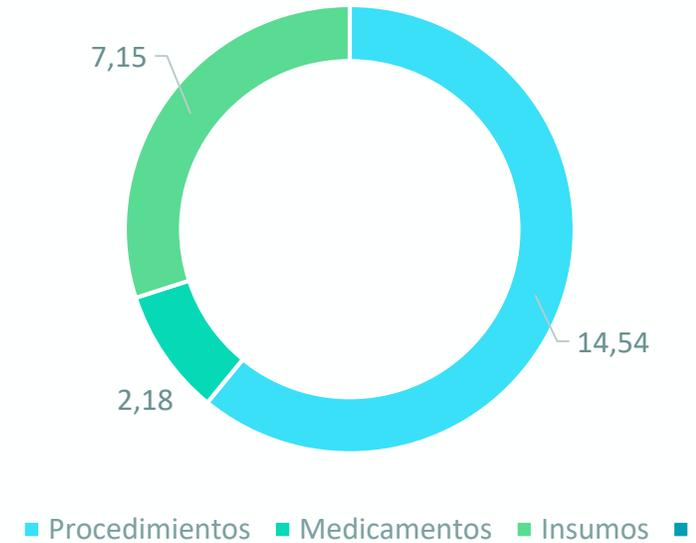
Suficiencia a la Eficiencia

Ahorro en procedimientos:
\$14,54 Billones

Ahorro en Medicamentos:
\$2,18 Billones



Ahorro en billones



\$23,87 billones
Ahorro proyectado

Con un sistema de **regulación tarifaria**, así sea por la mediana de las actividades

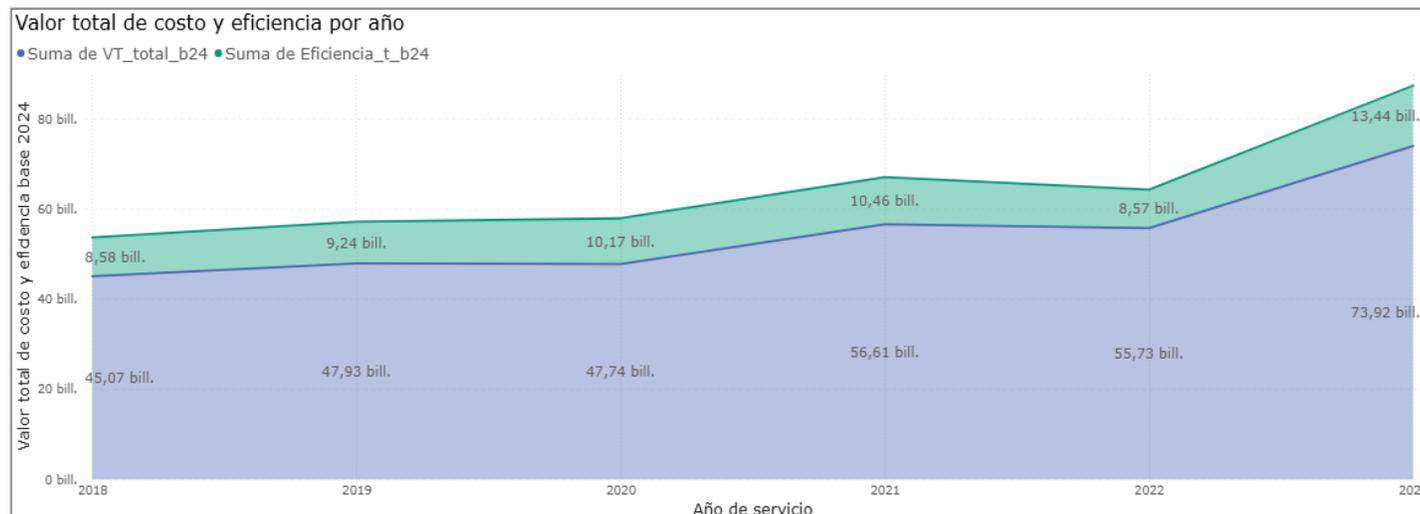
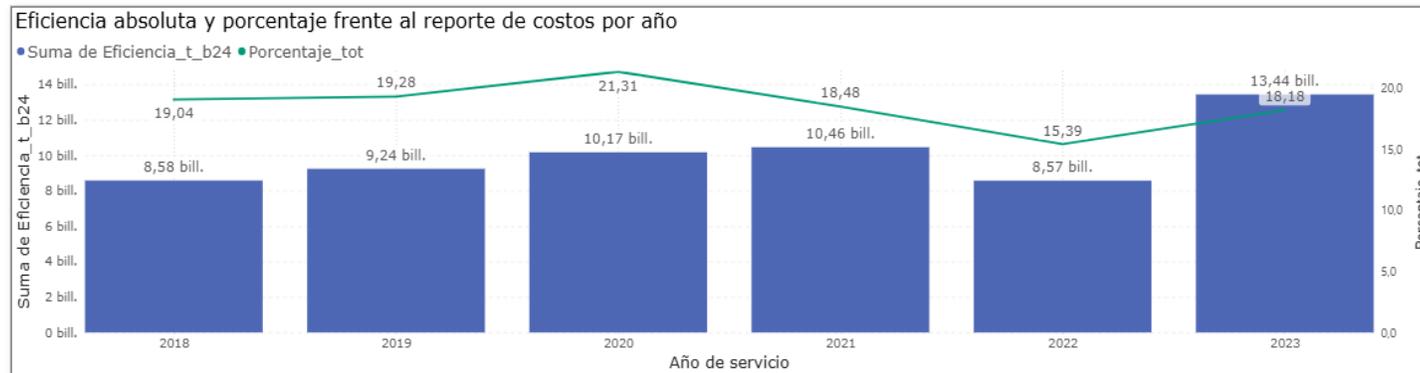
Ahorro en Insumos: **\$7,15 Billones**

Suficiencia a la Eficiencia



POTENCIAL EFICIENCIA EN LA FORMA DE CONTRATACIÓN PRECIOS CONSTANTES DE 2024

Total eficiencia **60,47 bill.**
 EPS
 Tecnología
 CUPS/CUMS
 Diagnóstico lista 105
 Régimen



\$60,47 billones
eficiencia

Si cada procedimiento, medicamento e insumo se hubiera pagado a la tarifa del **mecanismo de contratación más eficiente.**

Entre 2018 y 2023 (precios contantes 2024)

5. Contrastes

- i. Contraste facturación
- ii. Contraste mecanismos de contratación
- iii. Contraste medicamentos
- iv. Contraste anomalías
- v. Contraste fallecidos

Contraste facturas

Nombre EPS	Afiliados 2024	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Porcentaje entrega	Ajustado afiliados
NUEVA	11.126.766	×	×	×	14.825.315	20.635.381	×	33,33%	7,56%
SANITAS	5.586.831	×	×	×	1.110.448	×	×	16,67%	1,90%
SURA	5.259.078	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
SALUD TOTAL	4.660.066	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
COOSALUD EPS S.A.	3.344.297	13.368	1.212.280	4.065.289	5.019.321	4.818.880	5.168.714	100,00%	6,82%
FAMISANAR	2.735.224	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
MUTUAL SER	2.692.960	×	×	×	×	×	7.422.937	16,67%	0,91%
COMPENSAR	1.996.495	×	×	×	327.415	4.546.787	×	33,33%	1,36%
EMSSANAR S.A.S.	1.778.721	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
SAVIA SALUD	1.703.103	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
ASMED	1.633.703	40.310	138.482	662.676	193.216	2.080.833	1.581.889	100,00%	3,33%
CAJACOPI	1.500.461	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
CAPITAL SALUD	1.161.468	×	×	×	680	×	×	16,67%	0,39%
SOS	741.563	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
ÍNDIGENA DEL CAUCA	574.707	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
MALLAMAS	414.203	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
COMFENALCO	281.460	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
ANAS WAYUU	279.051	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
DUSAKAWI	277.267	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
CCF SUCRE	273.320	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
ALIANSA SALUD	233.920	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
COMFAORIENTE	232.152	×	185	729	461	241	×	66,67%	0,32%
CAPRESOCA E.P.S.	178.385	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
CCF CHOCÓ	172.737	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
PIJAOS	116.288	×	×	213.626	59.303	15.277	241.921	66,67%	0,16%
SALUD MIA	60.974	×	670	×	×	×	×	16,67%	0,02%
FERROCARRILES	29.904	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%
EPM	7.165	22.965	12.322	23.713	68.587	3.066	×	83,33%	0,01%
SALUD BOLIVAR	3.238	×	×	×	×	×	×	0,00%	0,00%



ASMET SALUD, COOSALUD y EPM han sido las únicas EPS que han entregado la información de facturas completa en la estructura de información solicitada.



Las demás EPS no entregaron la información, o no entregaron en el formato requerido. Por ejemplo, Sanitas entregó el listado de CUFES, no los XML que fue lo solicitado.

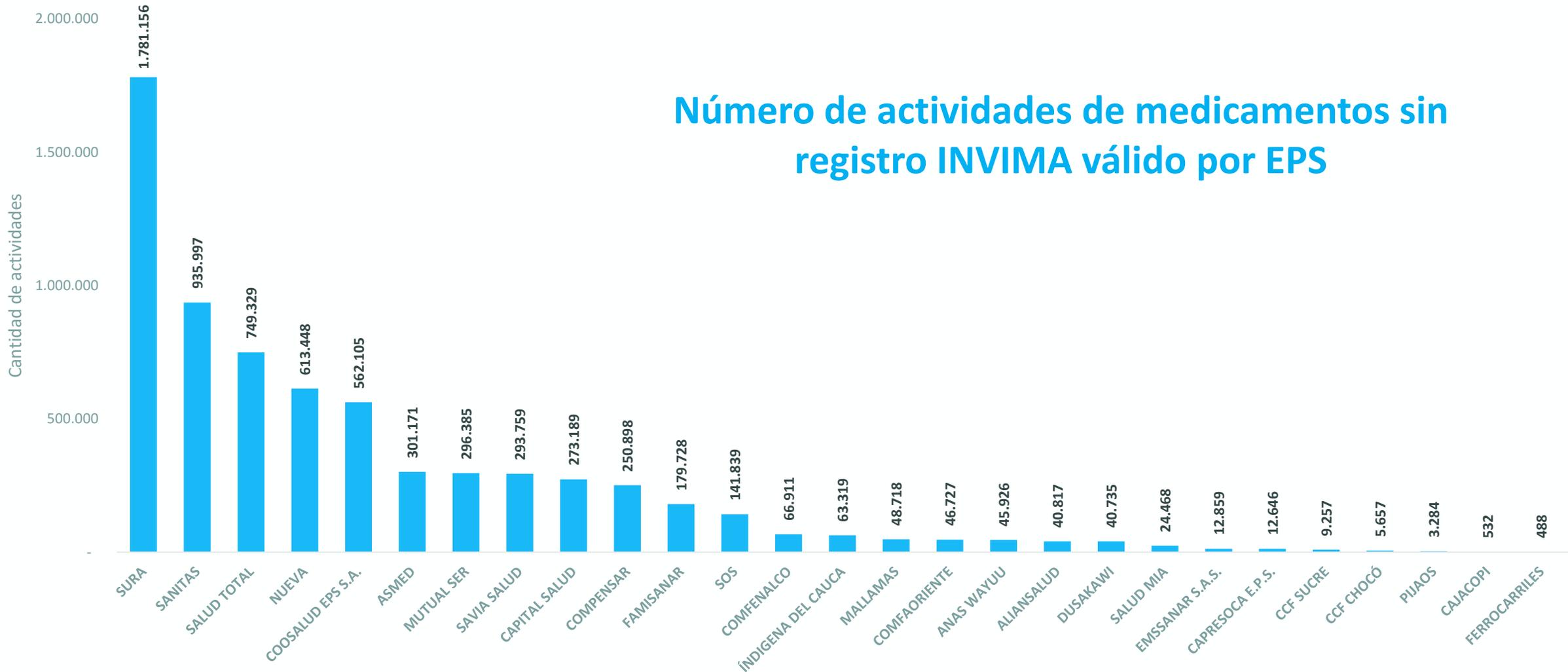
El porcentaje promedio de entrega es del **18,9%**

Contraste medicamentos

Para el año 2022 de los **260.499.030** actividades de medicamentos en la base de suficiencia **6.447.943 (2.48%)** fueron entregados sin registro INVIMA válido. Para el 2023 se registro un **0.1% (353.406)** de actividades con esta particularidad.

Tipo de alerta	2022			2023		
	Cantidad	%	COP (millones)	Cantidad	%	COP (millones)
Entregado un año después de vencimiento	5.650.763	87,63	\$ 223.000	0	0,0	
No vigentes ni en tramite de renovación , con vencimiento mayor a un año	0	0	\$0	0	0	
Fabricar y exportar	22.690	0,35	\$ 720.000	48	0,01	\$1
Muestra Médica	774.490	12,01	\$23.130	353.57	99,98	\$14.280
Total	6.447.943		\$256.880	353.406		\$14.280

Contraste medicamentos

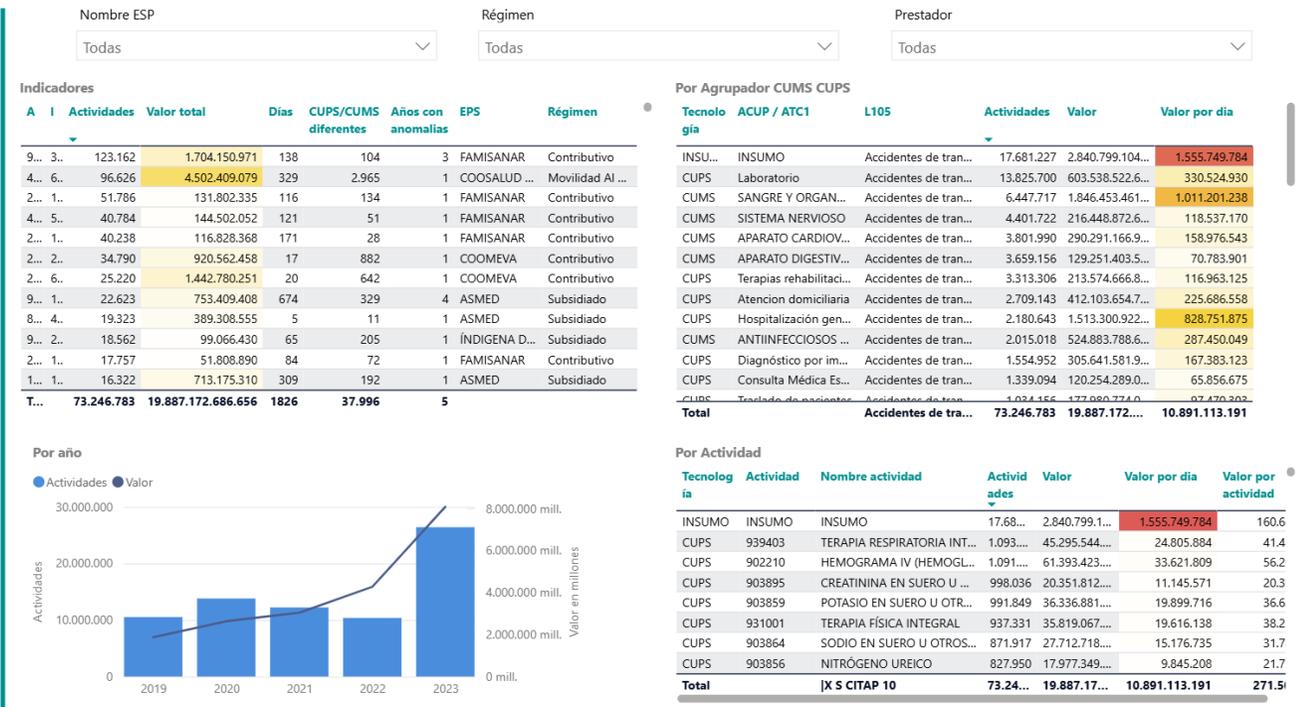


Herramienta de Contraste de información



Anomalías por actividades

- Año
- 2019
 - 2020
 - 2021
 - 2022
 - 2023



Análisis del top de pacientes por las siguientes variables:

Total actividades

Total valor

Actividades por día

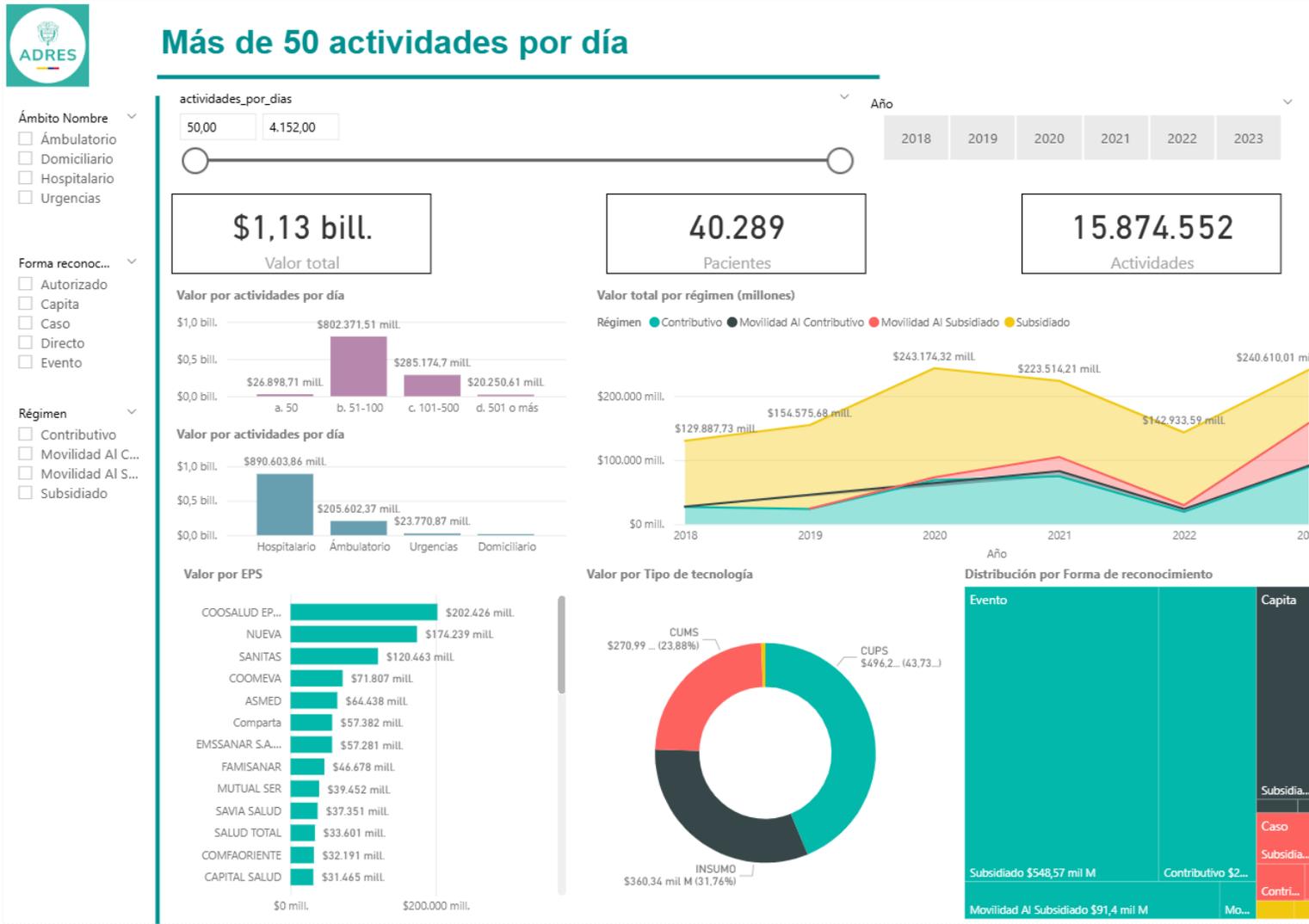
Valor por día

Se generó **tablero exploratorio** para analizar los pacientes que tuvieron más de **2000 actividades** o más de **500 millones** en valor cada año.

Se exploró el **top de pacientes** para cada indicador mencionados.

[Link tablero anomalías](#)

Contraste anomalías, más de 50 atenciones al día



Es una sofisticación de la regla de más de 1.000 actividades al año, ya que un paciente puede tener múltiples registros en un solo día.

El total acumulado es de **1,13 billones de pesos corrientes** para personas con más de 50 atenciones en 1 solo día.

Se identifica que los casos se presentan principalmente en el régimen subsidiado (cerca del 70%), y se distribuyen equitativamente entre medicamentos, procedimientos e insumos.

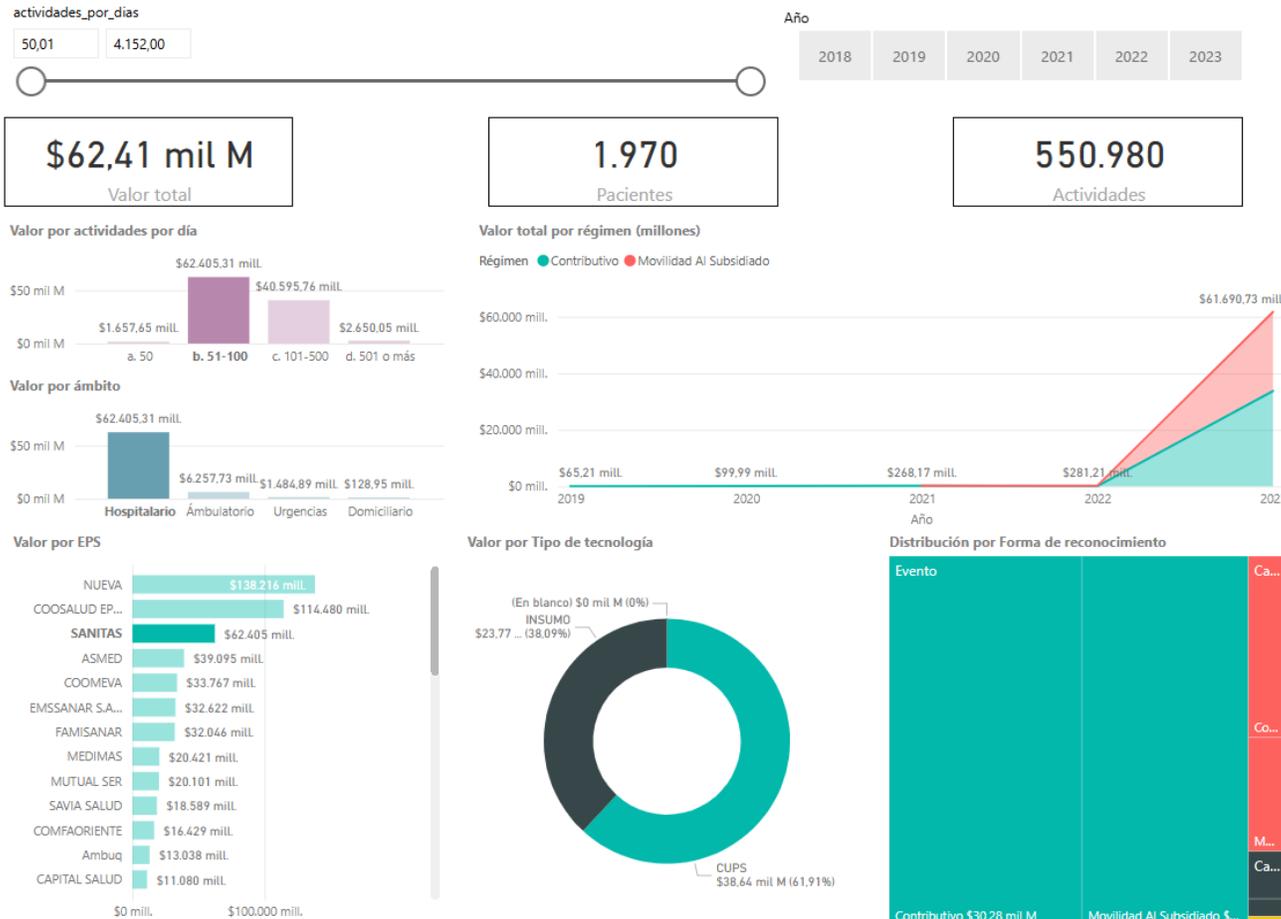
La mayoría de los valores NO corresponde con Urgencias. En su lugar es el ámbito hospitalario.

Algunos casos (Sanitas)



Más de 50 actividades por día

- Ámbito Nombre
- Seleccionar todo
 - Ambulatorio
 - Domiciliario
 - Hospitalario
 - Urgencias
- Forma reconocimi...
- Seleccionar todo
 - Autorizado
 - Capita
 - Caso
 - Directo
 - Evento
- Régimen
- Seleccionar todo
 - Contributivo
 - Movilidad Al C...
 - Movilidad Al S...
 - Subsidiado



Al explorar los casos de 50 a 100 actividades, del ámbito hospitalario y verificar, por ejemplo, Sanitas, se identifica que sus valores están concentrados en 2023 con **550 mil actividades, 1.970 pacientes y \$62 mil millones.**

En ese conjunto se identifica, por ejemplo, un paciente con **64 hemogramas** en un día, **33 Potasio** en suero, o **33 radiografías de Tórax** en un mismo día.

U otro paciente con **68 potasio** en suero, **68 Sodio** en suero, y **64 Hemograma III** en un solo día.

Ver detalles

Algunos casos (Nueva EPS)



Más de 50 actividades por día

Ir a más de 1000...

Ir a fallecidos

- Ámbito Nombre
- Seleccionar todo
 - Ambulatorio
 - Domiciliario
 - Hospitalario
 - Urgencias

- Forma reconoci...
- Seleccionar todo
 - Autorizado
 - Capita
 - Caso
 - Directo
 - Evento

- Régimen
- Seleccionar todo
 - Contributivo
 - Movilidad Al C...
 - Movilidad Al S...
 - Subsidiado

actividades_por_dias

50,01 4,152,00

Año

2018 2019 2020 2021 2022 2023

\$19,85 mil M

Valor total

807

Pacientes

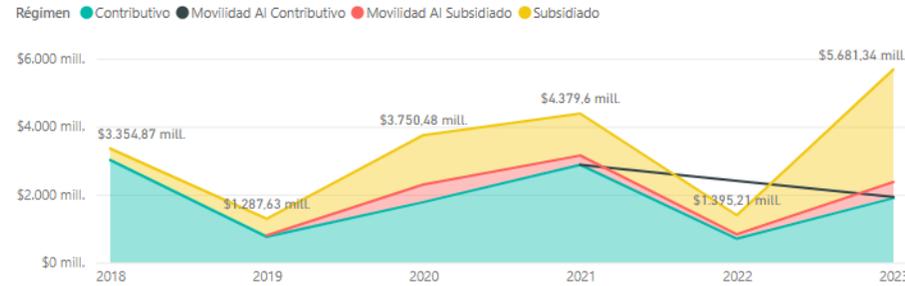
438.537

Actividades

Valor por actividades por día



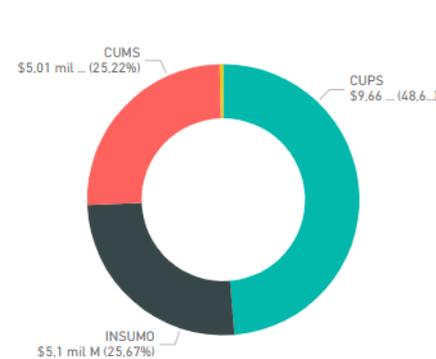
Valor total por régimen (millones)



Valor por ámbito



Valor por Tipo de tecnología



Distribución por Forma de reconocimiento



Valor por EPS



Ver detalles

Al explorar los casos de 100 a 500 actividades, del ámbito hospitalario y verificar, por ejemplo, Nueva, se identifica que sus valores están a lo largo de los años, con **438 mil actividades, 807 pacientes y \$19 mil millones.**

En ese conjunto se identifica, por ejemplo, un paciente en 2019 con **14 interconsultas al día y 500 entregas de insumos al día.**

U otro paciente con **10 actividades diarias de Losartan y Calcitrol.**

Contraste anomalías, mismo paciente, mismo procedimiento.

A...	S...	anio...	STR_COD...	Nombre_Tecnología	Actividades	Actividades por día	EPS
9...	3...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	122.638	9434	FAMISANAR
2...	1...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	51.026	593	FAMISANAR
4...	5...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	40.344	480	FAMISANAR
2...	1...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	39.778	263	FAMISANAR
4...	6...	2021	INSUMO	INSUMO	37.072	116	COOSALUD EPS S.A.
2...	1...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	22.837	496	FAMISANAR
8...	4...	2020	902207	HEMOGRAMA I (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA) ...	19.305	9.653	ASMED
7...	2...	2018	903842	GLUCOSA PRE Y POST CARGA DE GLUCOSA	19.290	19.290	Comparta
2...	2...	2020	INSUMO	INSUMO	19.059	19.059	COOMEVA
9...	2...	2023	INSUMO	INSUMO	17.963	817	ÍNDIGENA DEL CAUCA
8...	1...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	15.453	1.545	FAMISANAR
3...	5...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	12.301	373	FAMISANAR
2...	1...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	11.212	448	FAMISANAR
2...	6...	2020	INSUMO	INSUMO	11.108	11.108	COOMEVA
1...	1...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	9.717	1.943	FAMISANAR
1...	1...	2020	49658-6	OXIGENO MEDICINAL O2	9.680	9.680	ÍNDIGENA DEL CAUCA
1...	1...	2020	49658-6	OXIGENO MEDICINAL O2	9.680	9.680	EMSSANAR S.A.S.
8...	1...	2019	INSUMO	INSUMO	8.974	309	NUEVA
7...	2...	2023	931001	TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	8.915	594	MUTUAL SER
1...	1...	2020	937000	TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INTEGRAL	8.902	8.902	NUEVA
5...	6...	2020	20001752-5	OXIGENO MEDICINAL GASEOSO O2 USP	8.280	8.280	EMSSANAR S.A.S.
9...	1...	2022	890105	ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	8.047	192	ASMED
8...	3...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	8.006	1.601	FAMISANAR
2...	1...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	7.517	940	FAMISANAR
2...	2...	2019	INSUMO	INSUMO	7.447	372	NUEVA
7...	4...	2020	49658-6	OXIGENO MEDICINAL O2	7.201	3.601	ÍNDIGENA DEL CAUCA
7...	1...	2020	49658-6	OXIGENO MEDICINAL O2	7.200	7.200	ÍNDIGENA DEL CAUCA
8...	9...	2020	49658-6	OXIGENO MEDICINAL O2	7.200	7.200	ÍNDIGENA DEL CAUCA
9...	9...	2020	49658-6	OXIGENO MEDICINAL O2	7.200	7.200	ÍNDIGENA DEL CAUCA
9...	1...	2020	INSUMO	INSUMO	7.105	2.368	COOSALUD EPS S.A.
1...	1...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	6.731	481	FAMISANAR
2...	1...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	6.398	582	FAMISANAR
2...	1...	2019	INSUMO	INSUMO	6.351	907	NUEVA
8...	1...	2023	INSUMO	INSUMO	6.314	421	SANITAS
3...	2...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	6.177	562	FAMISANAR
1...	1...	2023	INSUMO	INSUMO	6.167	343	SANITAS
2...	5...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	6.081	380	FAMISANAR
8...	1...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	6.058	404	FAMISANAR
6...	3...	2019	INSUMO	INSUMO	5.996	222	NUEVA
2...	1...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	5.989	399	FAMISANAR
2...	1...	2023	602T01	TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	5.950	595	FAMISANAR
9...	1...	2019	INSUMO	INSUMO	5.930	2.965	NUEVA
4...	7...	2023	601T02	TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	5.911	1.182	FAMISANAR
2...	2...	2019	INSUMO	INSUMO	5.865	326	NUEVA
2...	2...	2019	INSUMO	INSUMO	5.653	404	NUEVA
2...	1...	2019	INSUMO	INSUMO	5.641	627	NUEVA

Un refinamiento adicional permitió identificar los casos de traslados de Famisanar.

Se realiza el **conteo de actividades** no sólo por **paciente**, sino para un único **código de actividad** al año.

Se identifican casos adicionales como **9.500 hemogramas** realizados en un **solo día** a una sola persona en la EPS **ASMED**.

O el caso de **19.290 exámenes** a una persona de **Glucosa** en un día para **COMPARTA**, o **8.915 terapias física** a una persona en un año para **MUTUAL SER**.

En total son 1.613 casos con más de 1.000 actividades dentro de un mismo CUP/CUMS o INSUMO. De estos, **1.443 corresponden con INSUMO** y **147 casos** son diferentes a traslados.

[Link tablero anomalías](#)

Contraste fallecidos



Actividades reportadas a Fallecidos

- anio_servicio
- 2019
 - 2020
 - 2021
 - 2022
 - 2023

Nombre ESP

Todas

Régimen

Todas

387.979

fallecidos con reporte de servicios

1,96 bill.

Valor total

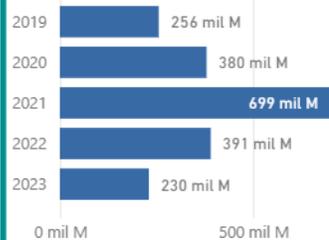
9.108.149

Actividades a fallecidos

Pacientes por tiempo después de fallecido

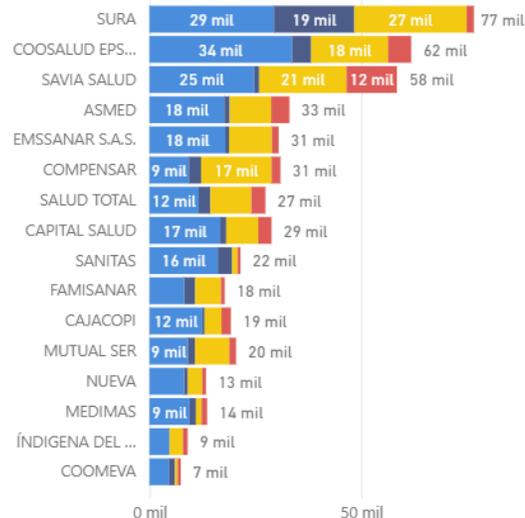


Valores por año



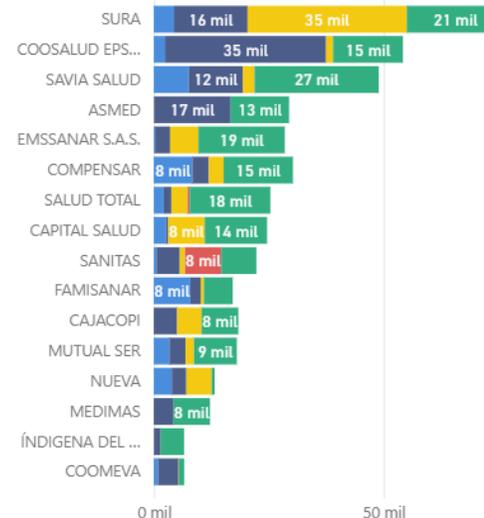
Pacientes por ámbito

Ámbito ● Ambulatorio ● Domiciliario ● Hospitalario ● Urgencias



Pacientes por Forma Reconocimiento

R ● Autorizado ● Capita ● Caso ● Directo ● Evento



Tablero exploratorio para analizar los 9 millones de actividades reportadas a personas ya fallecidas en el momento del registro.

Se analiza por **días del servicio posteriores al fallecimiento**, ámbito, forma de reconocimiento, tipo de tecnología (CUMS y CUPS)

[Link tablero anomalías](#)

6. Siniestralidad

La paradoja del facilismo



La Paradoja del "Facilismo":

- Es conceptualmente más lógico y sostenible **ajustar el costo** con mejoras en la eficiencia que solo aumentar ingreso.
- Aunque es conceptualmente más sostenible y eficiente ajustar el **costo (numerador)**, la realidad operativa y política hace que sea más "fácil" centrar el debate en el ajuste del **ingreso (denominador)**.
- El sistema queda atrapado en un pulso político anual por los recursos, en lugar de emprender las reformas estructurales necesarias para optimizar el gasto.

$$\begin{array}{c} \downarrow \\ \text{Sinistralidad} \end{array} = \begin{array}{c} \downarrow \\ \text{Costo de los servicios} \\ \hline \text{Ingresos por primas} \\ \uparrow \end{array}$$

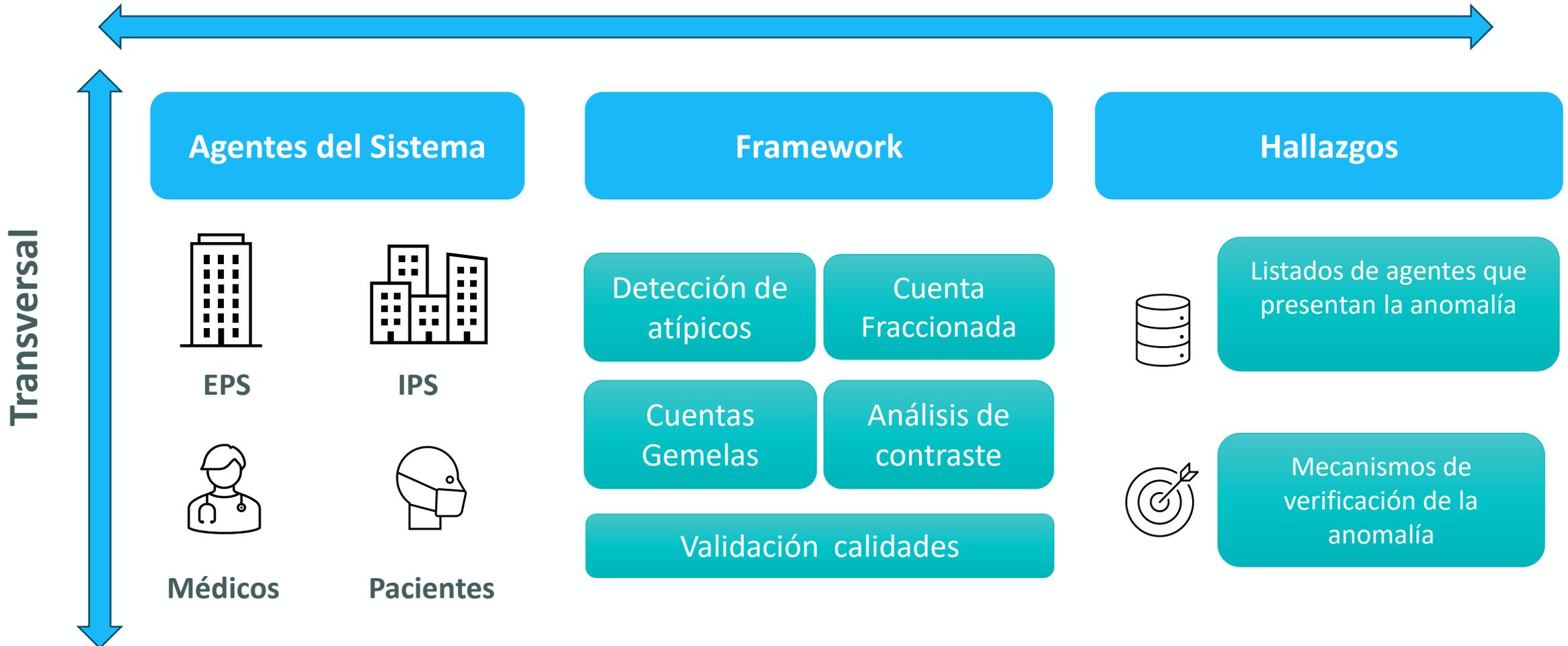
Variable	Dificultad Técnica	Dificultad Política	Sostenibilidad	Impacto
Numerador (Costo)	Muy Alta. Requiere reformas estructurales, cambio de incentivos y de comportamiento de miles de actores.	Alta. Enfrenta la resistencia de actores que se benefician de los modelos actuales.	Alta. Ataca la causa raíz del problema y libera recursos internos, promoviendo la eficiencia.	Necesario y solución de largo plazo
Denominador (Ingreso)	Muy Baja. Se ajusta con la firma de una resolución. Es un cambio de "perilla".	Muy Alta. Es el epicentro del conflicto político anual y tiene implicaciones fiscales directas para la nación.	Baja. Es una solución a corto plazo que no resuelve la presión estructural del gasto si no se acompaña de medidas de eficiencia.	Paliativo de muy corto plazo

A large, faint watermark of a coat of arms is visible on the left side of the page. It features a shield with various symbols, a banner with the text "Y ORDEN", and a crown on top.

Nuevas Calidades

Metodología nuevos contrastes

Longitudinal



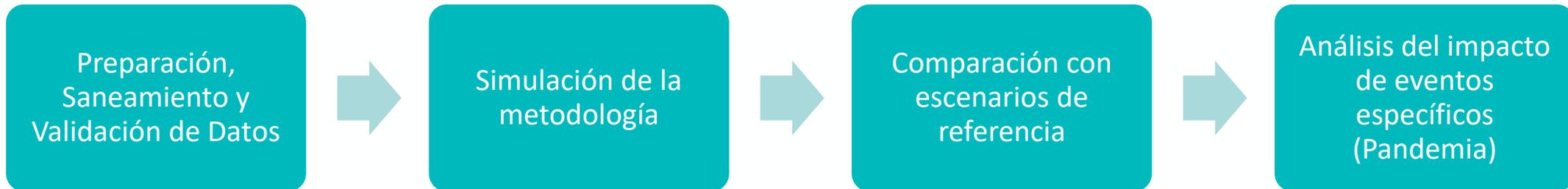
Ejemplos de mejora a reglas de calidades

Tipo de Mejora	Descripción	Ejemplo Aplicado
Validaciones Temporales	Ajustar rangos de fechas y validar consistencia longitudinal.	<ul style="list-style-type: none"> - Cambiar rango de fecha de nacimiento a partir de 1920, validando coherencia con esperanza vida - Conciliar con la EPS las personas de más de 100 años
Uso de Percentiles	Utilizar percentiles en lugar de valores fijos para identificar anomalías en frecuencias y costos.	Reemplazar la regla de "1,000 atenciones" por tener en cuenta las distribuciones de las actividades, por ejemplo el percentil 95 de atenciones por EPS o IPS.
Consistencia Interna a EPS	Verificar coherencia de costos y frecuencias dentro de cada EPS para identificar anomalías.	Comparar el costo promedio por diagnóstico entre diferentes IPS dentro de la misma EPS.
Consistencia Entre IPS	Evaluar diferencias en costos y frecuencias entre IPS con pacientes de perfiles similares.	<ul style="list-style-type: none"> - IPS más facturadoras - Atenciones Vs Capacidad instalada - Detectar IPS que cobra 30% más que promedio nacional por cirugía de apendicitis en jóvenes
Ajustes Financieros	Indexar costos por inflación y clasificar por tipo de tecnología (baja, media, alta).	<ul style="list-style-type: none"> - Actualizar el umbral de 100 millones para indexarlo a la inflación - Ajustar valores históricos de procedimientos prevalentes para analizar variaciones temporales no justificadas.
Comparaciones Cruzadas	Evaluar precios y cantidades entre EPS e IPS para personas con el mismo diagnóstico.	Detectar diferencias significativas en el costo promedio de diálisis entre dos EPS que atienden perfiles de usuarios similares.
Consistencia Externa Epidemiológica	Contrastar con tendencias epidemiológicas nacionales o regionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Comparación externos contra otras fuentes como Cuenta de alto Costo, - Identificar inconsistencias si una EPS reporta un aumento del 50% en casos de dengue en una región donde los datos oficiales muestran una disminución del 10%.
Incorporación de Datos Contextuales	Agregar estadísticas externas para validar las frecuencias reportadas.	Utilizar datos del DANE para verificar tasa de fallecidos y ver la mortalidad de la enfermedad por pacientes hipertensos diagnosticados respecto al tamaño poblacional de una región.
Revisión Longitudinal	Detectar variaciones año a año para garantizar tendencias coherentes.	Identificar un incremento inesperado del 70% en el costo de medicamentos en pacientes crónicos de una EPS, comparando con años previos y la inflación registrada. Variaciones plausibles a nivel de IPS, EPS, paciente y municipio.
Valores atípicos de medicamentos	Detectar valores atípicos de los precios de medicamentos.	Contrastar los datos del valor reportado por las EPS con los datos de precios máximos de medicamentos de SISMED.
Plausibilidad médica	Procedimientos o medicamentos que no pueden exceder una cantidad máxima.	No más de 3 diálisis a la semana, no más de 365*2 transportes al mes

Análisis de backtesting



Análisis de backtesting



Para el **backtesting**, es crucial analizar varios factores:

1. Calidad de la Base de Prestaciones en Salud (suficiencia)
 - Efectos de las mallas de Validación
 - Efecto de la retroalimentación
 - Nuevas Calidades
2. Efecto de los ajustes de las proyecciones del DANE
3. Efecto de las Inclusiones
4. Efecto de la Pandemia
 - Impacto en el trending de Frecuencias
 - Mecanismos Covid
5. Ajustadores (umbrales – edad y zona geográfica)
6. Parámetros de la UPC (trending de Frecuencia)
7. Suficiencia (validar la metodología)

| Gracias!

www.adres.gov.co

3) Sesión de cierre mesas técnicas 04 de septiembre de 2025

ACEMI

Dr. Mario Fernando Cruz Vargas



Sesión de cierre mesas técnicas

04 de septiembre 2025

Bogotá

Ordenes Auto 007 de 2025

Primera

- **DECLARAR el incumplimiento general en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes, contenido en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda impartidas en la Sentencia T-760 de 2008.**

Segunda

- **DECLARAR la insuficiencia de la UPC de 2024.**

Ordenes Auto 007 de 2025

3.1. Crear una mesa de trabajo cuyo objetivo será revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia (dado que es insuficiente).

Entre los aspectos que deberá abordar estarán como mínimo:

- a. El rezago existente en el valor de la UPC a partir del 2021 para efectuar el reajuste de la prima por cada vigencia desde ese periodo, a saber, 2021, 2022 y 2023.**
- b. El aumento de la siniestralidad y las verdaderas variaciones en las frecuencias de uso.
- c. El impacto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior a la hora de calcular la UPC de la vigencia siguiente o, en su defecto, durante la vigencia en cuestión al momento de efectuar su reajuste.
- d. La definición de las variables y ajustadores de riesgo que deben ser tenidos en cuenta para establecer la UPC.
- e. Reajustar el valor de la UPC de 2024 teniendo en cuenta el valor que se haya obtenido para el 2023 y los resultados del análisis de los puntos anteriores.**
- f. Establecer los lineamientos o criterios a partir de los cuales se podrán realizar los ajustes *ex post*, la forma cómo se reconocerá a las EPS el reajuste de la UPC de 2024, e indicar los porcentajes y fechas máximas de pago.**

Ordenes Auto 007 de 2025

3.5. Establecer un periodo de transición para que, una vez reajustado el valor de la UPC del 2024, las EPS cuenten con un tiempo determinado para rehacer sus reservas técnicas.

3.6. Reajustar la metodología que se aplica para efectuar el cálculo de la UPC de las próximas vigencias, en la que se consideren nuevas variables y ajustadores de riesgo

3.7. Calcular el valor de la UPC de las siguientes vigencias teniendo en cuenta, como mínimo, los siguientes parámetros:

- a. Garantizar un proceso participativo y transparente en el que se de publicidad a las actuaciones previas al cálculo
- b. Tener en cuenta, como mínimo, el IPC proyectado para la vigencia que se calcula por el MHCP y la inflación
- c. La totalidad de las nuevas inclusiones
- d. Incluir el rezago establecido

e. Abstenerse de fraccionar la UPC o establecer destinaciones porcentuales específicas para otros fines diferentes a los PBS UPC.

- f. Incluir ajustadores de riesgo ex ante y ex post.

Ordenes del Auto 007 de 2025

Sexta

- **INSTAR** al Ministerio de Salud y Protección Social a que revise el comportamiento de las inclusiones y su impacto en la UPC de cada vigencia.

Decima

- **ORDENAR** al Ministerio de Hacienda y Crédito Público que garantice los recursos necesarios para el acatamiento de los mandatos vigésimo primero y vigésimo segundo impartidos en la Sentencia T-760 de 2008

**¿Se ha cumplido lo ordenado
por la Corte Constitucional?**

Reflexiones

Mejora respecto de ejercicio anterior. Mayor deliberación, representación y pertinencia temática. Sin embargo no hubo acceso a información de bases de dato pública ni ejercicios de contraste.

El ejercicio técnico y deliberativo debe seguirse de la toma de decisiones de política pública.

Inacción no es una opción jurídica, ni técnica. Hoy existe una crisis financiera y prestacional. Discusión se ha extendido por 5 meses y el final de la vigencia esta cerca.

Dos conjuntos de acciones. Unas desde el pasado hacía presente: reconocimiento y pago deuda actuarial Nación-SGSSS y ajuste rezago (nuevo nivel de la prima)

Otras a futuro: mejoras recaudo, depuración y contraste información, calculo actuarial, actualización ajustadores ex ante y ex post, valoración y seguimiento inclusiones y siniestralidad.

Decisiones tienen por objeto garantizar la estabilidad del sistema y la garantía del derecho fundamental de usuario y pacientes.

Posturas gremiales ACEMI por eje temático

Tema	Postura	Efectos
Gestión Información	Proceso de recaudo, disposición, depuración ha sido adecuado e insuficiente	Perdida de costos, registros y representatividad. Exclusión EPS y selección de aquellas de menor siniestralidad. Subestimación UPC
Responsabilidad de la información cálculo UPC	Nación es la principal responsable de gestión de información de sistema. Cálculo no puede fundarse únicamente en información reportada por EPS.	Otros actores son responsables y existen fuentes para contrastar (RIPS-FEV Sismed, Mi-Pres, REPS, etc.)
Cálculo actuarial	Calculo actuarial desarrollado en Estudio de Suficiencia no ha sido usado como sustento decisión ajuste UPC en ultimas vigencias	Inadecuado ajuste de la prima por desconocimiento del ajuste de frecuencias, severidad e IBNR
Frecuencias y severidad	Deficiencias en su calculo: homologación de servicios prestados por paquetes y capitas, cambios en EPS seleccionadas, modelación de series de tiempo, remplazo de severidad por ajuste inflacionario.	Alta variabilidad reporte, subestimación del ajuste por frecuencias: Necesidad de acudir a FEV-RIPS

Tema	Postura	Efectos
Siniestralidad y deuda actuarial	Siniestralidad técnica del sistema ha estado por encima del 100% en periodo 2021-2024 siguiendo diversas metodologías de cálculo.	Deuda actuarial de la nación con el SGSSS estaría entre \$26,3 y \$33,4 billones dependiendo de supuestos y método usado
Ajuste rezago	UPC de vigencias 2021-2024 deben reliquidarse tomando en cuenta la siniestralidad combinada observada.	Prima actual requeriría reajuste cercano a 35% por efecto del rezago
Inclusiones	Presupuestación y seguimiento de tecnologías incluidas al PBS son deficientes. Evidencia muestra mejoras en acceso y un mayor costo agregado en medicamentos.	Recursos asignados son insuficientes. Para 2024 se calcula un déficit de \$511 mil millones en tecnologías incluidas en 2023.
Ajustadores ex ante UPC	Ajustadores actuales y rezago en información impiden una adecuada modelación del riesgo en salud de la población	Se requieren ajustes por edades simples y condición de salud atado a gestión y resultados y hacer más contemporáneo el cálculo y su seguimiento.

4) Ajuste del valor de la prima de aseguramiento

Colegio Nacional de Bacteriología
Dr. Néstor Eduardo Gómez



-
- Ajuste del valor de la prima de aseguramiento.



Premisas.

1. Los recursos deben ser suficientes
2. Los recursos deben fluir dentro el sistema con control pero eficientemente
3. Los recursos deben alcanzar para materializar el contenido del derecho fundamental a la salud – acuerdo social – Eficiencia.

Los asuntos financieros son un asunto a resolver cuando **exista un acuerdo**

ARTICULO 334. La dirección general de la economía estará a cargo del Estado. Este intervendrá, por mandato de la ley, en la explotación de los recursos naturales, en el uso del suelo, en la producción, distribución, utilización y consumo de los bienes, y en los servicios públicos y privados, para racionalizar la economía con el fin de conseguir en el plano nacional y territorial, en un marco de sostenibilidad fiscal, el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes, la distribución equitativa de las oportunidades y los beneficios del desarrollo y la preservación de un ambiente sano. Dicho marco de sostenibilidad fiscal deberá fungir como instrumento para alcanzar de manera progresiva los objetivos del Estado Social de Derecho. En cualquier caso el gasto público social será prioritario.

El Estado, de manera especial, intervendrá para dar pleno empleo a los recursos humanos y asegurar, de manera progresiva, que todas las personas, en particular las de menores ingresos, tengan acceso efectivo al conjunto de los bienes y servicios básicos. También para promover la productividad y competitividad y el desarrollo armónico de las regiones.

La sostenibilidad fiscal debe orientar a las Ramas y Órganos del Poder Público, dentro de sus competencias, en un marco de colaboración armónica.

PARÁGRAFO. Al interpretar el presente artículo, bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar Los <sic> derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva.

Problema

Valor de la
prima de
aseguramiento

Derecho fundamental a la salud

Sostenibilidad de la estructura del
aseguramiento

Pagos oportuno y justo al talento
humano en salud.

Prima de aseguramiento y derecho fundamental a la salud



COIDE

Bajo ninguna circunstancia, autoridad alguna de naturaleza administrativa, legislativa o judicial, podrá invocar la sostenibilidad fiscal para menoscabar Los <sic> derechos fundamentales, restringir su alcance o negar su protección efectiva.

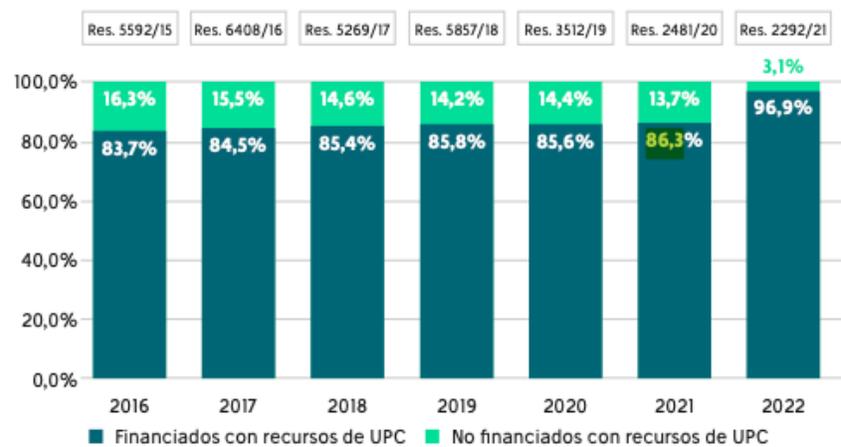
Auto 007 de 2025 - Reajustar el valor de la UPC de 2024 teniendo en cuenta el valor que se haya obtenido para el 2023 y los resultados del análisis de los puntos anteriores.

Resolución 2381
de 2021(2022)

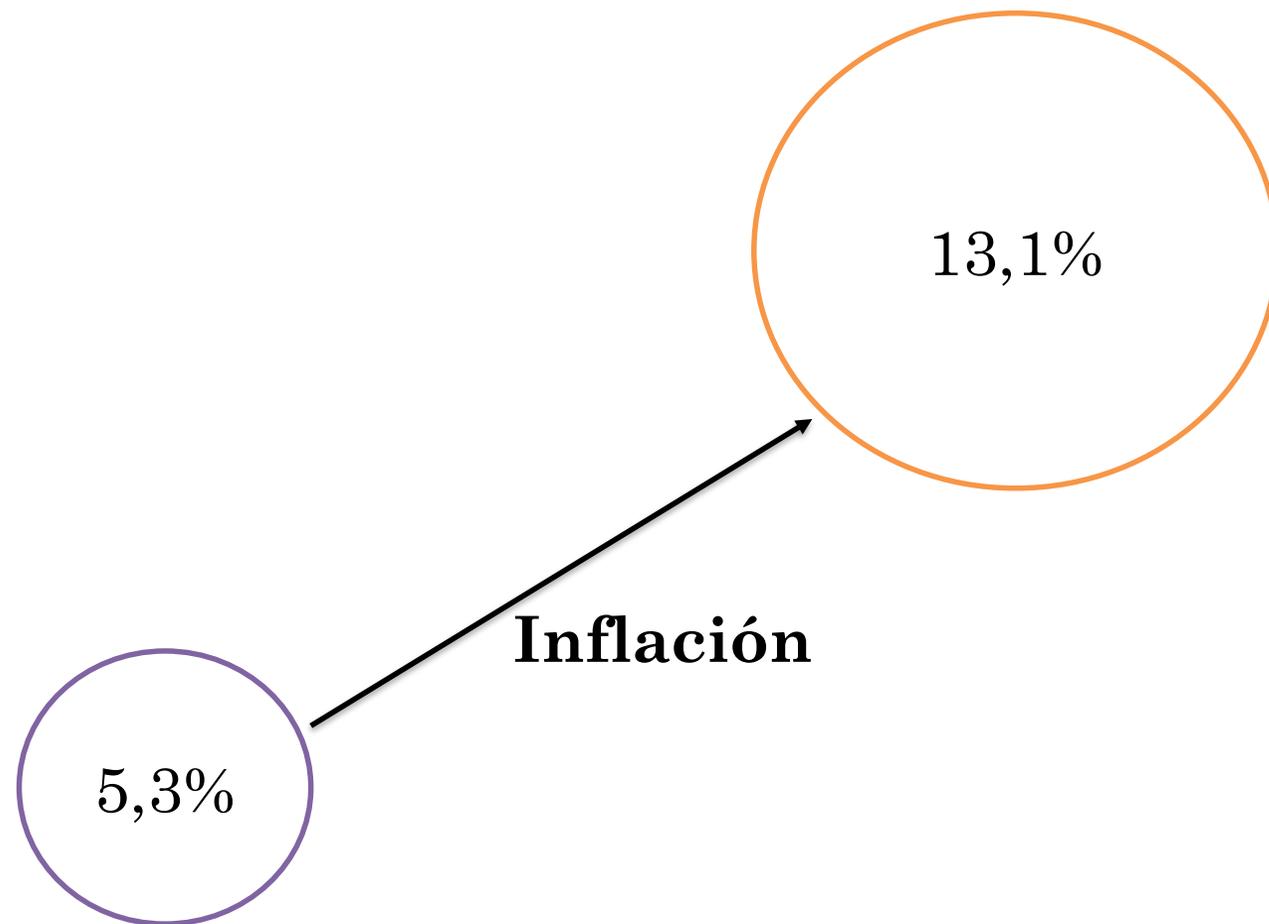
5,42% régimen contributivo (\$989.712) – (\$1.109.221)

6,33% régimen subsidiado (\$927.723) – (\$ 964.807)

Gráfica 4: Procedimientos disponibles en el país y financiados con recursos de la UPC 2016-2022.



Fuente: tomada de Evolución del Plan de Beneficios en Salud en Colombia (GES, 2022).



Resolución 2809
de 2022(2023)

16,23%

9,28%

Resolución 2364
de 2023(2024)

9,73%

9,73%

5,2%

Resolución 2717
de 2024(2025)

5,2%

4,9%*

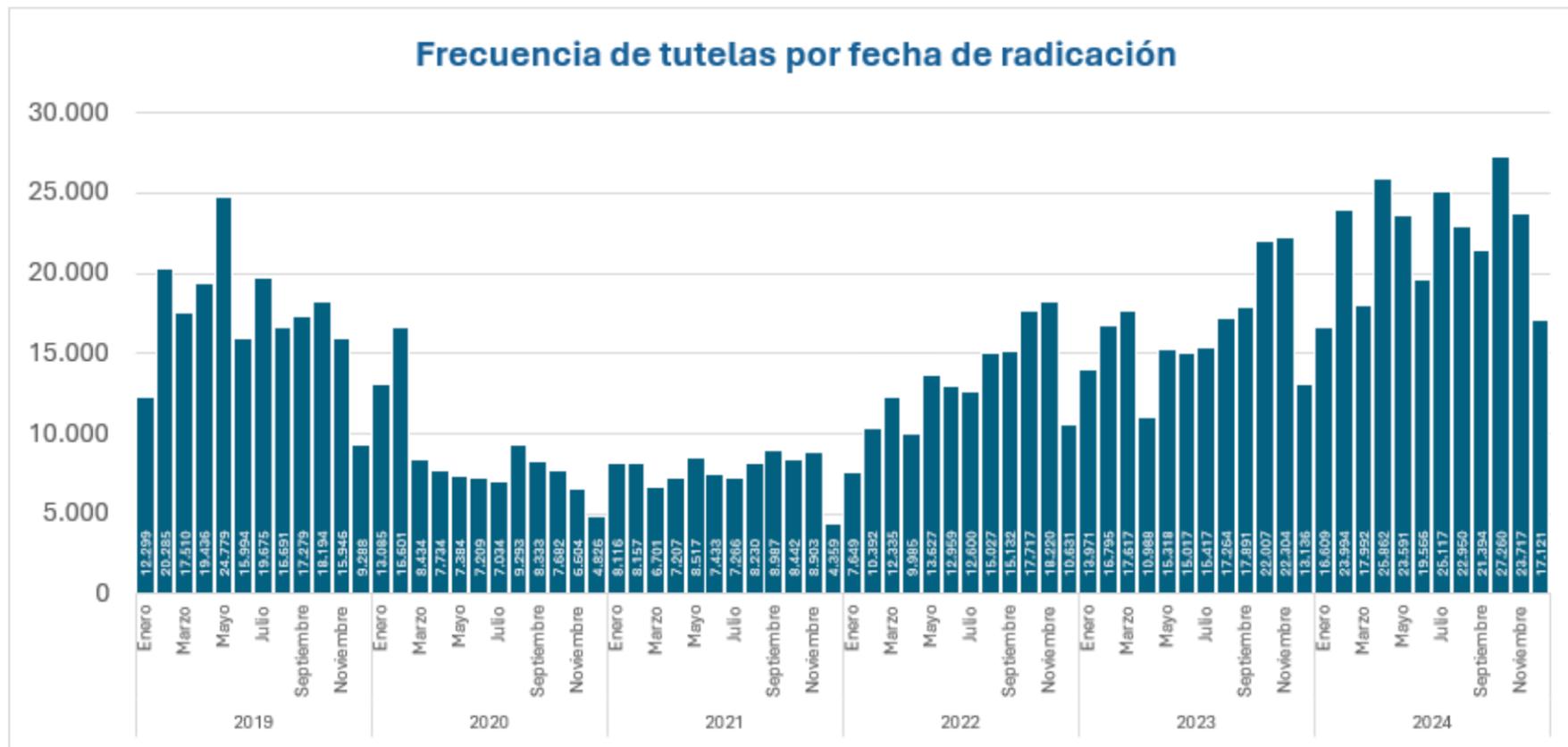


“Los análisis realizados en este ESPE permiten concluir que en los próximos años la economía colombiana podría experimentar un incremento sustancial en el gasto público necesario para financiar el sistema de salud, lo que requeriría la asignación de recursos adicionales equivalentes al 1,9 % del PIB en 2030.

Este aumento se explica por los riesgos asociados con cambios en los patrones demográficos y de morbilidad, la introducción de nuevos procedimientos médicos, así como la estructura del mercado laboral, e ineficiencias en el sistema. Las mayores necesidades de recursos demandarán fuentes permanentes de financiamiento, lo que genera impactos en las finanzas del sector público y en las principales variables macroeconómicas. El estudio encuentra que mejorar la eficiencia en la administración y gestión de los recursos, así como un mayor crecimiento económico y la reducción de la informalidad laboral, podrían contribuir a mitigar las necesidades de recursos. **Banrep, Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Num 106**

Derecho fundamental a la salud

1. La fijación del valor de la UPC tiene relevancia constitucional.



34%

Gráfico 11. Frecuencia de tutelas por fecha de radicación, 2019 - 2024. Fuente: Corte Constitucional.

Sostenibilidad de la estructura del aseguramiento

Reflexiones – sentencia SU-277 de 2025

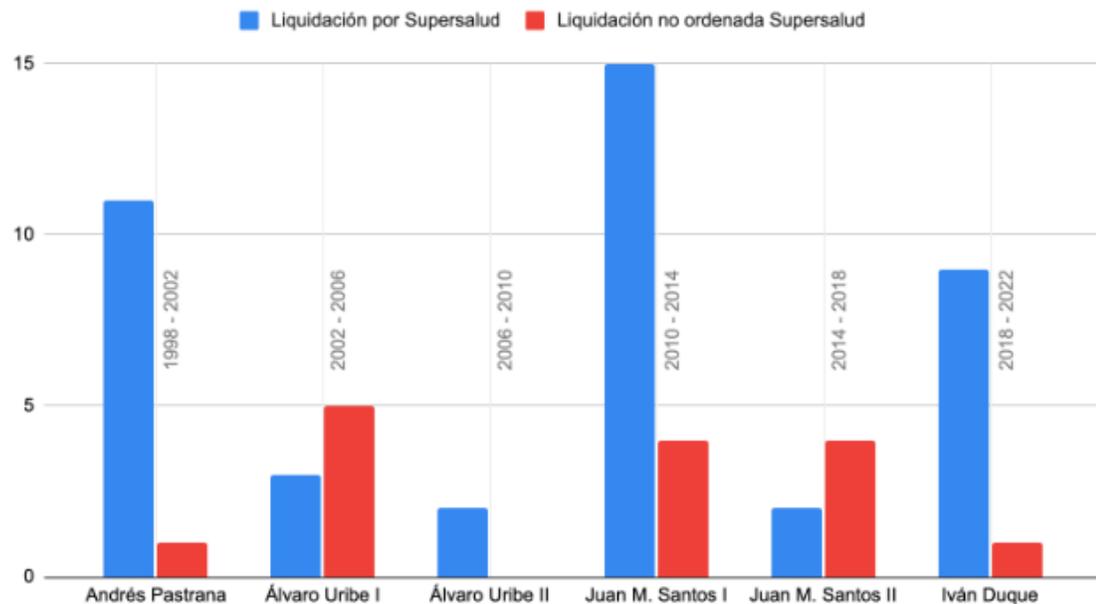
1. Finalidad de las intervenciones administrativas
2. Nexo de causalidad entre la insuficiencia de la UPC y el deterioro de las condiciones financieras del asegurador.

“Desde la administración de Andrés Pastrana en el año 2000, se han liquidado 117 EPS, de las cuales, solo cuatro han sido en este Gobierno porque no tienen patrimonio, ni capital, ni reservas técnicas, es decir, no tienen cómo operar.” Minsalud.

29 EPS
Vigentes
(12 intervenidas)

4 cumplan con las reservas técnicas

EPS liquidadas por periodo presidencial y tipo de liquidación



Fuente: Elaboración propia con información tomada de los reportes de entidades en medida especial, liquidación y traslados de EPS de la Superintendencia Nacional de Salud

¿por qué se liquidan las EPS luego de las intervenciones?



Conditio sine qua non
 “cuando se elimina la causa y el resultado sigue siendo el mismo”

Prestadores de servicios de Salud

2023

10.788
IPS
privadas

127.555
Servicios

2025

9.824
IPS
privadas
(964)

122.375
Servicios
(5.180)

UNIPS – señala que hay más 13.000 cierres temporales

Bogotá, Marzo de 2025. Tras 26 años ininterrumpidos de elaboración, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC presenta su estudio de cartera hospitalaria número 53 que con corte a diciembre de 2024, referencia una deuda con las 225 Instituciones que reportaron información de un total aproximado de 20,3 billones de pesos, cifra que representa un incremento de 6,9%, alrededor de 1,3 billones de pesos, en el monto absoluto de cartera respecto al anterior estudio con corte a junio del mismo año. Los resultados del estudio muestran también un incremento en el valor de la cartera en mora y en su concentración, puesto que en junio de 2024 estaba en 55,0% y con corte a diciembre de 2024 alcanzó 55,3%, con un incremento de más de 770 mil millones de pesos entre un corte y otro.

<https://achc.org.co/actualidad/estudio-de-cartera-numero-53-de-la-achc-reporta-deuda-superior-a-los-2/>

Laboratorios clínicos



El análisis del laboratorio clínico es un componente clave para garantizar una adecuada estimación de la UPC, pues refleja la carga real de morbilidad y el uso de servicios diagnósticos esenciales para el manejo clínico de los pacientes.

Razones para Revisar el Laboratorio Clínico en la Construcción de la UPC

1. Reflejo directo de la demanda diagnóstica y de seguimiento clínico

Los exámenes de laboratorio son la base para la toma de decisiones médicas, seguimiento de tratamientos y control de enfermedades. La frecuencia y tipo de pruebas solicitadas orientan el uso real y necesario de recursos en salud.

2. Captura de condiciones clínicas no evidentes en otras bases

Muchas enfermedades requieren diagnóstico y monitorización continua mediante laboratorio, que puede no quedar reflejada adecuadamente en otros registros administrativos. Sin esta revisión, se subestima la complejidad y costos asociados.

3. Mejor estimación de costos y consumo de servicios

Incorporar información precisa sobre procedimientos de laboratorio mejora la modelación financiera, evitando subestimaciones o sobrestimaciones de la UPC por falta de datos específicos.

4. Adaptación al cambio epidemiológico y tecnológico

La constante innovación en técnicas y tecnologías diagnósticas implica que las tablas de costos y frecuencias deben actualizarse periódicamente para reflejar la realidad actual.



Aspectos a revisar

- Costos del laboratorio

La UPC se estima con el valor que se paga por procedimiento (severidad) así como la frecuencia de ocurrencia de los mismos de los mismos (frecuencia). Además, debe estimarse los siniestros incurridos no reportados, es decir, los procedimientos que no se hacen los pacientes o que se hacen particularmente y no se reportan por RIPS. Acá hay dos debilidades: el costo de los procedimientos en RIPS que en su mayoría no están actualizados y la estimación de lo no reportado a Minsalud. Deben actualizarse los manuales tarifarios de los procedimientos de laboratorio a la realidad actual y estimar lo no reportado para que la UPC sea real.

- Variabilidad regional en la utilización de exámenes de laboratorio

La práctica clínica y la accesibilidad a servicios varía entre regiones, lo que afecta el perfil y costos locales. La UPC debe incorporar esta heterogeneidad para evitar inequidades.

- Calidad y estandarización de los datos de laboratorio

Actualmente, puede haber inconsistencias o falta de estandarización en los registros de laboratorio de las EPS o prestadores. Es indispensable implementar estándares claros y unificados.

- Incorporación de pruebas de alta complejidad y tecnologías emergentes

Algunas pruebas avanzadas pueden no estar contabilizadas adecuadamente en la UPC, pero representan un costo y funcionalidad clínica importante.

- Análisis de comportamiento en cronicidad y seguimiento

La recurrencia y frecuencia con que se realizan pruebas en enfermedades crónicas debe moldear la construcción de la UPC, considerando la evolución temporal de los pacientes.

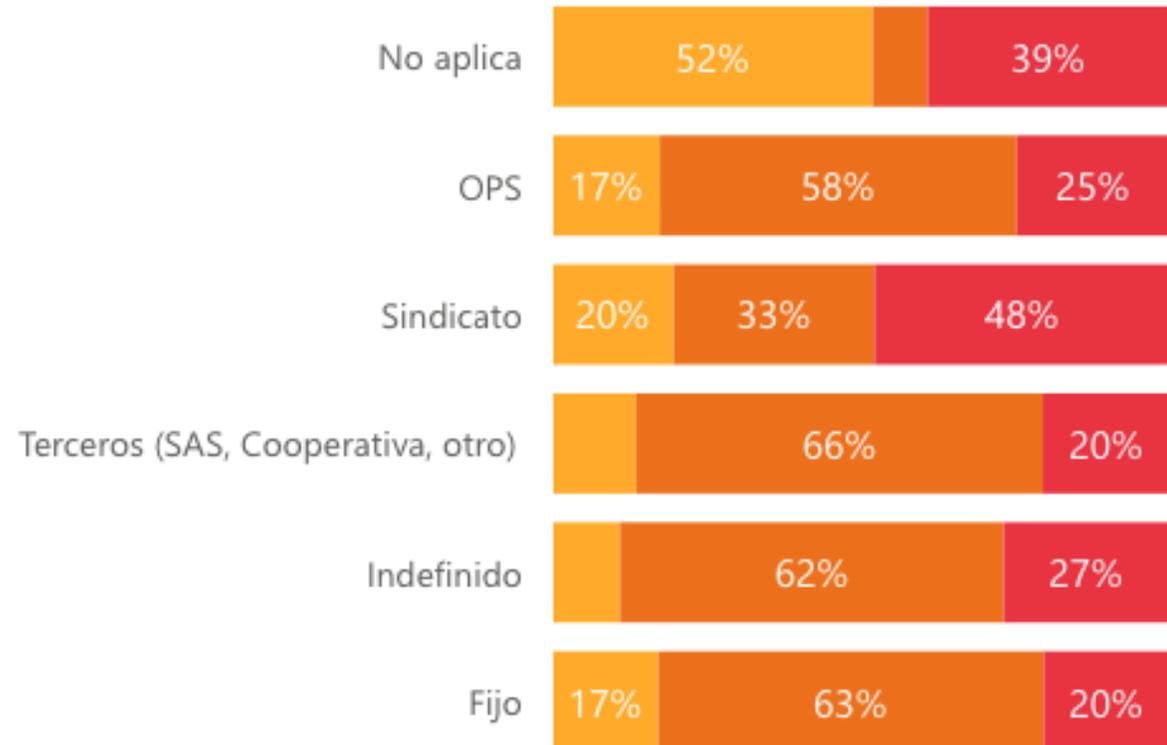
- Factores sociales, económicos y demográficos

Determinantes que afectan el acceso o la frecuencia de uso de servicios de laboratorio deben incluirse para reflejar impactos en costos y necesidades según los distintos grupos poblacionales.

Pagos oportuno y justo al talento humano en salud.

Tipos de contratación vs Tipo de IPS

● mixta ● privada ● publica



8.3. Comparación del costeo de trabajadores de la salud por OPS y con formalización laboral

Como se observa a continuación, a 2023 el costo de la contratación por Prestación de Servicios es de \$5,61 billones y la formalización laboral de estos trabajadores requiere \$9,0 billones. El costo fiscal neto de formalizar el talento humano en salud sería de \$3,39 billones.

En lo que concierne a los honorarios mínimos de los profesionales de la salud, **que serán un componente el nuevo sistema tarifario**, encuentra la Corte que en el estado actual de cosas, la norma legal ahora bajo estudio persigue clarísimo objetivos constitucionales que no son otros que el reconocimiento **de una remuneración, mínima, vital y móvil, proporcional a la cantidad y calidad del trabajo. Que nuestros profesionales de la salud, algunos de ellos altamente capacitados a costa de inmensos sacrificios personales, familiares, sociales, reciban una justa remuneración por su trabajo y de su dedicación a la comunidad en una de las actividades de mayor servicio social que conoce la humanidad**, desarrolla claramente caros postulados constitucionales de reconocimiento a la dignidad del trabajo y de la persona humana, **a la par que incentiva a estos profesionales y las nuevas generaciones que los relevarán, al mejoramiento constante de su formación técnica y científica.** [Sentencia C 955 de 2007](#)

5) EPS y flujo de Información en el cálculo de la UPC

Universidad de Antioquia U de A
Facultad Nacional de Salud Pública
Dr. Francisco Javier Aguirre Echavarría



EPS Y FLUJO DE INFORMACIÓN EN EL CÁLCULO DE UPC

FRANCISCO JAVIER AGUIRRE ECHAVARRÍA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA - UdeA

CONFLUENCIA DE UNIVERSIDADES PÚBLICAS EN SALUD

EL NÚCLEO – LA ESTIMACIÓN DE LA UPC

$$UPC = Frecuencia * Severidad$$

$$Frecuencia = \frac{\text{Cantidad de reclamaciones}}{\text{población expuesta}}$$

$$Severidad = \frac{\text{Valor de las reclamaciones}}{\text{Cantidad de reclamaciones}}$$

El cálculo tiene en cuenta las **condiciones demográficas, epidemiológicas, de utilización y estándares de calidad**

Requisitos del calculo de la prima (UPC):

- *Capacidad de proyección futura de la realidad financiera.*
- *Balance global de la ecuación individual en cada grupo de riesgo.*

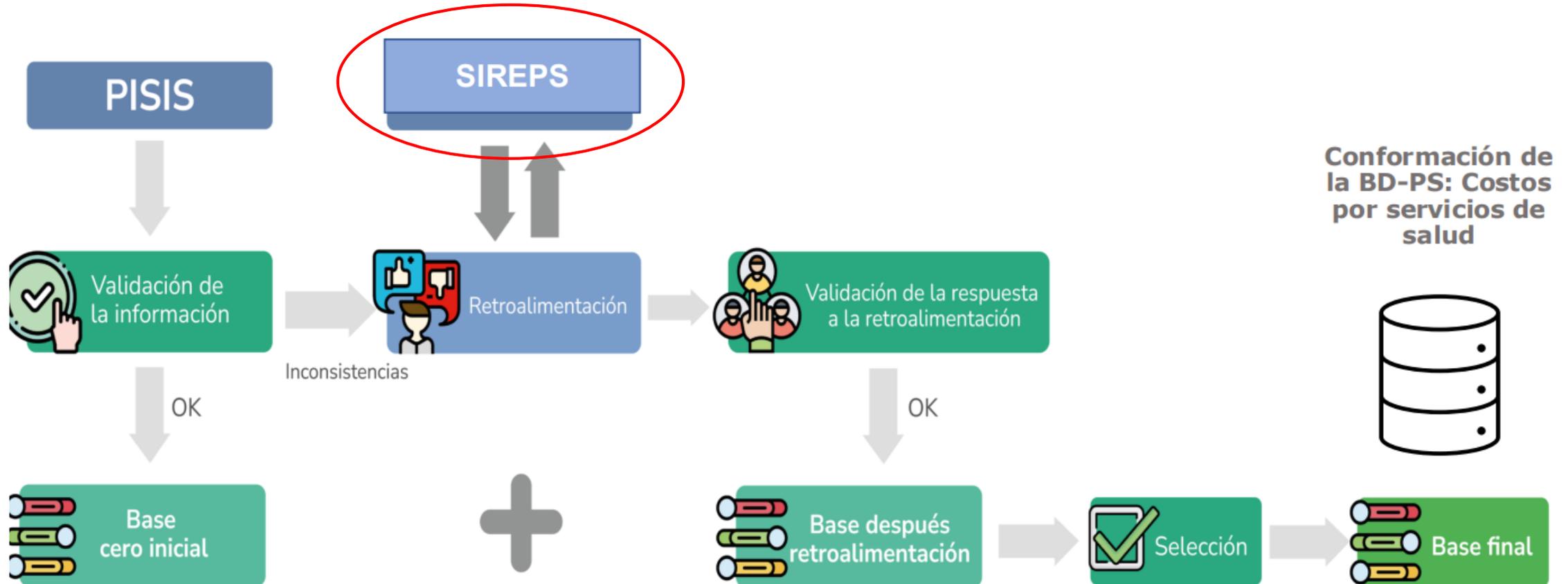
Ajuste de riesgo en tres dimensiones:

- *Edad*
- *Sexo*
- *Zona*

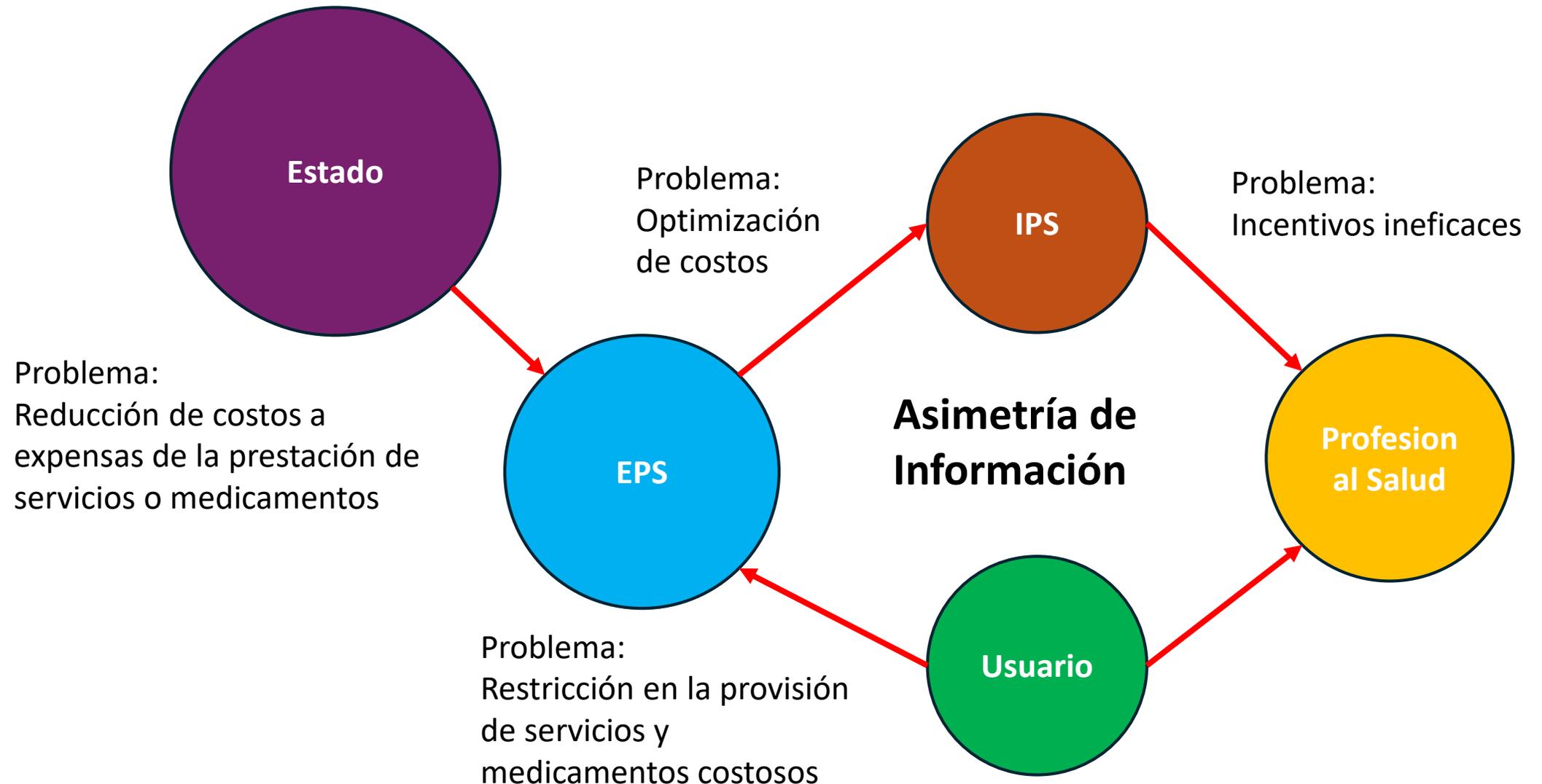
Consideraciones del ajuste:

- *Gasto incurrido por el grupo de riesgo*
- *Población expuesta del grupo de riesgo*

Centralidad de las EPS en el flujo de la información: Delegatarias de usuarios y agencias del estado



Asimetría de Información y Relación de Agencia



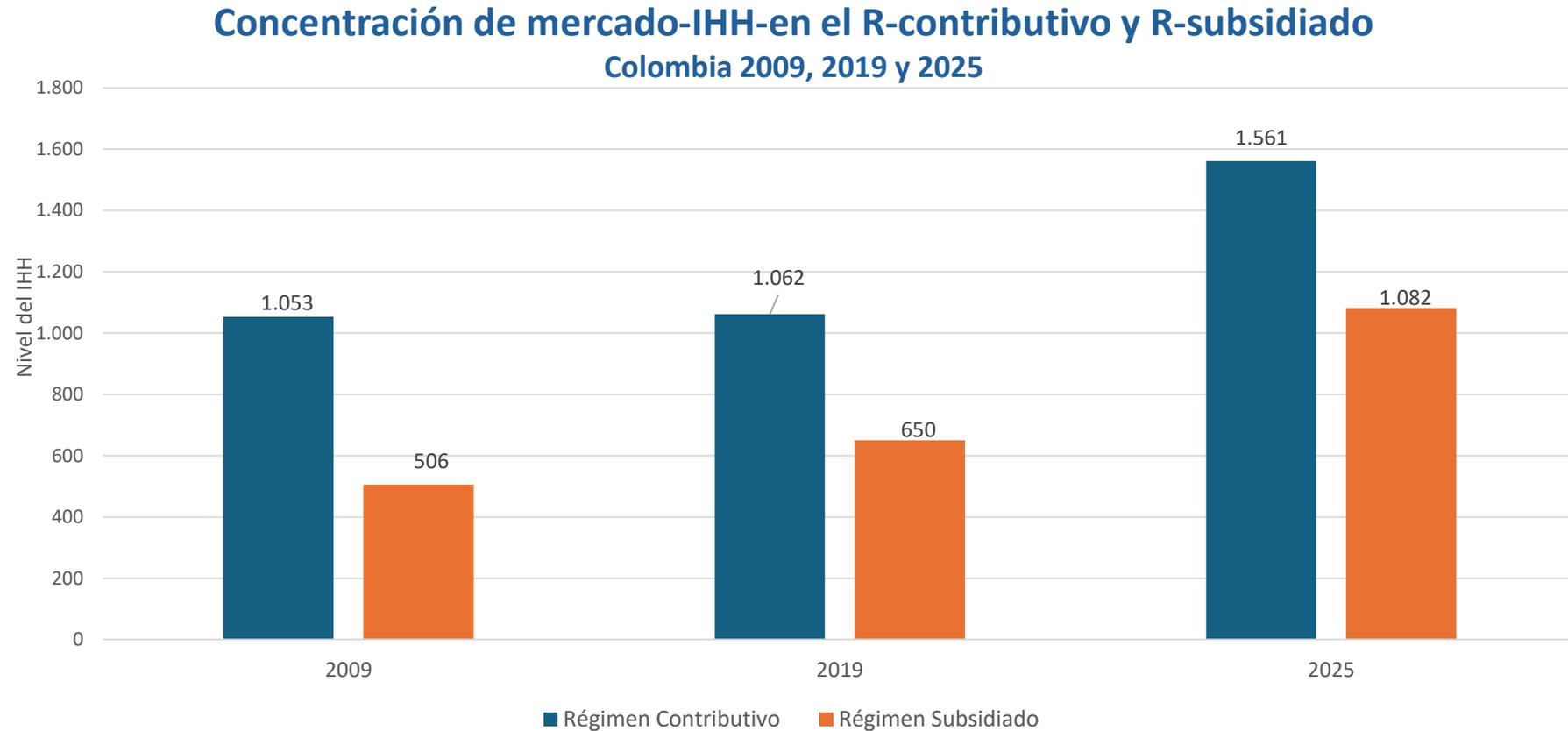
Asimetría de Información y Relación de Agencia

- La asimetría de información refleja los conflictos de interés de los actores del sistema y se refleja en los nueve problemas identificados en los reportes de información:
 1. Fragmentación de datos y errores de identificación del paciente
 2. Registros incompletos o tardíos
 3. Codificación clínica inconsistente
 4. Duplicados y conteos inflados
 5. Heterogeneidad de formatos
 6. Incoherencia macro entre microdatos y cuentas de gasto
 7. "Upcoding" o diagnósticos sin sustento
 8. Faltantes y sesgos de selección
 9. Gobernanza débil y falta de indicadores

Poder de Mercado de las EPS

- El Índice de Herfindahl-Hirschman (IHH) es una medida utilizada para evaluar la concentración del mercado y la competencia en un sector. Se calcula como la suma de los cuadrados de las participaciones de mercado de todas las empresas que operan en un mercado determinado. Los niveles de concentración se consideran según los siguientes rangos:
 - $0 \leq \text{IHH} < 1.500$ Mercado competitivo
 - $1.500 \leq \text{IHH} < 2.500$ Mercado medianamente concentrado
 - ≥ 2.500 Mercado altamente concentrado

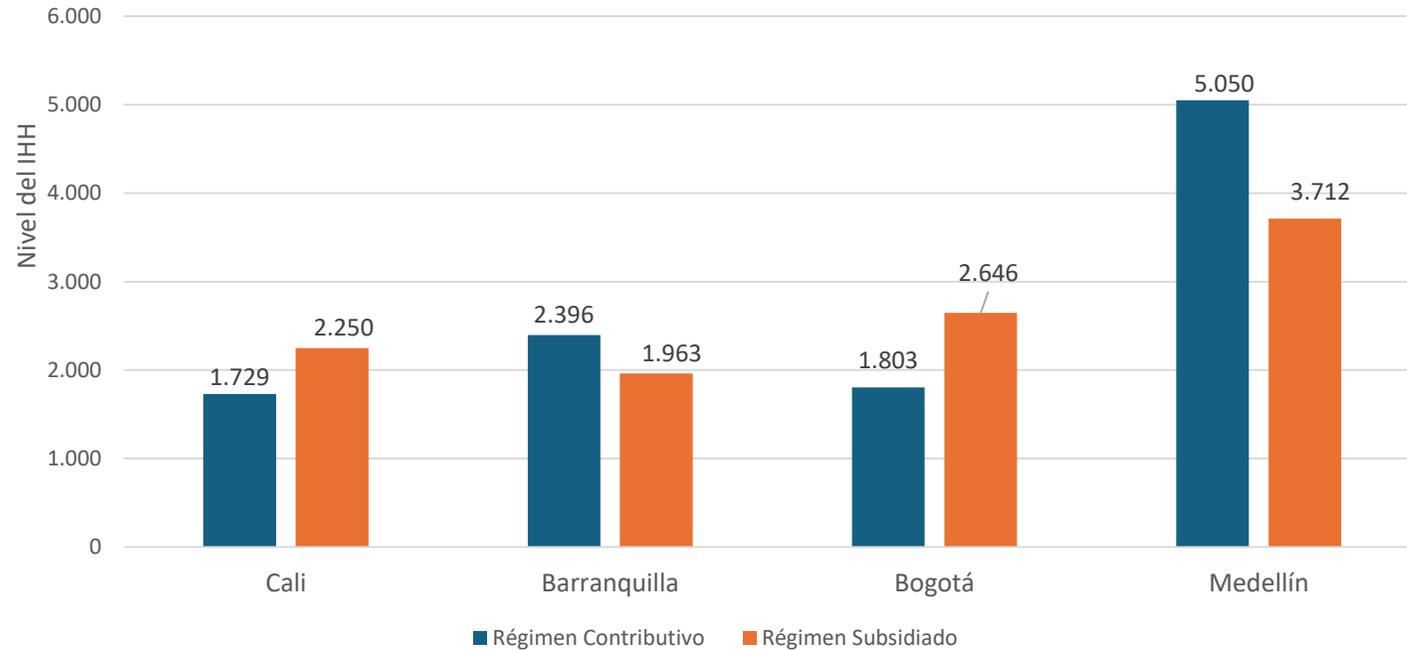
Poder de Mercado de las EPS



Fuente: Elaboración propia, datos Ministerio de Salud, 2025.

Poder de Mercado de las EPS

**Concentración de Mercado-IHH- en los
R-Contributivo y R-Subsidiado**
Cuatro principales ciudades, 2025



Fuente: Elaboración propia, datos Ministerio de Salud, 2025.

Evidencias de la Calidad de los Datos

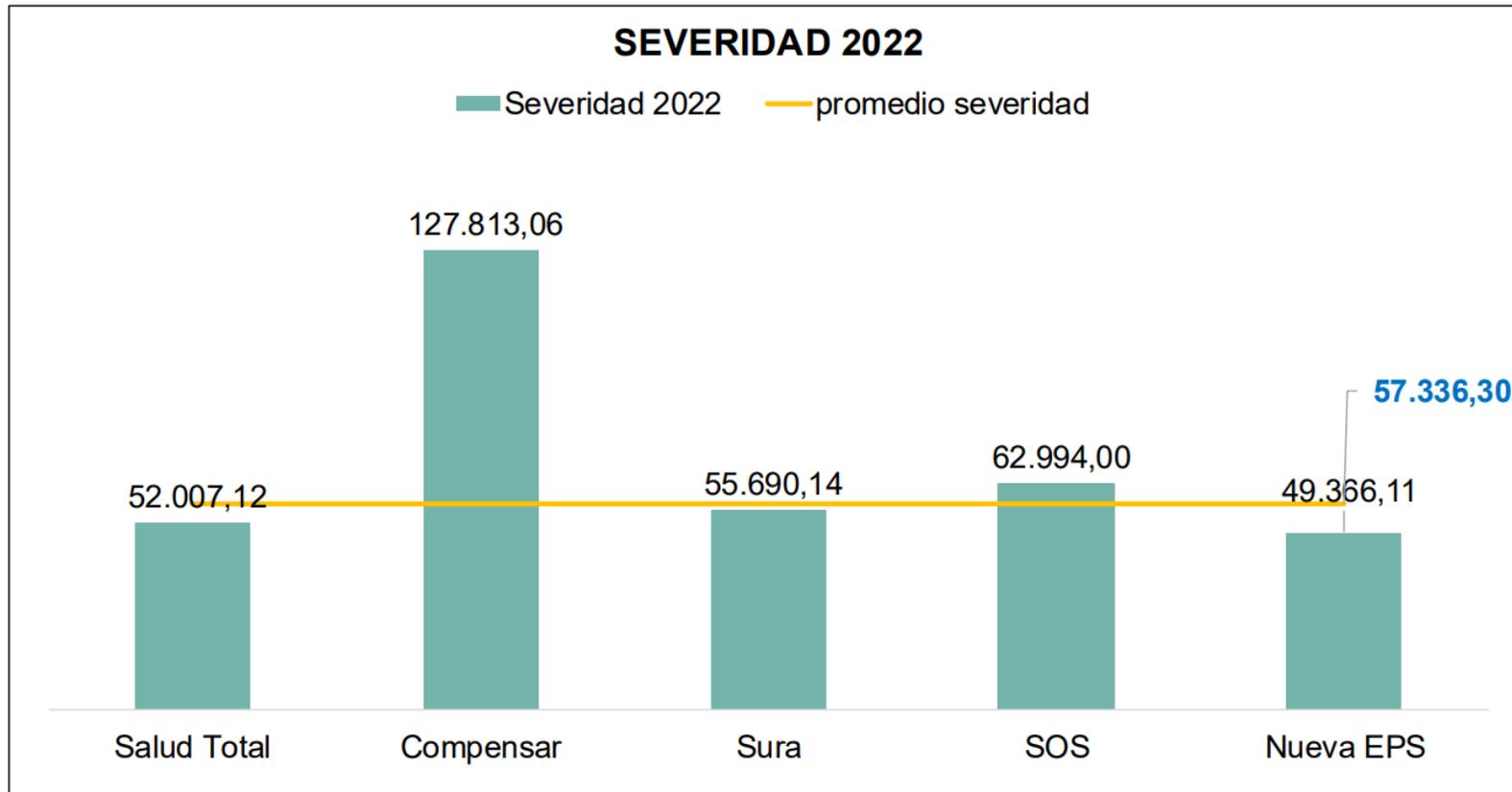
Valores atípicos grupos de calidades BD-PS

CALIDAD	PROCEDIMIENTO	PROCEDIMUIENTO	VALOR REPORTADO	VALOR COMPARADOR	DIFERENCIA	%
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 438.226.529	\$ 299.965	\$ 437.926.564	146.093
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 369.621.412	\$ 510.753	\$ 369.110.659	724
C8_1	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	\$ 339.418.650	\$ 59.628	\$ 339.359.022	5.692
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 338.150.520	\$ 510.753	\$ 337.639.767	662
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 332.231.010	\$ 299.965	\$ 331.931.045	1.108
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 306.865.976	\$ 510.753	\$ 306.355.223	601
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 237.945.152	\$ 299.965	\$ 237.645.187	793
C8_1	876122	ARTERIOGRAFIA CORONARIA CON CATETERISMO IZQUIERDO	\$ 225.122.968	\$ 1.212.344	\$ 223.910.624	186
C8_1	992505	POLITERAPIA ANTINEOPLASICA DE ALTA TOXICIDAD	\$ 218.313.175	\$ 510.753	\$ 217.802.422	427
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 216.053.913	\$ 299.965	\$ 215.753.948	720
C8_1	992502	TERAPIA ANTINEOPLASICA INTRATECAL	\$ 214.186.180	\$ 299.965	\$ 213.886.215	714

Fuente: sesion3-mesa-trabajo-upc-20250821, pág. 113

Evidencias de la Calidad de los Datos

Compensar reporta un costo equivalente al 243% del promedio de las demás EPS



Fuente: sesion3-mesa-trabajo-upc-20250821, pág. 122

Problemas Estructurales en el Flujo de Ingresos

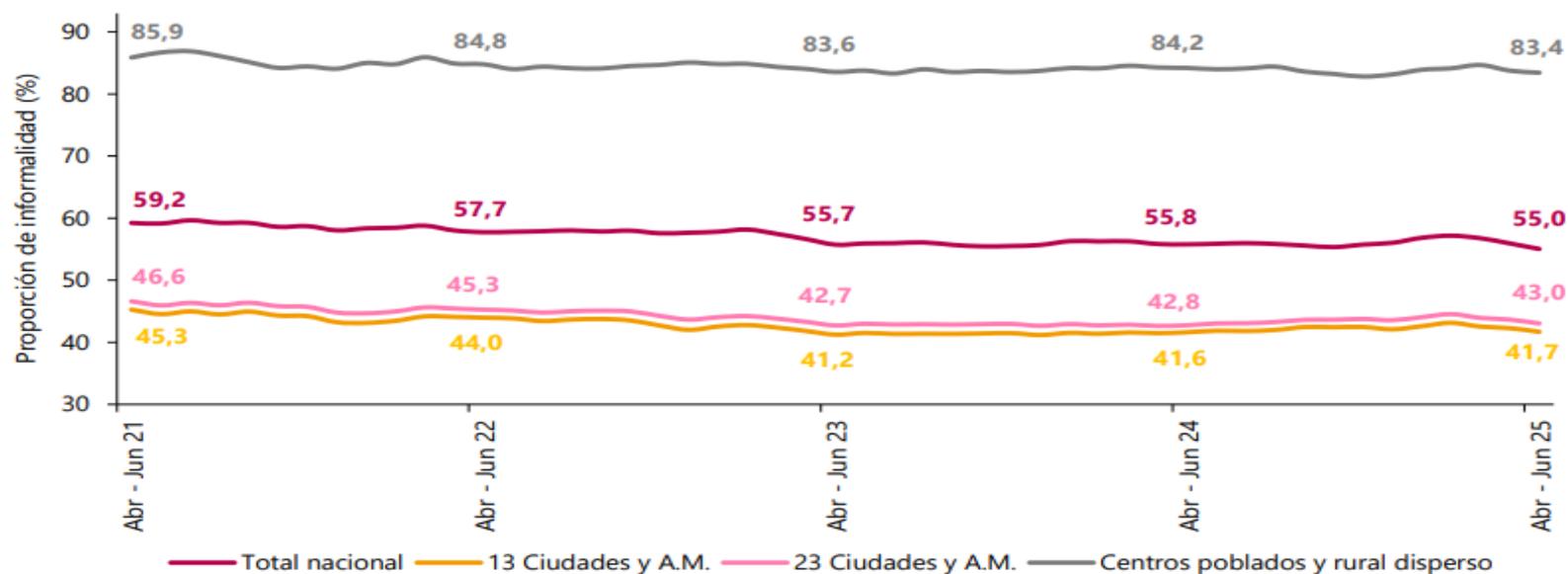
- Bajos niveles de salarios de los colombianos Enero-Agosto 2024

Rango de salario	Ocupados	Porcentaje
Menos de un salario mínimo	10 millones	44,24%
Un salario mínimo	3,3 millones	14,6%
Más de un salario mínimo	5,3 millones	23,45%
Más de dos salarios mínimos	2 millones	8,85%
Más de cuatro salarios mínimos	0,9 millones	3,98%
Sin información	1,1 millones	4,87%
Total	22,6 millones	

Fuente: Ministerio del Trabajo, 2024

Problemas Estructurales en el Flujo de Ingresos

- Informalidad: población ocupada informal Trimestre Abril-Junio (2021-2025)

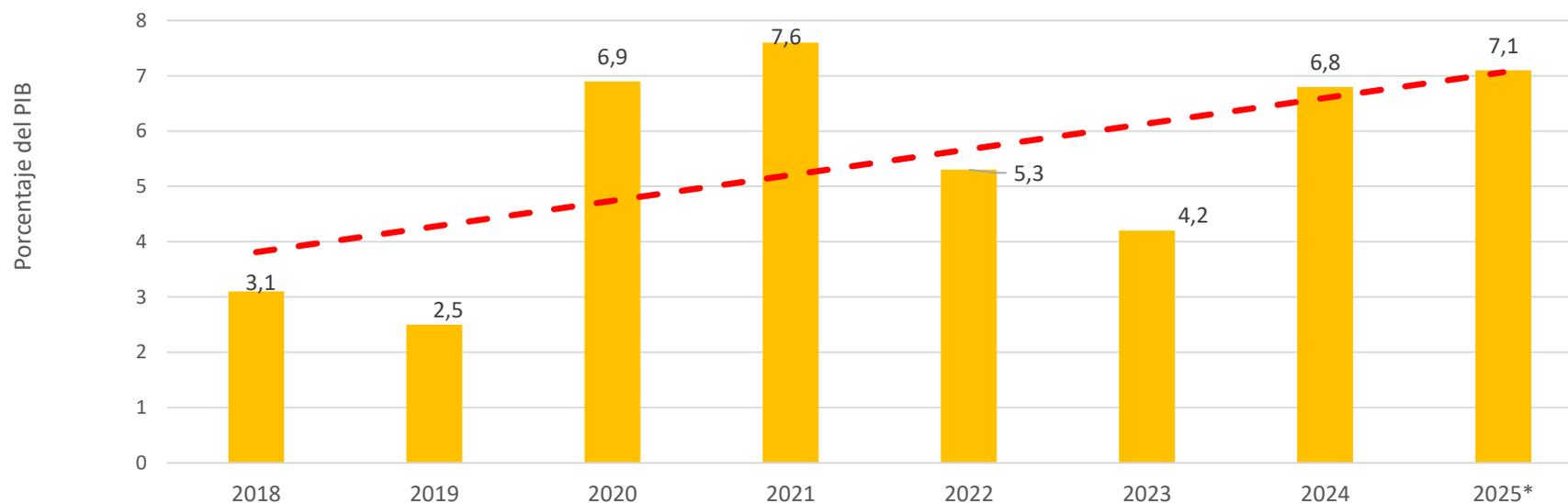


Fuente: Boletín técnico DANE, Agosto, 2025

Problemas Estructurales en el Flujo de Ingresos

- Creciente déficit fiscal del gobierno nacional

Déficit Fiscal del Gobierno Nacional
Colombia 2018-2025

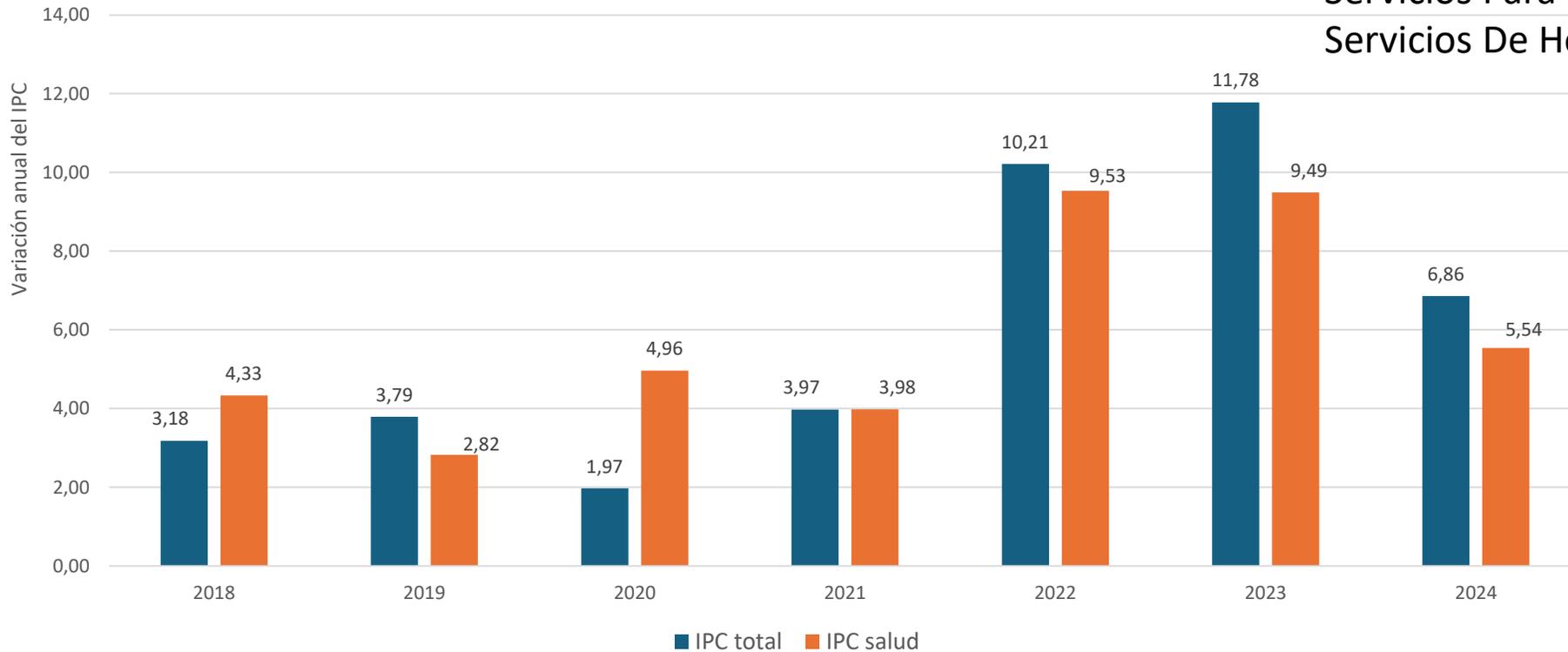


* Proyectado

Fuente: Elaboración propia, Indicadores del Banco de la República, 2025

A Propósito del Manejo de la Información

Inflación total Nacional y Salud
Colombia 2018-2024



Salud

Productos, Artefactos Y Equipos Médicos
Servicios Para Pacientes Externos
Servicios De Hospital

Fuente: Elaboración propia, datos DANE, 2025

6) Definición, identificación, efectos del rezago en la UPC y operación del sistema

Secretaría de Salud de Cali

Dr. Carlos Eduardo Pinzón Flórez



SALUD

DEFINICIÓN, IDENTIFICACIÓN, EFECTOS DEL REZAGO EN LA UPC Y OPERACIÓN DEL SISTEMA

Secretaría de Salud Pública
Carlos Eduardo Pinzón Flórez



**ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI**

www.cali.gov.co/salud



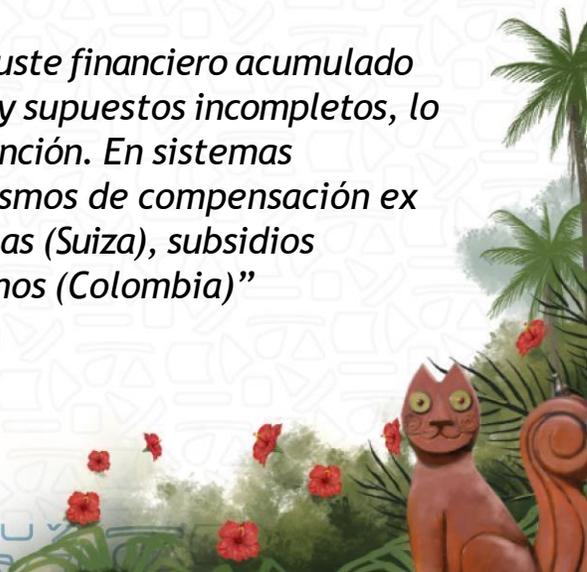
Definición Técnica

El rezago de prima de aseguramiento en salud es el desfase temporal y financiero que se produce cuando la prima fijada ex ante no refleja de manera suficiente ni oportuna los costos reales de atención en salud. Surge por:

1. **Base de información atrasada:** el cálculo utiliza datos históricos con rezagos de 1-3 años.
2. **Incorporación tardía de cambios epidemiológicos, tecnológicos o regulatorios.**
3. **Inflación médica superior al ajuste aplicado en la prima.**
4. **Choques inesperados (epidemias, medicamentos innovadores, crisis económicas).**

El rezago se traduce en insuficiencia de financiación, necesidad de **ajustes ex post** o de transferencias adicionales, y tensiones en la sostenibilidad del aseguramiento.

“El rezago de prima de aseguramiento en salud es el desajuste financiero acumulado que resulta de calcular la prima con información histórica y supuestos incompletos, lo cual impide cubrir oportunamente los costos reales de atención. En sistemas internacionales, este rezago se gestiona mediante mecanismos de compensación ex post (Alemania, Países Bajos), ajustes regulatorios de primas (Suiza), subsidios fiscales (Japón) o pagos adicionales y presupuestos máximos (Colombia)”



Referenciación Internacional Tabla

Tabla comparativa internacional del rezago de prima de aseguramiento en salud, con los principales países referentes y Colombia:



País / Sistema	Mecanismo de cálculo de la prima	Origen del rezago	Medidas de corrección (ex post / regulatorias)	Efectos en la sostenibilidad
Alemania - Morbi-RSA	Fondo central redistribuye aportes a aseguradoras según edad, sexo, diagnósticos de morbilidad	Datos de morbilidad y costos con rezago de 1 año; aparición de nuevas patologías o terapias no incorporadas a tiempo	Compensaciones interanuales entre aseguradoras; ajustes periódicos al modelo de riesgo	Riesgo moderado de déficit a corto plazo; sistema estable a mediano plazo gracias a ajustes técnicos
Países Bajos - Risk Equalization Fund	Prima nominal + contribuciones solidarias; modelo de riesgo con múltiples variables (edad, sexo, ingreso, farmacoterapia, región)	Modelos predictivos basados en datos históricos; gasto real mayor por innovaciones o alta siniestralidad	Pagos correctivos ex post; compensaciones por gastos inesperados	Se mantiene equidad entre aseguradoras, aunque con retraso en la cobertura de costos
Suiza - Seguro básico LAMal	Primas definidas anualmente por aseguradora y aprobadas por regulador	Los costos reales superan lo estimado en el año; inflación médica no anticipada	Incrementos abruptos en la prima al año siguiente; no existen compensaciones intra- anuales	Tensión financiera en aseguradoras y hogares; primas altas afectan accesibilidad
Japón - Seguro Social y Nacional (Kokumin Kenko Hoken)	Prima proporcional a ingresos y edad, con aportes estatales y de empleadores	Envejecimiento acelerado no capturado de inmediato; costos de larga estancia y crónicos	Subsidios fiscales intergubernamentales para cubrir déficit; transferencias de fondos nacionales	Riesgo de presión fiscal creciente; sostenibilidad depende del apoyo estatal
Colombia - SGSSS (UPC)	Unidad de Pago por Capitación, calculada actuarialmente con edad, sexo, región, ruralidad, condiciones especiales	Rezago de 2-3 años en bases de datos; tecnologías nuevas, precios de medicamentos y choques epidemiológicos no reflejados	Presupuestos máximos, recobros, giros adicionales, sentencias judiciales que obligan a ajustes	Rezago estructural recurrente; genera crisis de liquidez en EPS y necesidad de medidas de salvamento



Identificación y Evaluación de Rezago



Métodos

1. MARCO CONCEPTUAL:

La **prima de aseguramiento en salud** en Colombia corresponde a la **Unidad de Pago por Capitación (UPC)**, definida anualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social mediante resolución. La UPC se ajusta con base en modelos actuariales que incorporan edad, sexo, región, ruralidad y otros factores de riesgo.

El **rezago de la UPC** se entiende como la diferencia entre el valor reconocido ex ante y el costo real de los servicios del Plan de Beneficios en Salud (PBS), más la brecha derivada de las tecnologías financiadas por Presupuestos Máximos (PM).

La necesidad de estimar este rezago surge porque:

- La **información utilizada en el cálculo de la UPC tiene rezagos temporales (2-3 años)**.
- Los **costos médicos reales crecen más rápido que los ajustes reconocidos**.
- Existen **choques no anticipados (COVID-19, alzas en medicamentos de alto costo, aumento en prevalencia de crónicos y salud mental)**.

2. FUENTES OFICIALES DE INFORMACIÓN:

Se priorizó la extracción de datos de fuentes públicas, oficiales y verificables:

1. **Resoluciones de UPC (2015-2025)** - Ministerio de Salud y Protección Social.
 - Valor per cápita anual de la UPC contributiva y subsidiada.
 - Factores de ajuste (edad, sexo, región, ruralidad, dispersión).
1. **ADRES - Estadísticas financieras y de gasto en salud.**
 - Ejecución de recursos del PBS.
 - Información de recobros (2015-2019) y Presupuestos Máximos (2020-2025).
3. **BDUA (Base de Datos Única de Afiliados)** - reporte de afiliados al SGSSS por régimen y año.
4. **SISMED - Sistema de Información de Precios de Medicamentos.**
 - Precios unitarios de medicamentos de alto costo.
 - Tendencias de gasto en oncológicos, biológicos y huérfanos.
5. **Boletines epidemiológicos nacionales** - INS / MinSalud.
 - Cambios en carga de enfermedad y frecuencia de eventos de alto impacto.

3. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Se analizaron los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) entre 2015 y 2025, en ambos regímenes (contributivo y subsidiado). El análisis es de carácter ecológico y financiero, centrado en promedios per cápita y totales agregados.

4. VARIABLES PRINCIPALES:

1. **UPC per cápita reconocida (COP)** - valor anual por afiliado.
2. **Costo PBS per cápita observado (COP)** - gasto real reportado por ADRES.
3. **Necesidad PM per cápita (COP)** - estimación oficial de tecnologías no PBS.
4. **Asignación PM per cápita (COP)** - valor financiado vía Presupuestos Máximos.
5. **Rezago_PBS** = PBS observado - UPC reconocida.
6. **Rezago_PM** = PM necesario - PM asignado.
7. **Rezago_Total** = Rezago_PBS + Rezago_PM.

5. CÁLCULO DE INDICADORES:

Se construyeron indicadores en dos niveles:

Nivel per cápita
(por afiliado):

$$\text{Rezago}_{pc_t} = (PBS_{pc_t} - UPC_{pc_t}) + (PM_{need}_{pc_t} - PM_{assigned}_{pc_t})$$

Nivel total
(agregado SGSSS):

$$\text{Rezago}_{Total_COP_t} = \text{Rezago}_{pc_t} \times \text{Afiliados}_{totales_t}$$

Índices Normalizados
(2015=100):

- UPC.
- PBS observado.
- Índice de costos médicos (MCI) = Frecuencia de episodios × Costo promedio por episodio (derivado de RIPS).



6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

- Se aplicaron **series de tiempo 2015-2025**, comparando tendencias de UPC, PBS y MCI.
- Se calculó el **rezago acumulado (2015-2025)**.
- Se realizaron análisis de sensibilidad con escenarios alternativos:
 - Inflación médica +2% anual.
 - Inclusión acelerada de medicamentos biológicos.
 - Crecimiento epidemiológico de enfermedades crónicas.

7. VALIDACIÓN Y LIMITACIONES:

- La metodología se inspira en los marcos de **risk equalization** de Alemania y Países Bajos, adaptados al SGSSS colombiano.
- Limitaciones:
 - El acceso a microdatos de RIPS requiere limpieza compleja.
 - ADRES publica gasto consolidado con rezagos de 1-2 años.
 - No se ajusta por calidad ni por impacto de glosas y recobros rechazados.





Resultados

1. Evolución de la UPC y del costo real (2015-2025)

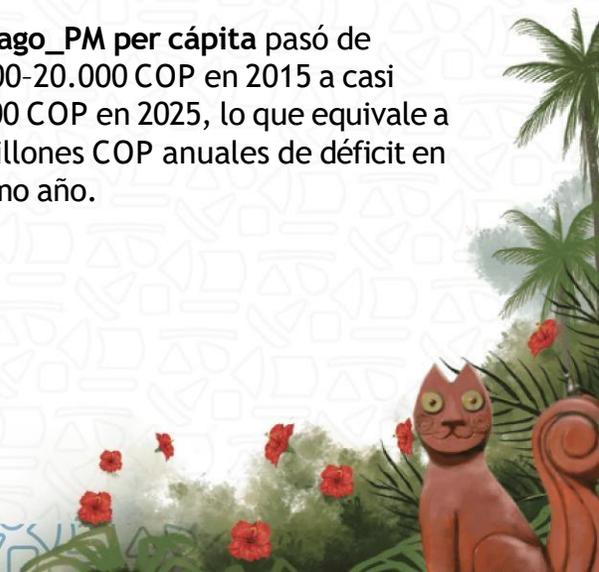
- La **UPC per cápita** pasó de aproximadamente **\$600.000 COP** en 2015 a **\$1.2 millones** en 2025 (duplicación en diez años).
- El **costo PBS per cápita observado** creció más rápido, de alrededor de **\$620.000 COP** en 2015 a más de **\$1.65 millones** en 2025, con una pendiente superior al ajuste de la UPC.
- El **MCI (índice de costo médico)** mostró una tendencia aún más acelerada, impulsado por mayor frecuencia de episodios y aumento del costo promedio por evento, en particular en cáncer, enfermedades huérfanas y crónicas no transmisibles.

2. Rezago del PBS (2015-2025)

- El **Rezago_PBS per cápita** fue positivo todos los años, comenzando con **\$20.000 COP** en 2015 y aumentando a más de **\$450.000 COP** en 2025.
- En valores agregados, para una afiliación promedio de 45 millones de personas, esto representó un déficit superior a **\$20 billones COP acumulados** en el periodo.

3. Rezago de Presupuestos Máximos (PM)

- Entre 2015-2019, antes de los PM, el desfinanciamiento se evidenció en los recobros por tecnologías No-PBS.
- Desde 2020, con los PM, el sistema reconoció asignaciones crecientes, pero aún inferiores a la necesidad real estimada.
- El **Rezago_PM per cápita** pasó de **\$10.000-20.000 COP** en 2015 a casi **\$40.000 COP** en 2025, lo que equivale a **\$1.8 billones COP anuales** de déficit en el último año.



4. Rezago total (PBS + PM)

- El **Rezago_Total per cápita** alcanzó en 2025 un estimado de **\$460.000 COP por afiliado**.
- En términos globales, el rezago acumulado entre 2015 y 2025 se aproxima a **\$3,6 billones COP**, lo que explica en gran parte la crisis de liquidez y la inviabilidad de múltiples EPS.

5. Gráficas de tendencias

a) Índices UPC vs PBS vs MCI (2015=100)

- La UPC se mantuvo en torno a 200 en 2025 (doble de 2015).
- El PBS llegó a 266 y el MCI a casi 280, mostrando un rezago estructural.

b) Rezago total per cápita (COP)

- La brecha se amplía progresivamente, con curva ascendente más pronunciada desde 2019.

c) Rezago acumulado total (COP)

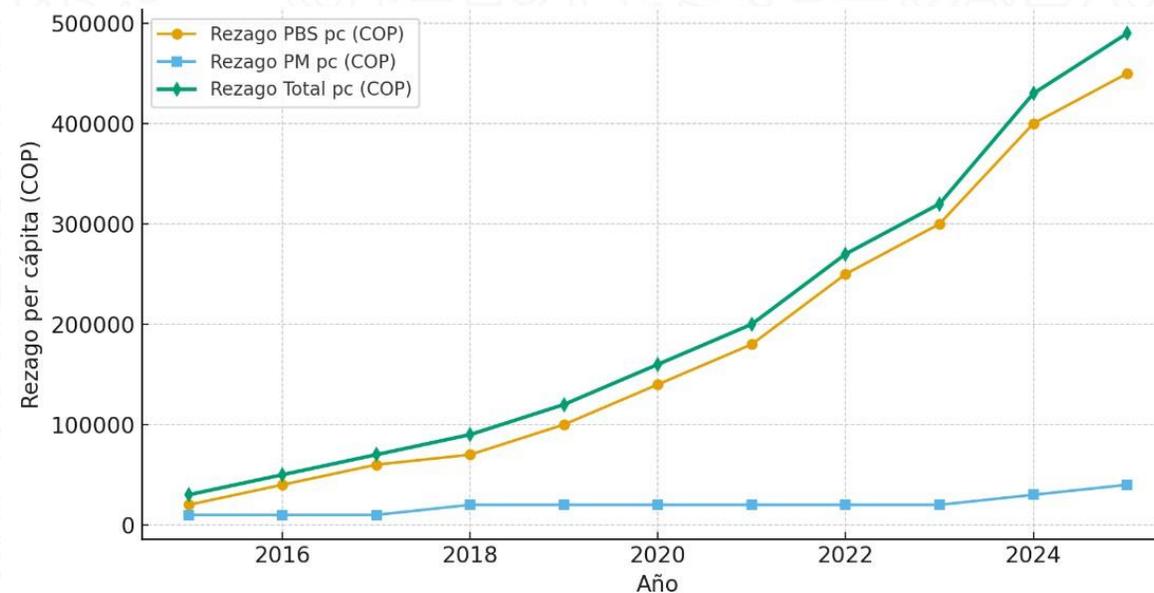
- La curva acumulada muestra crecimiento exponencial, alcanzando decenas de billones hacia 2025.



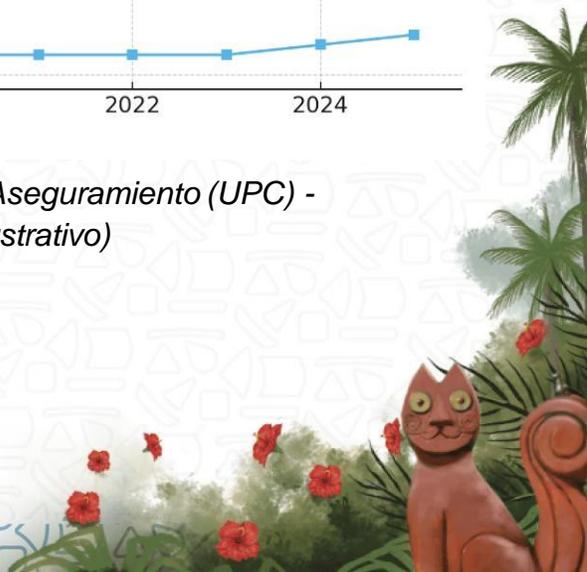
6. Tablas clave

Año	UPC pc (COP)	PBS pc (COP)	Rezagó PBS pc (COP)	PM gap pc (COP)	Rezagó total pc (COP)	Rezagó total (billones COP)
2015	600,000	620,000	20,000	10,000	30,000	0.750
2020	780,000	920,000	140,000	20,000	160,000	1.2
2023	1,000,000	1,300,000	300,000	30,000	330,000	2.9
2025	1,200,000	1,650,000	450,000	40,000	490,000	3.6

(Fuentes de información: ADRES, resoluciones UPC, BDU y SISMED.)



Tendencia del Rezagó de la Prima de Aseguramiento (UPC) - Colombia 2015-2025 (Ilustrativo)





Propuestas

1. MEDIDAS A CORTO PLAZO:

- Fondo transicional de pagos
- Distribución a EAPBs con compromiso por problemas de cálculo
- Auditoria concurrente de usos y gastos

2. MEDIDAS A MEDIANO PLAZO:

Creación de centro de regulación de aseguramiento en salud que garantice:

- Auditorias
- Mecanismos de compensación ex post
- Seguimiento de monitoreo de la gestión del riesgo en salud
- Cálculo de la prima o mecanismo de pago



SALUD

GRACIAS POR SU ATENCIÓN



ALCALDÍA DE
SANTIAGO DE CALI



7) Mesa Técnica de UPC
***Rol del Gobierno Nacional en la
financiación del aseguramiento en
Salud***

Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Subdirección de Salud y Riesgos Profesionales
Dirección General de Regulación Económica de la Seguridad Social
Dra. Amanda Isabel Coral Córdoba





Hacienda



Mesa Técnica de UPC

Rol del Gobierno Nacional en la financiación del aseguramiento en Salud

Ministerio de Hacienda y Crédito Público

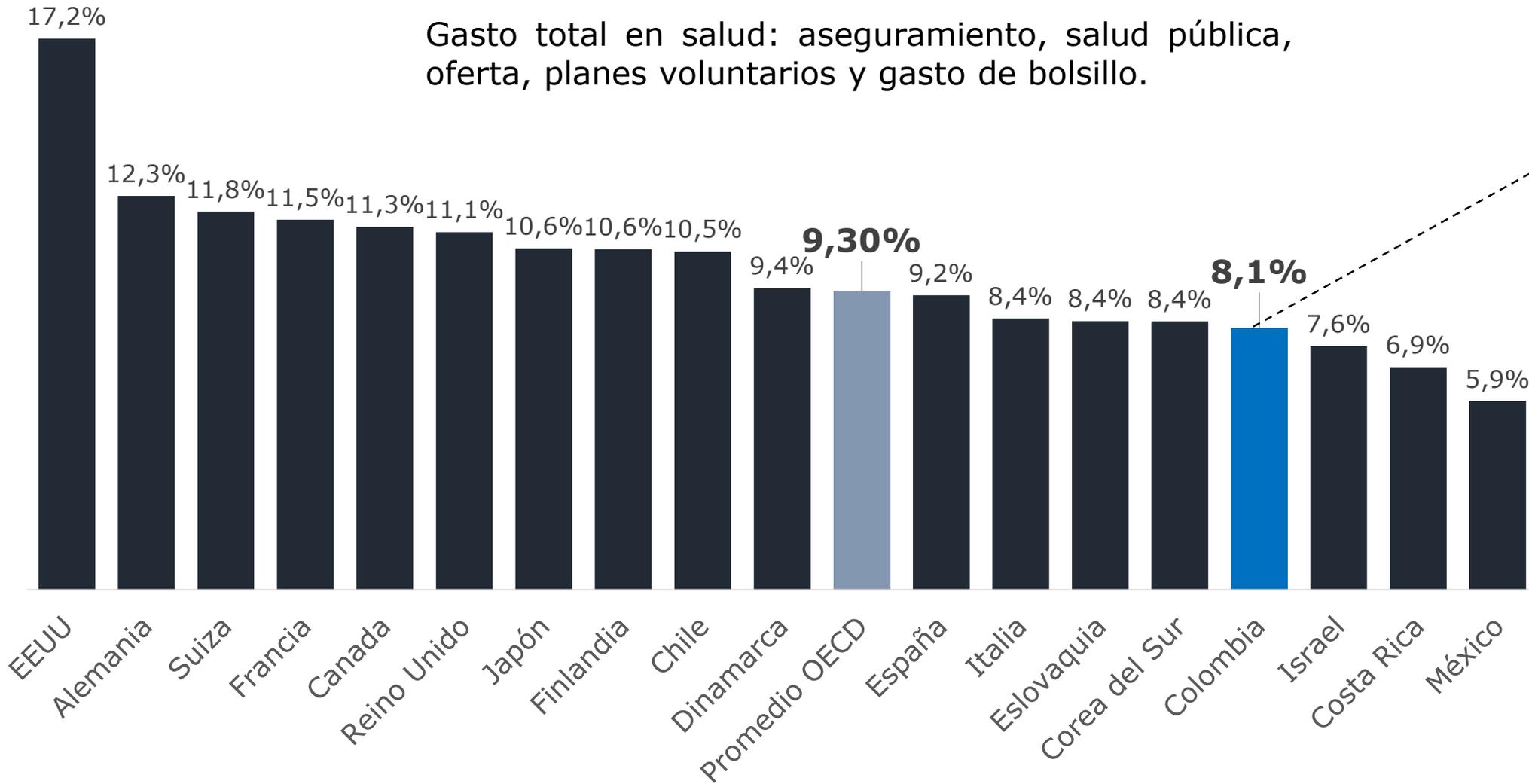


Contenido

1. Gasto en salud para un país de ingreso medio como Colombia.
2. Esfuerzo fiscal para el aseguramiento en salud.
3. Consideraciones sobre siniestralidad actuarial y siniestralidad contable.

1. Gasto en salud para un país de ingreso medio - Gasto en salud como porcentaje del PIB (2024)

Países OCDE



Según la OMS-2022, **Colombia tiene un gasto en salud (7,6%) por encima del promedio (6,6%)** de países del mismo nivel de ingresos*.

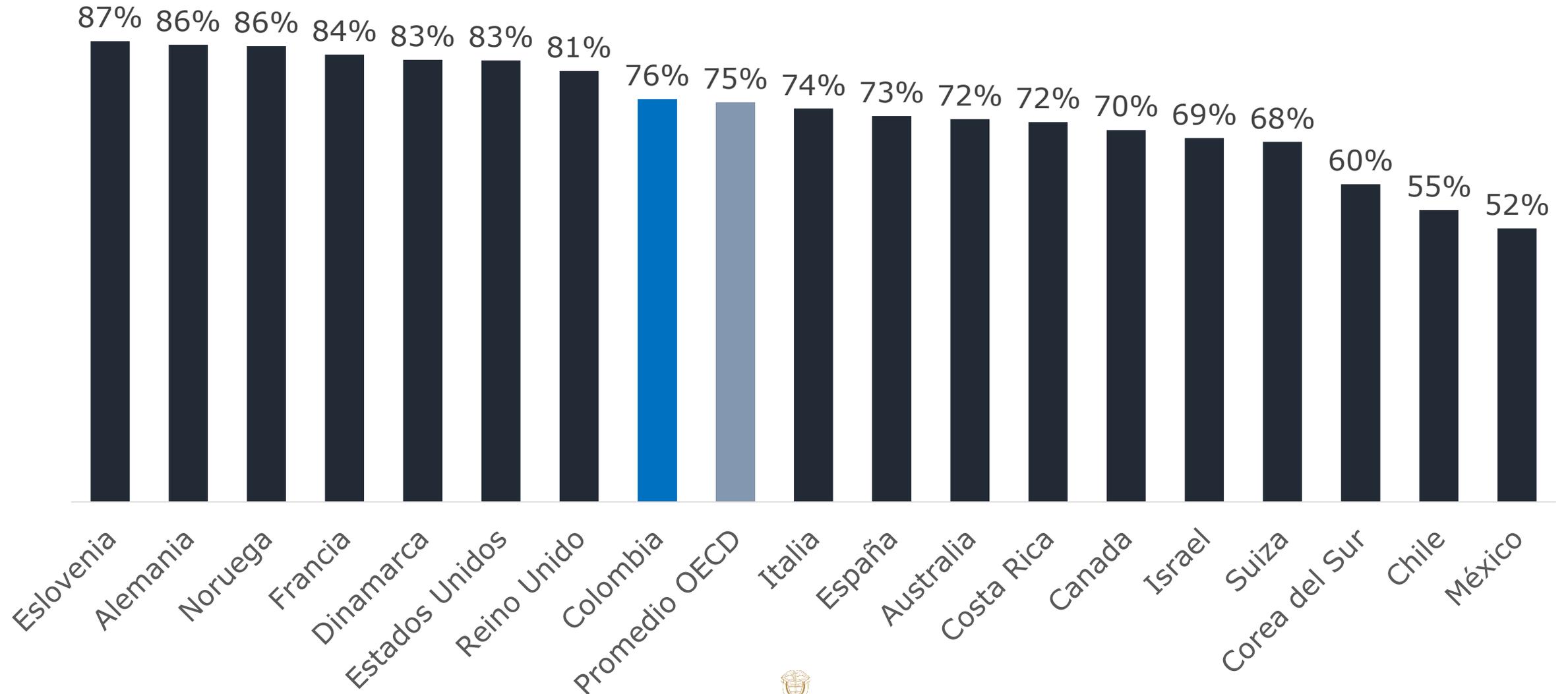
Nota: Información tomada de OCDE Data Explorer (2025). Países de ingreso alto excepto Colombia.



* Según Estadísticas de Global Health Expenditure Database (GHED) actualizada a diciembre de 2024.

1. Gasto en salud para un país de ingresos medios - Gasto del gobierno como % del gasto total en salud

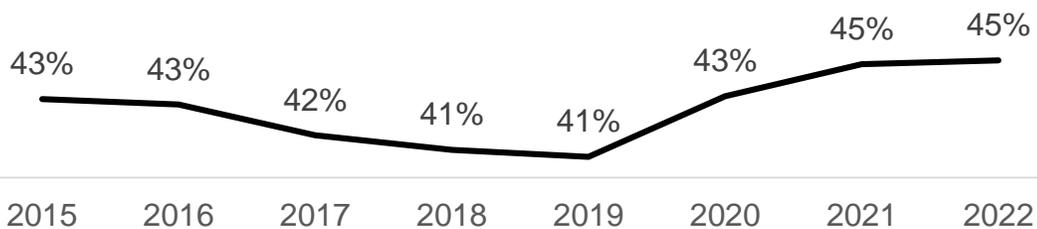
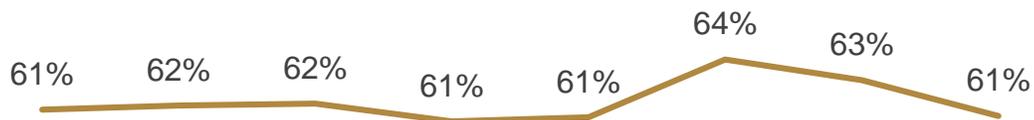
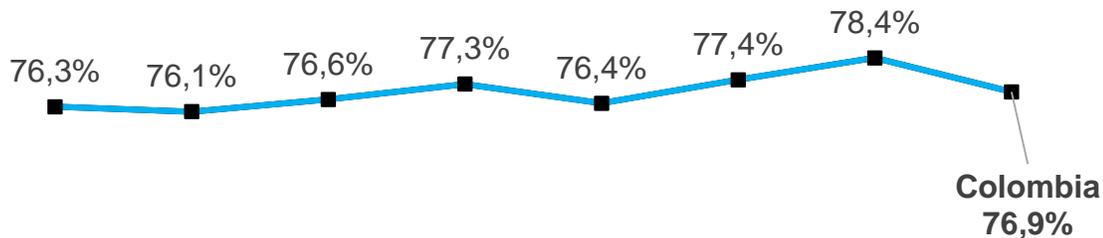
Países miembros de la OCDE (2024)



Nota: Información tomada de OECD Data Explorer (2025)

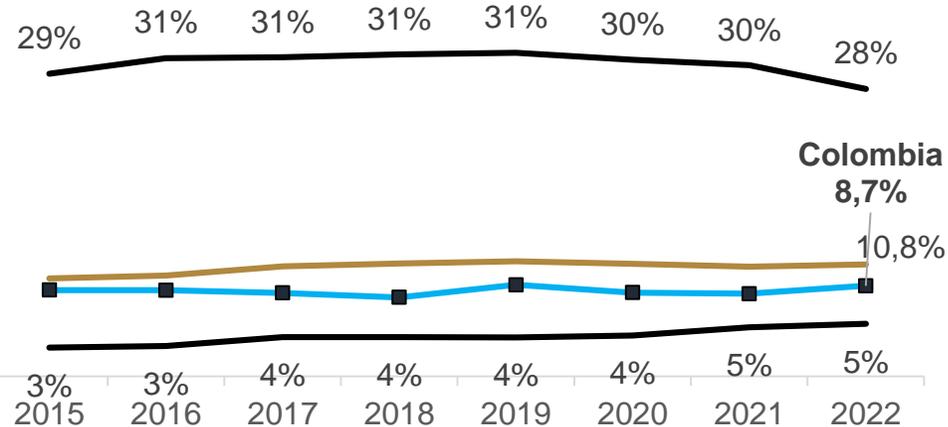
1. Gasto en salud para un país de ingresos medios - Gasto total en salud según fuente de financiamiento

Gasto del Gobierno como % del gasto total

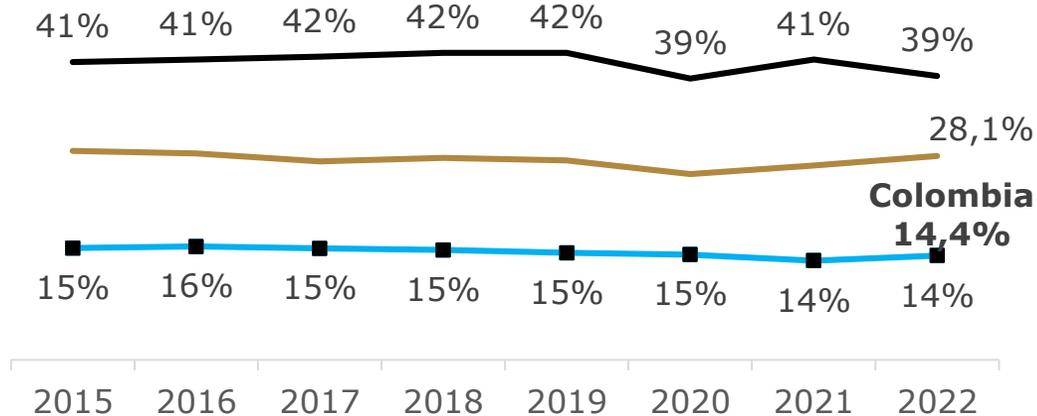


— Máximo — Promedio — Colombia — Mínimo

Gasto voluntario como % del gasto total



Gasto de bolsillo como % del gasto total



Fuente: Países analizados: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México y Perú. Cálculos propios a partir de OMS. <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>

1. Gasto en salud para un país de ingresos medios - Estrategias Futuras de eficiencia

Plan de Beneficios-Resultados en Salud.

Mecanismos de regulación de precios y tarifas.

Establecer modelos de pago eficientes articulados con auditorías.

Costo eficiencia-Tecnologías en salud.

Fortalecer Atención Primaria.

Mejorar la oportunidad en la prestación de servicios.

Establecer lineamientos exigibles de práctica clínica basados en evidencia.

Optimizar coordinación de redes en doble vía.

Incrementar capacidades de IVC de la Supersalud.

Promover competencia entre prestadores y economías de escala.

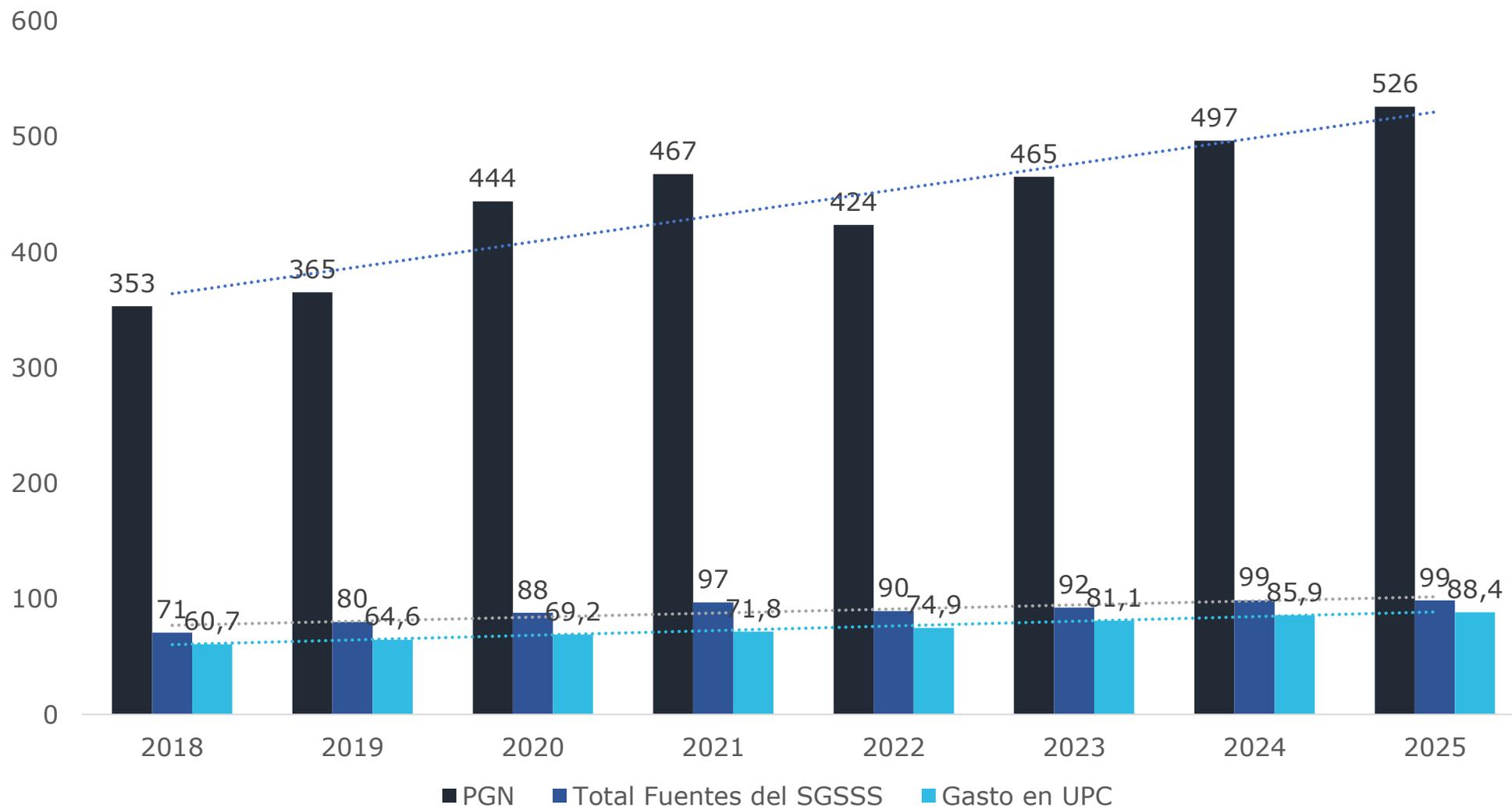
Implementar Sistemas de Información Interoperables.

Aumentar Fiscalización en la evasión de aportes.



2. Esfuerzo Fiscal para Aseguramiento en Salud - Apropiaciones definitivas del PGN - Total PGN y fuentes del SGSSS

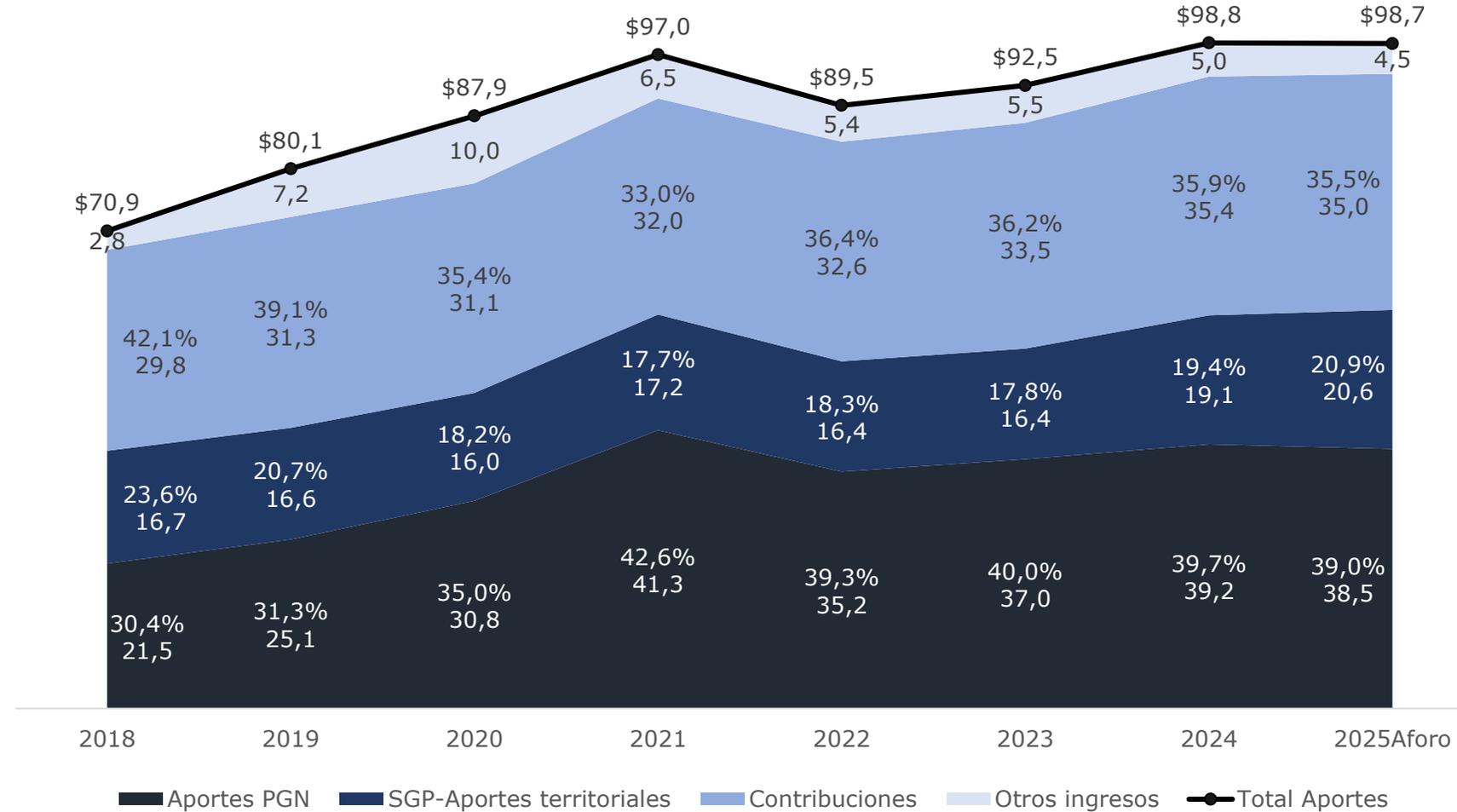
- En las últimas 3 vigencias los recursos para el aseguramiento crecieron al 4,4% anual real, mientras que entre 2020 y 2022 crecieron al 4,0%.
- Recursos de 2025 corresponden al aforo de julio. Al cierre de vigencia los recursos superarán los \$100 billones.



Nota. Cifras en billones de 2025. Elaboración SSRP-MHCP con base en información de Portal de Transparencia Económica (<https://www.pte.gov.co/>) e información de ejecución presupuestal de la ADRES-URA (aforo a Julio).

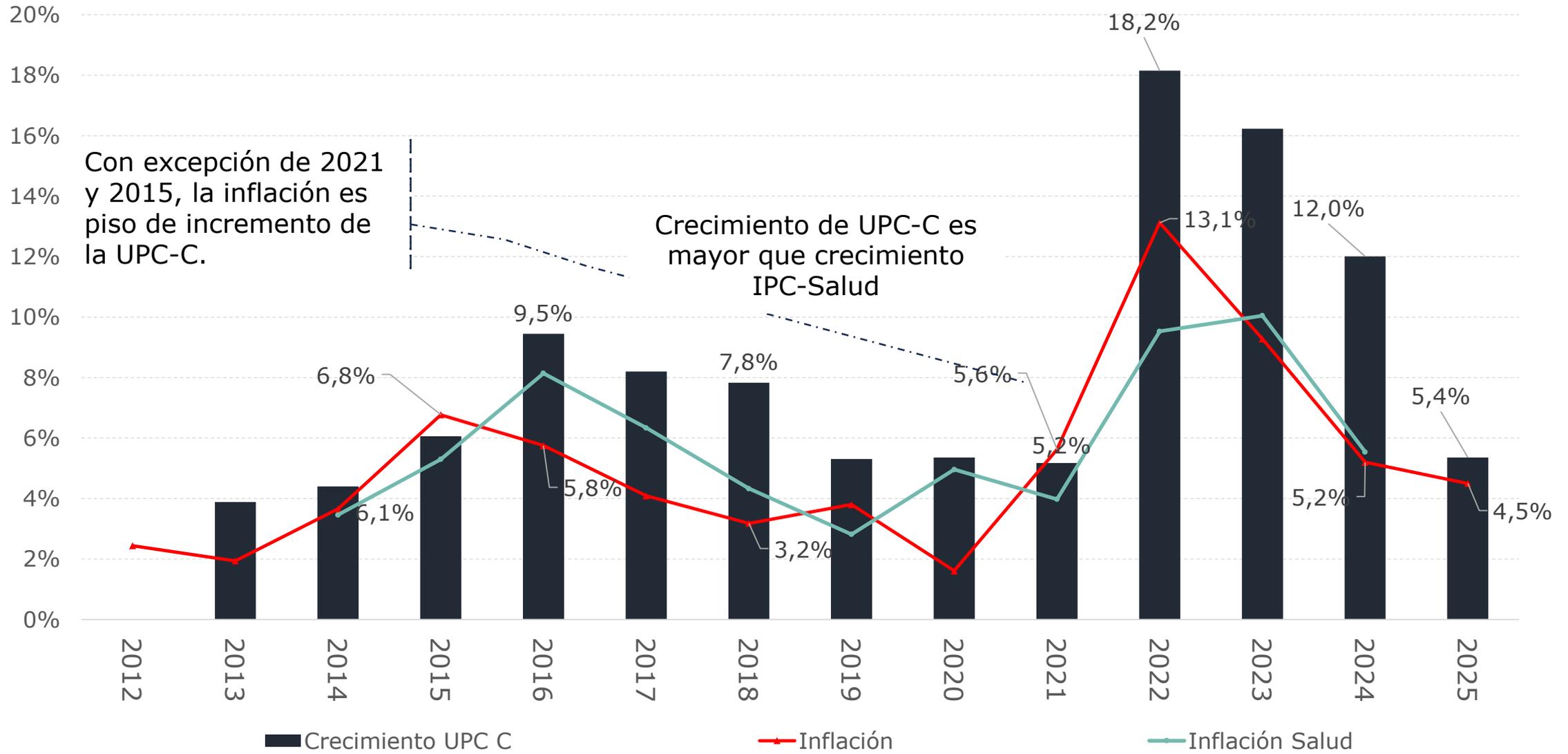
2. Esfuerzo Fiscal para Aseguramiento en Salud - Evolución de las Fuentes de Financiamiento del Sistema.

- El esfuerzo del Gobierno en todos sus niveles es cercano al 60% del total de fuentes del Sistema.
- El aporte Nación creció a una tasa media real de 8,7%, SGP al 3,1% y las cotizaciones crecieron a 2,3%.
- El MFMP 2025 proyecta que las apropiaciones de recursos para el Sistema pasen de 5,87% del PIB en 2026 a 7,57% del PIB en 2036.
- En 2021 se dispusieron 8,7 billones de recursos FOME.
- Recursos de 2025 corresponden al aforo de julio. Al cierre de vigencia los recursos superarán los \$100 billones.



Nota. Billones de pesos de 2025 y participación. Elaboración SSRP-MHCP con base en ejecuciones ADRES-URA. En 2025 se usa el aforo de ADRES a julio. Anexo del PGN por clasificación programática (Proyecto del PGN 2026, Agosto de 2025). Aporte PGN incorpora Aporte Nación y otras fuentes del PGN.

2. Esfuerzo Fiscal para Aseguramiento en Salud Crecimiento UPC – IPC (inflación expresada del año corriente)



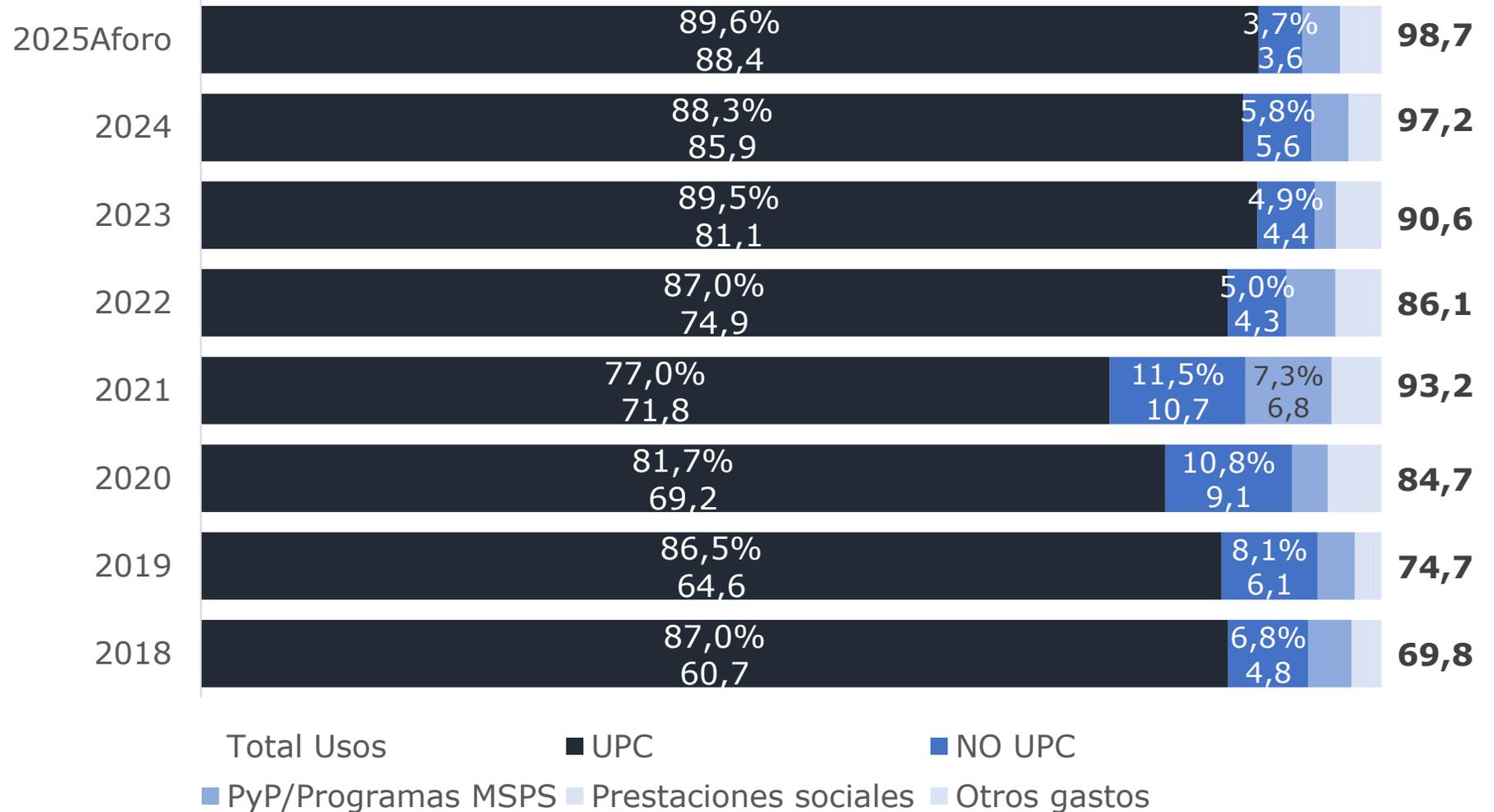
Nota: Cálculos SSRP-MHCP con base en DANE y Estudio de suficiencia-MSPS 2012-2024. Inflación del 2025 corresponde a proyección del MFMP 2025.

2. Esfuerzo Fiscal para Aseguramiento en Salud - Evolución de los Usos del Sistema de Salud

(En billones de pesos de 2025 y en % relativo al total)

Entre 2018 y 2025

- El gasto crece a una tasa media real en 5,1%.
- El gasto UPC creció a una tasa media real de 5,5%.
- Los usos de UPC en promedio representan el 86% y Presupuestos Máximos y recobros el 7,1%.



Nota. Elaboración SSRP-MHCP con base en ejecuciones ADRES-URA. En 2025 se usa el aforo de ADRES URA.

3. Consideraciones sobre siniestralidad actuarial y siniestralidad contable

Siniestralidad Actuarial en el Estudio de Suficiencia

El ejercicio de estimación de la UPC parte de una estimación con datos de prestación de servicios de dos vigencias atrás.

Usualmente la información del régimen subsidiado no pasa filtros de validación: UPC asociada se estima con la UPC estimada del RC.

La información que finalmente pasa filtros es sujeta de una serie de **cálculos actuariales** que incorporan todas las variables relevantes:

Frecuencia; Severidad; IBNR; Ajustadores de Riesgo y compensaciones; Proyecciones de población, inflación y frecuencias; Actualización de PBS; Aplicación de gastos administrativos a prima comercial, entre otros.

Se plantea el uso de la información de **facturación electrónica de la DIAN** como un mecanismo de estimación actualizado del costo asociado a la **UPC y conciliación de la información financiera**



Hacienda

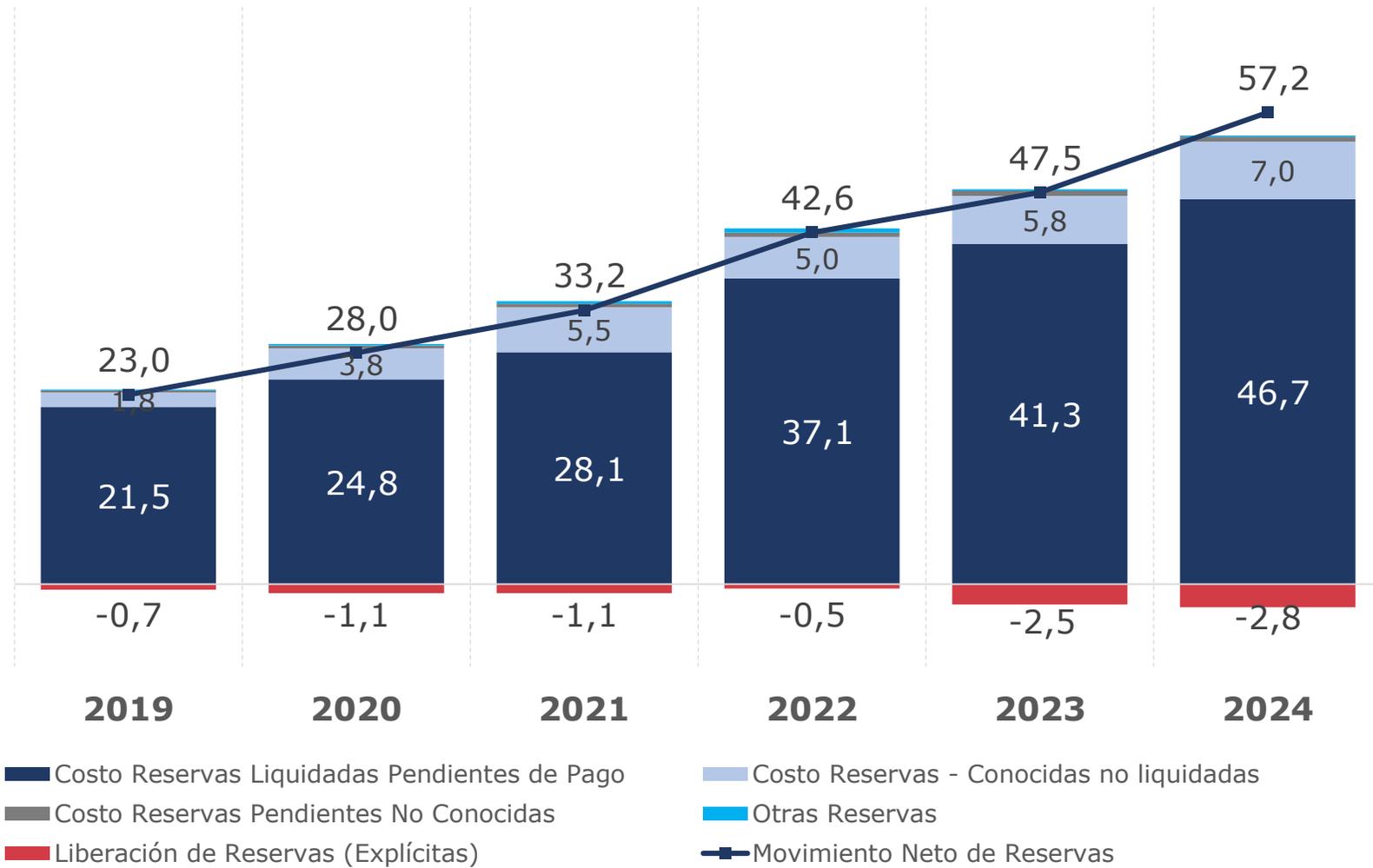
Siniestralidad contable observada de la información reportada en EEFF

La siniestralidad contable captura la información de ingresos y costos **causados** en la vigencia de análisis. Además, incluye el pago de prestaciones de vigencias anteriores.

La siniestralidad reportada por la SNS no está soportada en gasto de prestaciones individuales.

La Mesa Financiera de 2024 evidenció **problemas de calidad de la información financiera**: subreporte, datos atípicos, diferencias en reporte a las entidades.

3. Consideraciones sobre siniestralidad actuarial y siniestralidad contable- Comportamiento de las reservas 2019-2024.



Mayor valor del costo

Menor valor del costo

- No hay claridad en la información contable sobre los movimientos de liberación de las reservas.
- **Esto afecta el análisis de la siniestralidad** y las conclusiones sobre el valor del costo con cargo a la UPC.
- La mejor práctica contable es desagregar y especificar las cuentas de liberación de reservas.
- La Mesa Financiera de 2024 identificó inconsistencias, vacíos de información y variaciones fuera de tendencia en la información financiera disponible y reportada.

Nota. Cifras en billones de 2025. Información sin EPS indígenas y Nueva EPS.

Conclusiones

- El gasto en salud en Colombia y el esfuerzo fiscal es superior al de países de ingreso medio.
- El Estado Colombiano ha priorizado el aseguramiento en salud. El esfuerzo de la Nación creció a una tasa media real de 8,7% medio real 2018 y 2025.
- El Gobierno Nacional proyecta un crecimiento estable y constante de las fuentes de financiamiento en la siguiente década que garantice los recursos del sector salud, acorde con las metas del Marco Fiscal de Mediano Plazo.
- La asignación de recursos UPC implica un costo de oportunidad de recursos para todos los sectores.
- Hasta la fecha la discusión se ha centrado en los recursos transferidos, dejando de lado la gestión del riesgo y la eficiencia del gasto en salud.
- Para efectos de las decisiones que se tomen en el marco de esta Mesa, se debe considerar la siniestralidad soportada en las prestaciones individuales.
- Si bien es cierto que se deben implementar medidas de sostenibilidad de corto, mediano y largo plazo, cualquier mecanismo de ajuste debe considerar el costo de las ineficiencias que ha tenido el sistema.
- Todos los actores de la Mesa estamos llamados a aportar soluciones de cara a la sostenibilidad fiscal del Sistema.
- La facturación electrónica ofrece una buena oportunidad para fortalecer el sistema de información en salud, articulando la información de las prestaciones individuales con la información financiera de las entidades.



Hacienda



8) Propuesta Metodológica para una nueva forma de calcular la UPC

Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Ciencias Económicas - CID
Dra. Decsi Arévalo Hernández





CONVENIO 738 DE 2023: AUNAR ESFUERZOS, TÉCNICOS, ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS, QUE PERMITAN ESTABLECER LA FORMA DE CÁLCULO DE LAS TRANSFERENCIAS DE RECURSOS PARA GARANTIZAR LAS PRESTACIONES DEL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD, INCORPORANDO CRITERIOS DE EQUIDAD SOCIAL Y REGIONAL



Oscar Rodríguez Salazar - Profesor
Universidad Nacional de Colombia

Decsi Arévalo - Investigadora GPS
Universidad Nacional de Colombia

EQUIPO DE TRABAJO

Equipo de trabajo

Interdisciplinario

- Estadística y actuaría
- Medicina
- Ingeniería de sistemas
- Economía
- Diseño

Experiencia en el tema

Grupo de Protección Social - UNAL

- Evaluación del régimen subsidiado en salud, 2000
- Cálculo de la UPC años 2010 y 2012
- Observatorio equidad en salud y calidad de vida en Bogotá, 2007-2012.

ESTRUCTURACION DEL SISTEMA

Gobierno -Función de Rectoría

Determinación de: objetivos, formas de financiamiento, modo de asignación de recursos y mecanismos de control

Aseguradores

Administración de riesgos financieros y epidemiológicos

Prestadores

A través del modelo de atención responder a las demandas de servicios

Lógicas de acción diversas

- Barreras de acceso (fuera y dentro del sistema)
- Economías de aglomeración y conglomerados

Desigualdad en el acceso
Desigualdad en resultados en salud

Expresión territorial
Local y nacional

Método de asignación que contribuya a disminuir la desigualdad

ELEMENTOS DE LA PROPUESTA

Ejes

- Articulación con la función de Rectoría: política sanitaria y monitoreo
- Zonificación basada en determinantes sociales y desenlaces en salud
- Fortalecimiento de la prevención en salud

Configuración de la demanda de servicios

Segmentación modular de la demanda y del gasto

- Ruta de promoción y mantenimiento de la salud - universalización
- Ruta materno-perinatal - universalización
- CUPS de baja frecuencia y alto valor unitario - monitoreo
- Otras Actividades - método prima pura

ZONIFICACION

Definición de la zonificación con indicadores de determinantes sociales y de desenlaces en salud, utilizando el método de componentes principales y luego el algoritmo k-means

Determinantes sociales

D1. Educación: cobertura en educación media, cobertura en transición, pruebas saber 11 matemáticas y español

D2. Servicios: cobertura de energía rural, penetración de internet

D3. Salud: mortalidad infantil, cobertura de vacunación pentavalente, cobertura de salud

D4. Seguridad: hurtos por 100.000 habitantes, homicidios por 10.000 habitantes, violencia intrafamiliar por 10.000 habitantes

Desenlaces en salud

- tasa de mortalidad materna ajustada,
 - tasa de mortalidad por desnutrición infantil ajustada y
 - tasa de mortalidad evitable ajustada, considerando el municipio de residencia registrado en la base del DANE.
- Fuente: listado de eventos CIE-10 del Observatorio Nacional de Salud -informe #15 de 2023: “cuando la muerte es evitable”

Módulos de la demanda esperada

Ruta integral de promoción y
mantenimiento de la salud

CUPS definidos en la ruta, por
grupos de edad

Ruta integral materno perinatal

CUPS definidos en la ruta

Atenciones de muy baja frecuencia
y alto valor unitario

CUPS con esa característica

Otras atenciones

CUPS, diferenciando por edad,
género y zona

Resolución 3280 de
2018

9) Un balance al cierre de dos rondas de la Mesa Técnica de la UPC

Universidad Nacional de Colombia
Departamento de Salud Pública - Facultad de Medicina
Dr. Mauricio Torres Tovar



Mesa de Trabajo UPC

UN BALANCE AL CIERRE DE DOS
RONDAS DE LA MESA

Mauricio Torres-Tovar

Universidad Nacional de Colombia

Septiembre 4 de 2025



Ruta de la presentación

1. Definición del problema
2. Objetivo de la Mesa
3. Enfoques en la Mesa
4. Resultados llamativos en la Mesa
5. Algunas conclusiones

Definición del problema: un debate social sobre los recursos públicos del sistema de salud

En la sociedad hay una diversidad de posiciones frente al monto y aumento de la UPC

Colombia: Patients denied drugs and treatment as health system buckles

BMJ 2025 ; 389 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.r760> (Published 14 April 2025)

El debate sobre el aumento de la Unidad de Pago por Capitación, UPC

13 enero, 2025 By Carolina Corcho — Leave a Comment

Health insurance premium in Colombia for 2025: a strictly political-ideological decision without technical-scientific arguments?



Debate por incremento de la UPC y la información reportada por las EPS



ACTUALIDAD PUBLICADO: Ene. 13, 2025 - 12:07 pm

Minsalud responde a críticas por el aumento de la UPC en el 2025



El Espectador le explica en qué va el debate de la UPC y el sistema de salud

El aumento del 5,3 % tiene al país en una profunda discusión sobre la sostenibilidad de un sector vital para todos. ¿Cuál es la posición de cada parte?

Objeto de la Mesa

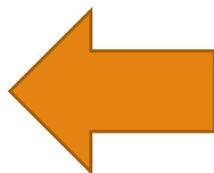


CORTE CONSTITUCIONAL

Sala Especial de Seguimiento

Auto 007 de 2025

Asunto: suficiencia de la UPC -Unidad de Pago por Capitación-



Sentencia de la Corte Constitucional en Materia de Derechos a la Salud y a la Vida
Seguimiento a las órdenes vigésima primera y vigésima segunda de la **Sentencia T-760 de 2008**



El **Auto 411 de 2016 de la Corte Constitucional de Colombia** se refiere a un seguimiento sobre las órdenes de la Sentencia T-760 de 2008, relacionadas con el derecho a la salud en Colombia. En particular, este auto aborda el cumplimiento de la orden de equiparar el valor de la **UPC (Unidad de Pago por Capitación)** entre el régimen subsidiado y el **contributivo**, y la **necesidad de mejorar el sistema de información para asegurar una UPC suficiente** para el régimen subsidiado

Objeto de la Mesa

Ley Estatutaria de Salud

Artículo 19. Política para el manejo de la información en salud. Con el fin de alcanzar un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los actores, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones, **se implementará una política que incluya un sistema único de información en salud**, que integre los componentes demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, clínicos, administrativos y financieros.

Artículo 25. Destinación e inembargabilidad de los recursos. Los recursos públicos que financian la salud son inembargables, **tienen destinación específica y no podrán ser dirigidos a fines diferentes a los previstos constitucional y legalmente.**

Objeto de la Mesa (Auto 007 de 2025)

TERCERO: ORDENAR Al Ministerio de Salud y Protección Social:

...cree una mesa de trabajo cuyo objetivo será revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia.

Entre los aspectos que deberá abordar estarán como mínimo:

- a. El rezago existente en el valor de la UPC...
- b. El aumento de la siniestralidad y las verdaderas variaciones en las frecuencias de uso.
- c. El impacto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior...
- d. La definición de las variables y ajustadores de riesgo...
- e. Reajustar el valor de la UPC de 2024...
- f. Con la participación de los miembros de la mesa, establecer los lineamientos o criterios a partir de los cuales se podrán realizar los ajustes *ex post*, la forma cómo se reconocerá a las EPS el reajuste de la UPC de 2024, e indicar los porcentajes y fechas máximas de pago.

Objeto de la Mesa (Resolución 370 del 2025)

Recibir, analizar y socializar información, insumos y aportes de los participantes sobre un eventual rezago en el valor de la UPC de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, para efectos de que el Ministerio de Salud y Protección Social cuente con elementos de juicio suficientes para determinar técnicamente si hay lugar o no a efectuar el reajuste de la prima[...]

Enfoques en la Mesa

1. Conceptuales
2. Técnico - metodológicos
3. Políticos

Enfoques conceptuales en la Mesa

- ❑ Lecturas desde la economía (que son las que priman), con diversidades conceptuales (por ejemplo en relación a la siniestralidad de la UPC).
- ❑ Lecturas desde el campo de la salud, con énfasis en lo preventivo, o en la atención primaria en salud o en la atención especializada o en la salud pública.

En este aspecto queda la pregunta si es el enfoque de la economía el que debe definir los asuntos de la dinámica del sistema de salud o si es el enfoque de la salud el que debe orientar las decisiones económicas – financieras al interior del sistema de salud.

Enfoques técnico - metodológicos en la Mesa

Objetivo: presentar argumentos técnicos a favor o en contra de la suficiencia de la UPC.

Se encuentra al interior de la mesa una diversidad en los enfoques técnico-metodológicos, por ejemplo en las formas en que se maneja la información, como se selecciona, como de depuración, como se determina su calidad, de como se aplican las formulas de calculo, en como se construyen los numeradores y los denominadores.

En este aspecto surge entonces la pregunta de ¿cuáles de los manejos técnico-metodológicos es el adecuado, en un terreno como este que implica decisiones de gran envergadura?
¿Quién y cómo define esto, cuando detrás de este aspecto se expresan intereses de los diversos actores involucrados?

Enfoques políticos en la Mesa

Lo político se refiere a la expresión de intereses diversos (no a expresiones políticas partidistas), que se ven reflejados en las visiones conceptuales, en los enfoques técnico-metodológicos y en el interés que se tome una decisión en uno u otro sentido en relación con el monto de la UPC.

Acá se expresa una tensión entre una visión de mercado (defendida por los actores de mercado del sistema de salud) vs una visión de bien común (en este caso expresada principalmente por el Estado).

La pregunta que surge acá es ¿cómo en este escenario se puede llegar a un acuerdo cuando los intereses que se expresan son diversos?

Sin duda la decisión debe estar orientada por el bien común que constituye la salud y por un manejo de los recursos públicos de manera transparente y eficiente.

Resultados Ilamativos

- Problemas en la calidad de los datos
- Informaciones diversas de un mismo actor (el caso de la triple información diferente que presentan EPS)
- Excesos en el cobro por servicios (unos sin el respaldo técnico debido) y medicamentos (sobrepasando asuntos como el control de precios)
- La falta de contrastar el uso de los recursos económicos con los resultados en salud
- El tema de las reservas técnicas de las EPS

Frente a esta información
¿qué posición va a fijar la
Mesa o simplemente va a
dejar pasarla?

Algunas conclusiones: el rol de los actores

La responsabilidad de la **Corte Constitucional** en su calidad de **árbitro estructural** del sistema de salud., en el marco de la Sentencia T-760 y de la Ley Estatutaria en Salud.

La responsabilidad del **Órgano Rector Estatal** del sistema de salud es la de proteger los recursos públicos del sistema, saber a dónde van, en qué y cómo se invierten, y garantizar que no se pierdan y que contribuyan a garantizar el derecho a la salud en la población.

Algunas conclusiones: el rol de los actores

La responsabilidad de los **Órganos de Control**:

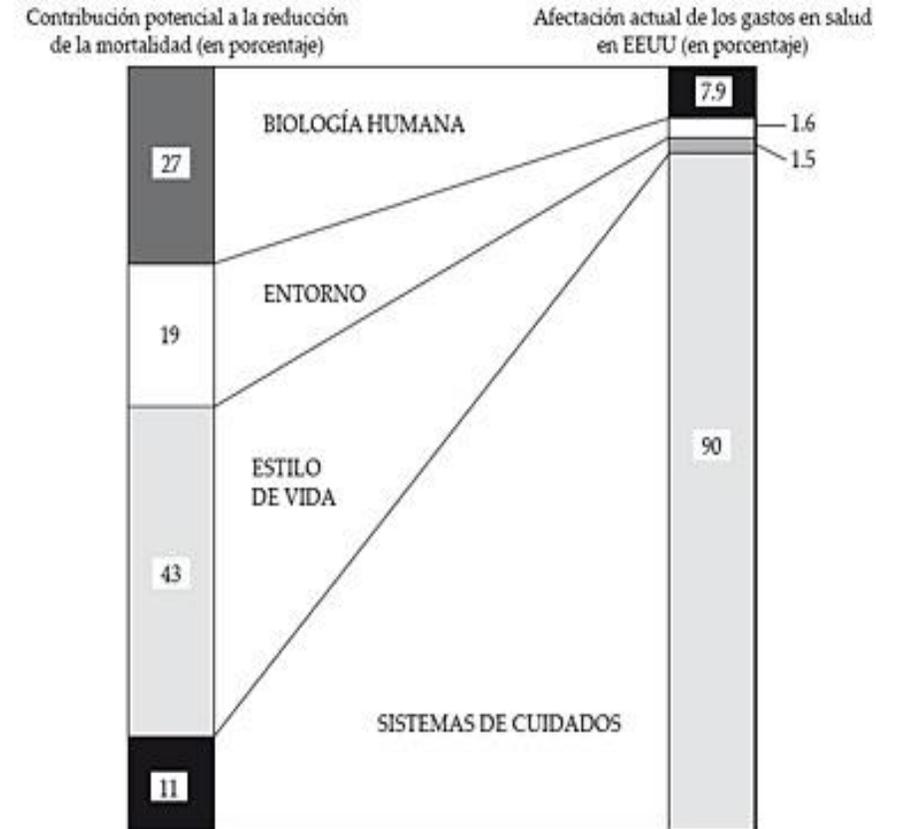
SÉPTIMO (Auto 07 de 2025 de la CC): ORDENAR a la Superintendencia Nacional de Salud, a la Contraloría General de la República y la Fiscalía General de la Nación que, en cumplimiento de sus funciones y competencias, **desplieguen las investigaciones correspondientes para identificar irregularidades que deriven en posibles faltas por uso indebido de los recursos de la UPC** al interior del sistema de salud, atendiendo a lo expuesto en esta providencia e informen sobre los resultados obtenidos en reportes semestrales.

OCTAVO: ORDENAR a la Fiscalía General de la Nación y la Contraloría General de la República que, dentro de los 15 días siguiente a la notificación de este auto, reporten sobre la conformación del equipo de trabajo **dirigido a identificar malos manejos respecto de la UPC al interior del sistema de salud.**

Algunas conclusiones

Más allá de que se aumente o no la UPC, el país requiere con urgencia saber qué ha pasado con los recursos públicos de salud durante estos 30 años. Cuánto dinero ha circulado por el sistema, quiénes y cómo lo han manejado, cuáles han sido las pérdidas de dinero y a través de qué mecanismo, cuál ha sido la eficiencia del uso de estos recursos para la garantía del derecho a la salud de la población.

El país debe saber si los recursos que se destinan a la protección del derecho a la salud se utilizan adecuadamente, el solo argumento de incrementar las finanzas del sistema per se, sin tener un racero para establecer su uso eficiente puede no tener los impactos deseados en la garantía de este derecho.



Fuente: Denver GEA. An Epidemiological Model for Health Analysis. Soc Ind Res 1976; vol. 2, pág. 465.

Gracias por la atención!!!



10) Conclusiones por temática de la Mesa de Trabajo UPC

**Ministerio de Salud y Protección Social
Dirección de Regulación Beneficios, Costos y Tarifas de
Aseguramiento en Salud
Drs. Mario Gildardo Galindo y Carlos Andrés Olaya**



Contenido

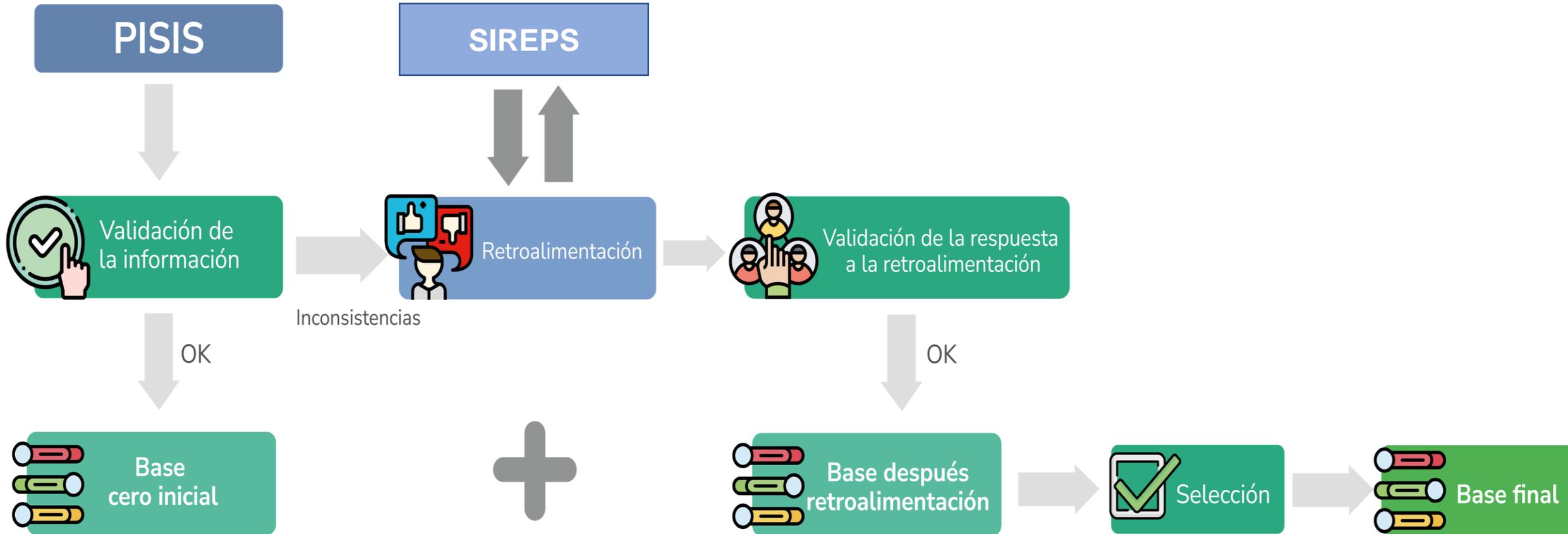
- 1 Proceso UPC 2024
- 2 Siniestralidad, contraste y rezago
- 3 Ajuste ex post



1. Proceso UPC 2024



Flujo de información



Línea de tiempo para el cálculo de la UPC (2024)



Información reportada por las EPS para la BD-PS del 2022 y retroalimentación (Registros con inconsistencias)



Aplicación de Calidades – (Base Inicial vs Base Final 2022)

COD EPS	NOMBRE	BASE INICIAL	BASE FINAL	PORCENTAJ	BASE INICIAL	BASE FINAL	PORCENTAJ
		REGISTROS	REGISTROS		VALOR	VALOR	
EAS016	EAPP DE MEDELLIN	NO REPORTA	NO REPORTA	0,00%	-	-	0,00%
EAS027	FPSFERROCARRILES NACIONALES	NO REPORTA	NO REPORTA	0,00%	-	-	0,00%
EPS001	ALIANSA SALUD	3.623.308	3.292.942	-9,12%	367.924.110.705	311.140.402.899	-15,43%
EPS002	SALUD TOTAL	79.337.404	73.987.459	-6,74%	4.096.204.038.735	3.847.874.394.579	-6,06%
EPS005	SANITAS	77.627.998	72.569.780	-6,52%	5.630.104.516.544	4.768.281.418.134	-15,31%
EPS008	COMPENSAR	23.015.611	21.210.369	-7,84%	3.000.693.189.624	2.710.962.137.930	-9,66%
EPS010	SURA	111.236.234	103.872.764	-6,62%	6.440.718.999.513	5.784.688.736.169	-10,19%
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	6.501.738	5.545.669	-14,70%	356.416.961.303	292.591.138.737	-17,91%
EPS016	COOMEVA	-	-	0,00%	-	-	0,00%
EPS017	FAMISANAR	21.930.416	16.262.489	-25,85%	2.773.529.051.067	1.959.466.307.728	-29,35%
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	15.474.002	14.590.787	-5,71%	986.424.282.604	919.131.987.417	-6,82%
EPS037	NUEVA EPS	132.210.916	126.986.192	-3,95%	6.766.959.835.106	6.268.813.789.972	-7,36%
EPS042	COOSALUD	2.281.125	1.473.781	-35,39%	154.513.291.536	97.905.560.703	-36,64%
EPS044	MEDIMAS	-	-	0,00%	-	-	0,00%
EPS046	FUNDACION SALUD MIA	1.737.654	1.399.534	-19,46%	83.813.331.820	63.612.620.854	-24,10%
EPS048	MUTUAL SER	-	-	0,00%	-	-	0,00%
TOTALES		474.976.406	441.191.766	-7,11%	30.657.301.608.557	27.024.468.495.122	-11,85%

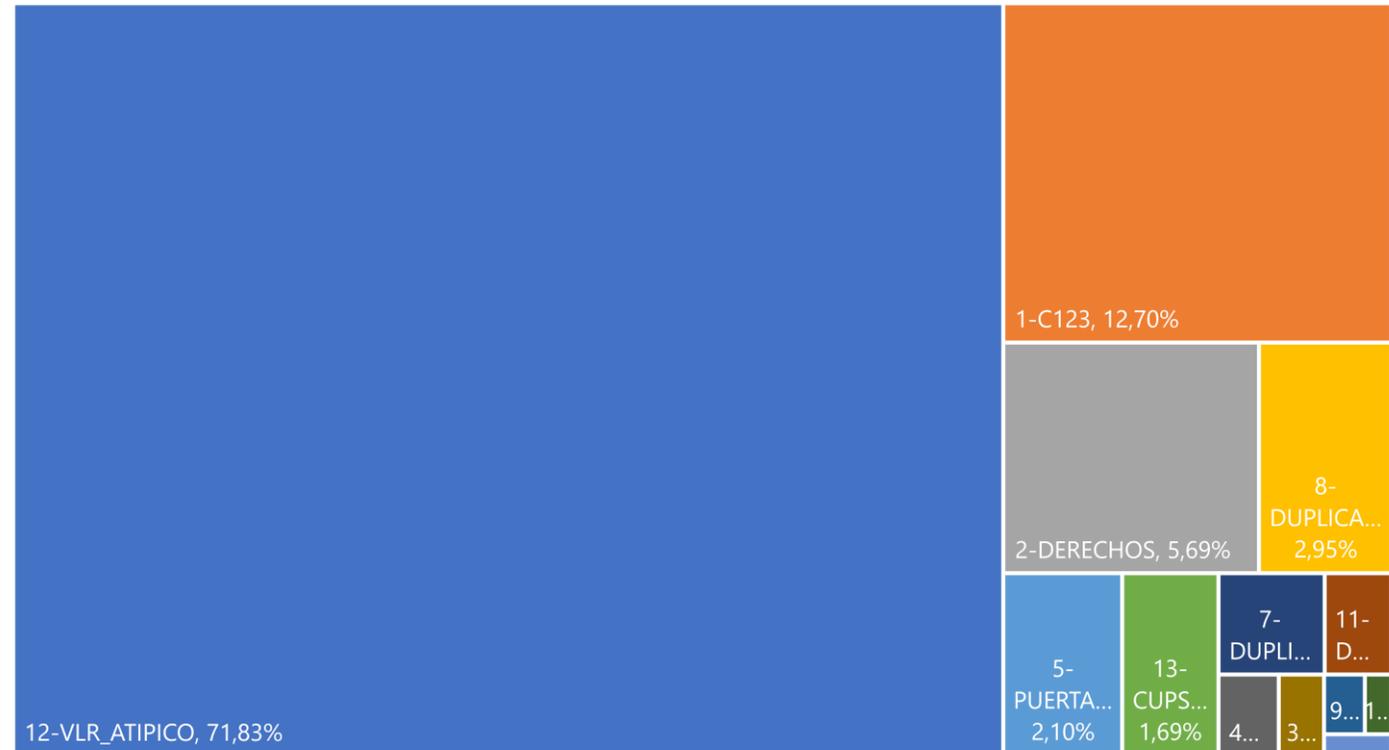
Una vez aplicados los procesos de calidad, el 93% de los registros y el 88% del valor pasaron las mallas de validación

Estructura de calidades para la validación de información

Calidades
Grupo de calidad 1 – Estructura: verifica la estructura del archivo del reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido.
Grupo de calidad 2 – Contenido: revisa que los contenidos de la información reportada correspondan a los dominios de datos y las tablas de referencia.
Grupo de calidad 3 – Cruzada: cruza dos o más columnas de la información reportada con las tablas de referencia: <ul style="list-style-type: none">• 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 y C
Grupo de calidad 4 - Personas: verifica en las personas: <ul style="list-style-type: none">• Derechos de los usuarios. Régimen Contributivo contra la base de compensación y para el régimen subsidiado contra la Liquidación Mensual de Afiliados.• Duplicados (sexo y fecha de nacimiento para la misma persona).• Frecuencia (Más de 1000 actividades en un paciente).• Valor (Más de 100 millones de pesos en un paciente).• Puerta de entrada dispensación de medicamentos.• Puerta de entrada dispensación de insumos y dispositivos• Usuario con reporte de sexo diferente al que registra la BDUA.• Usuario con reporte de fecha de nacimiento diferente al que registra la BDUA
Grupo de calidad 5 - Atenciones: verifica las atenciones por usuario y su duplicidad en el tiempo de su prestación: <ul style="list-style-type: none">• 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.
Grupo de calidad 7 - Dosis máxima de dispensación: verifica la cantidad dispensada de medicamento en relación con la dosis máxima teórica calculada para el mismo.
Grupo de calidad 8 - Valores atípicos: identifica los valores distantes del resto de los datos, con base en criterios paramétricos y no paramétricos.
Grupo de calidad 9 – Relación CUPS-CIE-10: Verificación de la correspondencia del Procedimiento con el Diagnostico. Cruce con CIE-10.

Resultado de la aplicación de calidades – (Base Inicial vs Base Final 2022 – R.C)

Grupo de Calidades (R.C - 2022)	%
12-VLR_ATIPICO	71,8%
1-C123	12,7%
2-DERECHOS	5,7%
8-DUPLICADO_AÑO	3,0%
5-PUERTA_ENTRADA_MEDI	2,1%
13-CUPS_CIE10	1,7%
7-DUPLICADO_DIA	1,0%
11-DOSIS_MAXIMA	0,7%
4-TOP100	0,5%
3-TOP1000	0,4%
9-DIFERENTE SEXO O FECHA DE NACIMIENTO BDU A	0,2%
10-DUPLICADO_VIDA	0,2%
6-PUERTA_ENTRADA_CUPS	0,1%
Total general	100%



Caso SURA 2022

*“Vale la pena mencionar que, en reuniones con el Ministerio, EPS SURA conoció que los filtros que aplicaron a las prestaciones reportadas del 2022 implican el desconocimiento de prestaciones que **EPS SURA pagó por 528.000 millones de pesos para el régimen contributivo, principalmente por considerarlos valores atípicos.** Esto significa que se está haciendo un reconocimiento del 91.63% de las prestaciones que EPS SURA pagó, lo cual conlleva a todas luces una insuficiencia de la UPC pues se omite un 8,4% de servicios que sí se prescribieron, autorizaron y pagaron”. (SURA EPS, 2025)*

Muestra: información reportada por EPS SURA en BD-PS del 2022

-Valores atípicos-

CALIDAD	EPS	SEXO	EDAD	DIAG1	ACTIVIDAD	CUPS	FORMA_RE	Valor máximo en BD-PS	Valor reportado por SURA
C8_1	SURA	F	1	G120	890115	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Evento	\$ 572.338	\$ 156.409.810
C8_1	SURA	M	70	R520	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Evento	\$ 59.628	\$ 146.544.218
C8_1	SURA	M	65	E740	890115	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Evento	\$ 572.338	\$ 80.261.040
C8_1	SURA	M	49	S684	932400	DISEÑO ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO DE TECNOLOGIA DE REHABILITACION SOD	Evento	\$ 759.456	\$ 76.600.000
C8_1	SURA	M	62	T068	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Evento	\$ 59.628	\$ 70.838.092
C8_1	SURA	F	5	Q878	890115	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Evento	\$ 572.338	\$ 67.200.000
C8_1	SURA	F	45	R51X	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Evento	\$ 59.628	\$ 59.641.242
C8_1	SURA	M	65	E740	890115	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Evento	\$ 572.338	\$ 58.858.096
C8_1	SURA	M	43	C069	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Evento	\$ 59.628	\$ 57.658.658
C8_1	SURA	F	78	I694	890105	ATENCION (VISITA) DOMICILIARIA POR ENFERMERIA	Evento	\$ 149.774	\$ 56.970.000
C8_1	SURA	M	23	S880	932400	DISEÑO ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO DE TECNOLOGIA DE REHABILITACION SOD	Evento	\$ 759.456	\$ 56.154.000
C8_1	SURA	F	45	R55X	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Evento	\$ 59.628	\$ 53.147.092
C8_1	SURA	F	79	I694	890315	CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Evento	\$ 319.982	\$ 49.336.576
C8_1	SURA	F	83	Z759	890701	CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Evento	\$ 59.628	\$ 47.929.439
C8_1	SURA	M	62	Y835	932400	DISEÑO ADECUACION Y ENTRENAMIENTO EN USO DE TECNOLOGIA DE REHABILITACION SOD	Evento	\$ 759.456	\$ 46.848.000

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%.

Selección de EPS

COD EPS	NOMBRE	CERTIFICADO DEL GASTO	VALOR TOTAL	%COB	REGISTROS	POBLACIÓN BDUA 31 DIC 2022	SELECCIÓN
EPS002	SALUD TOTAL	4.010.862.164.658	3.847.874.394.579	95,94%	73.987.459	3.285.125	✓
EPS010	SURA	6.313.059.011.891	5.784.688.736.169	91,63%	103.872.764	4.530.308	✓
EPS018	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD	986.424.282.604	919.131.987.417	93,18%	14.590.787	595.133	✓
EPS037	NUEVA EPS	6.622.826.151.009	6.268.813.789.972	94,65%	126.986.192	4.751.069	✓
EPS008	COMPENSAR	3.000.693.189.624	2.710.962.137.930	90,34%	21.210.369	1.767.853	✗
EPS005	SANITAS	5.574.386.299.371	4.768.281.418.134	85,54%	72.569.780	4.201.225	✗
EPS012	COMFENALCO VALLE DEL CAUCA	356.416.961.303	292.591.138.737	82,09%	5.545.669	233.718	✗
EPS017	FAMISANAR	3.081.258.885.369	1.959.466.307.728	63,59%	16.262.489	2.211.450	✗
EAS016	EEPP DE MEDELLIN	-	-	0,00%	NO REPORTA	7.761	✗
EAS027	FPSFERROCARRILES NACIONALES	-	-	0,00%	NO REPORTA	32.482	✗
EPS001	ALIANSA SALUD	367.924.110.705	311.140.402.899	84,57%	3.292.942	226.980	✗
EPS042	COOSALUD	388.457.377.552	97.905.560.703	25,20%	1.473.781	89.846	✗
EPS046	FUNDACION SALUD MIA	51.908.238.870	63.612.620.854	122,55%	1.399.534	38.906	✗
EPS048	MUTUAL SER	-	-	-	-	-	✗
TOTALES		30.754.216.672.956	27.024.468.495.122		441.191.766	21.971.856	
TOTALES SELECCIÓN		17.933.171.610.162	16.820.508.908.137		319.437.202	13.161.635	
RELACION SELECCIÓN/TOTAL			93,80%		72,40%	59,90%	

Las EPS seleccionadas representan el 93,80% de la certificación del gasto reportado, que representa el 72,40% de los registros y el 60% de la población afiliada al R.C

Representatividad de las EPS seleccionadas

El criterio para afirmar que las EPS seleccionadas son representativas, se debe a que la población equivalente de todas las EPS para cada zona y grupo de edad-sexo sea estadísticamente igual a la población equivalente de las EPS de la selección en cada grupo de riesgo.

Esta comparación se hace con una prueba estadística*. El resultado se llama **p valor** y para considerar que son estadísticamente iguales las poblaciones, este debe ser **mayor a 0,05**.

*Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Representatividad de las EPS seleccionadas – Régimen contributivo



Selección de EPS

Alejada

Ciudades

Especial

Normal

UPC 2021

Prestaciones 2019

9 de 16

p valor: 0,140

p valor: 0,331

p valor: 0,124

p valor: 0,177

UPC 2022

Prestaciones 2020*

9 de 16

p valor: 0,221

p valor: 0,470

p valor: 0,124

p valor: 0,300

UPC 2023

Prestaciones 2021

7 de 16

p valor: 0,140

p valor: 0,638

p valor: 0,124

p valor: 0,140

UPC 2024

Prestaciones 2022

4 de 18

p valor: 0,510

p valor: 0,975

p valor: 0,109

p valor: 0,778

Representatividad de las EPS seleccionadas – Régimen contributivo

Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación 2024

Pag 79- 82

UPC 2024
Prestaciones 2022

Selección de EPS

4 de 18

Alejada

p valor: 0,510

Ciudades

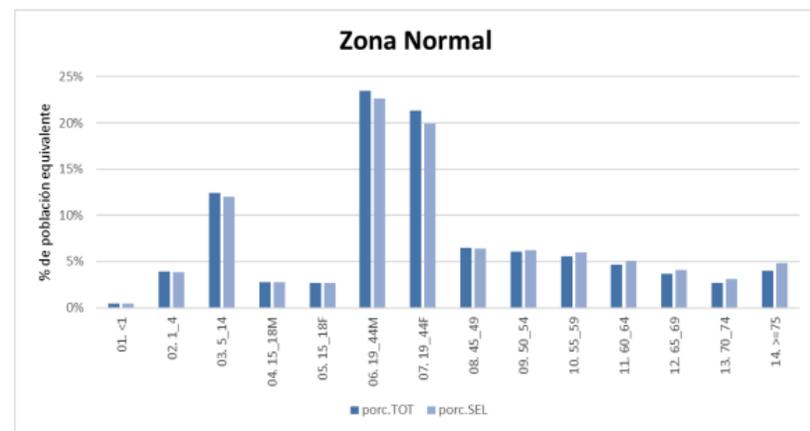
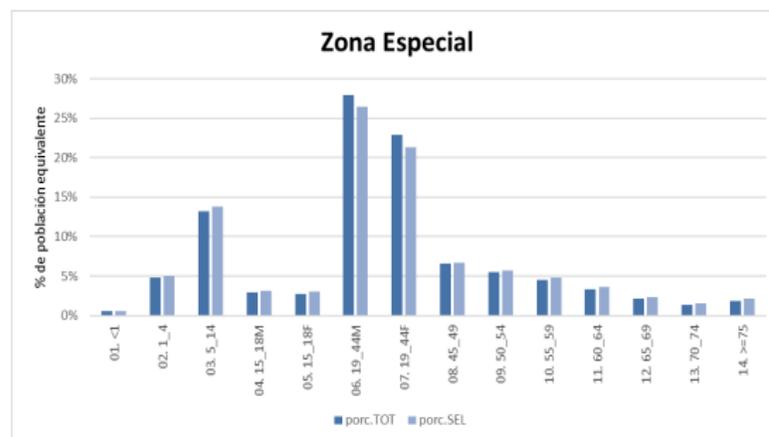
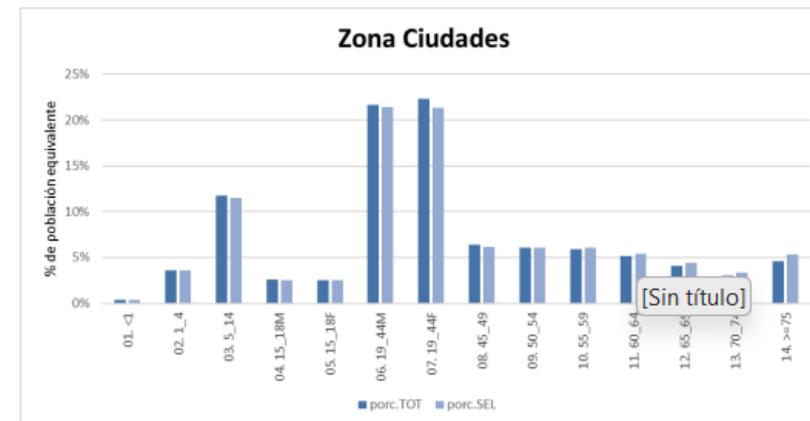
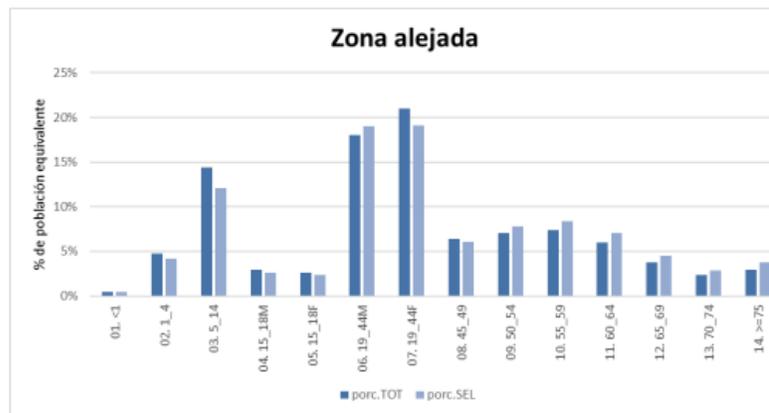
p valor: 0,975

Especial

p valor: 0,109

Normal

p valor: 0,778



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de compensación y proyecciones de población DANE, Año 2022. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2023

AJUSTADORES ACTUARIALES



- **Rezago de Facturación - IBNR (triangulo chain ladder): 3,65%**
- **Valor temporal del dinero (Inflación):**
 - 2023: 9,78%
 - 2024: 6,02%
- Probabilidad de ocurrencia del evento asegurado (**Frecuencia**): **5,96%**
- **Ingresos por compensación recibidos** después del periodo (triangulo chain ladder): **0,9490%**
- **Ingresos por mecanismos *ex-post*** (ERC – Cáncer – VIH – Hemofilia): Per cápita por valor de **\$4.786**
- **Ingresos por Acuerdo 26 de 2011:** Valor **\$358.164 millones**
- **Ingresos por pagos compartidos y otros ingresos:** **2,86%**

Indicación del
6,71%

Escenarios presentados a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud



Escenario Inicial

Resultado del estudio técnico realizado con **4 de las 11 EPS** que reportaron información

Concepto	Porcentaje
Incremento Base	6,71 %
Puntos por Actualización	2,26 %
Incremento Base + Estrategias de Actualización	8,97 %

Escenario Final

Inflación proyectada MHCP a diciembre de 2023: 9,73%

Concepto	Porcentaje
Incremento Base (Inflación proyectada MHCP a dic de 2023)	9,73 %
Puntos por Actualización	2,28 %
Incremento Base + Estrategias de Actualización	12,01 %

Inflación real causada DANE a dic de 2023:

9,28%

3,04 puntos adicionales

Conclusiones

- ✓ El proceso de la aplicación de las **mallas de validación es fundamental para conocer el costo médico real** y la realización del cálculo de la UPC.
- ✓ Las EPS seleccionadas para el cálculo 2024 **son estadísticamente representativas para todos los afiliados en las diferentes zonas de riesgo.**
- ✓ Para la UPC del 2024, la aplicación de la metodología histórica para el cálculo dio como **resultado el 6,71%**. No obstante, el incremento decretado para la UPC fue del **9,73%** (según inflación proyectada MHCP a noviembre de 2023, mientras la inflación real causada DANE a diciembre de 2023 fue del 9,28%).
- ✓ La inflación causada para el 2024 fue del 5,2%.
- ✓ **En resumen, la UPC para el 2024 se incrementó 4,53% por encima de la inflación.**

2. Siniestralidad, contraste y rezago



Fórmula para el cálculo de la siniestralidad incurrida del PBS (MLR) (\neq siniestralidad financiera de la EPS)

Costo médico soportado en la BD-PS final

(Incluidas autorizaciones y las restas del IBNR)

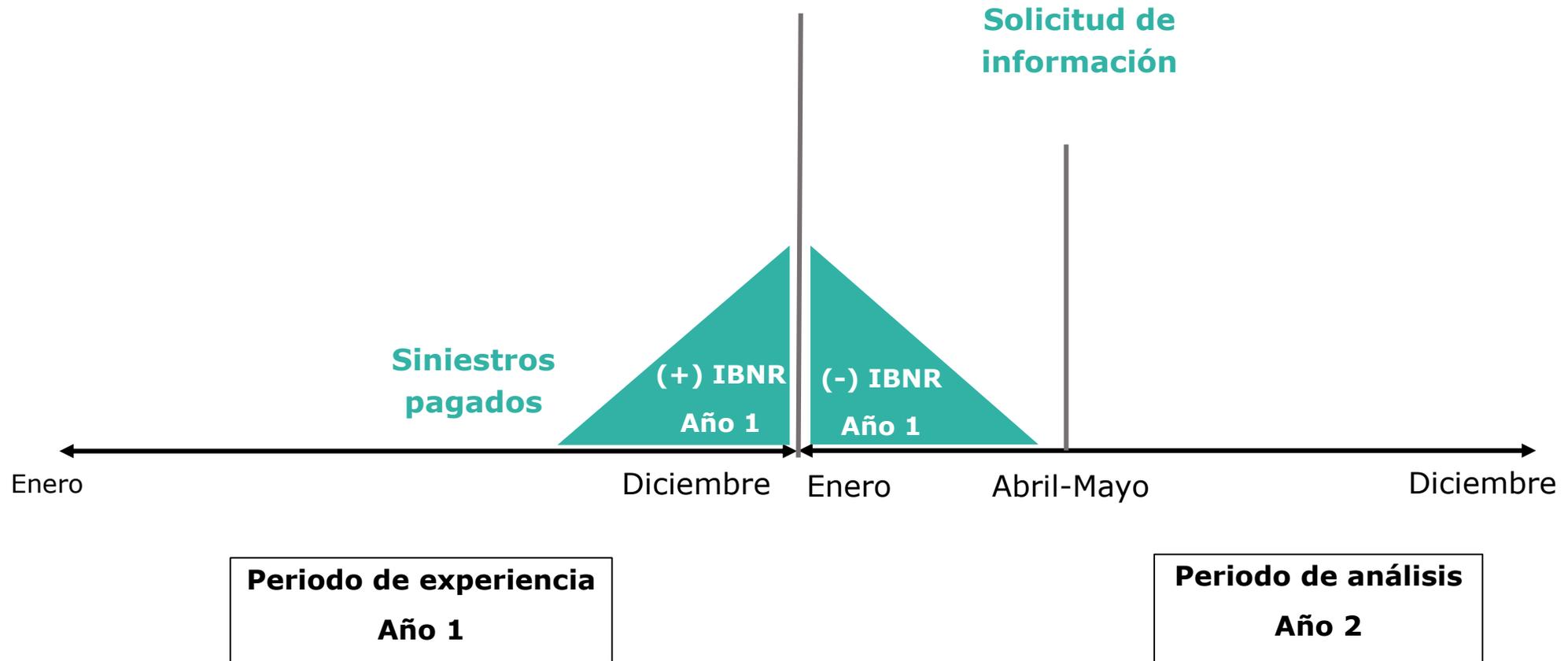
(eficiente y existente)

Ingreso por UPC, AC26 y PyP reconocido por ADRES

(Suficiente)

La suficiencia se calcula con el costo médico, no con el costo contable desde hace más de 20 años

La inclusión del IBNR en la BD-PS y en el cálculo de la indicación



Costo médico ≠ Costo contable

Costo médico soportado en la BD-PS final Vs Costo contable en EEFF para los Siniestros ≠ de autorizaciones e IBNR

COD EPS	NOMBRE	2022			
		Siniestros ≠ de autorizaciones (BD-PS)	Siniestros ≠ de IBNR y autorizaciones (EEFF)	Diferencia (EEFF-BD)	% (EEFF/BD)
EPS002	SALUD TOTAL	3.614.604.237.812	3.814.080.147.395	199.475.909.583	106%
EPS005	SANITAS				
EPS010	SURA	5.689.599.748.780	6.367.157.773.017	677.558.024.237	112%
EPS012	COMFENALCO VALLE				
EPS017	FAMISANAR				
EPS018	EPS S.O.S	878.464.914.246	970.747.219.355	92.282.305.109	111%
EPS037	NUEVA EPS	5.666.856.920.630	5.625.982.380.575	-40.874.540.055	99%

Fuente: Cálculos de la DRBCYTAS a partir de los EEFF (FT001) reportados a la SNS y los datos de prestación de servicios reportados al MSPS.

*Total siniestros reportados a la BD-PS final en formas de reconocimiento y pago diferentes a las Autorizaciones por años de experiencias

**Cuentas 61020101, 61021301, 61021401, 61050101 de los EEFF (FT001) reportados por las EPS a la SNS.

Fuentes de información para el cálculo de la siniestralidad médica incurrida del PBS

A diferencia del costo contable reportado en los EEFF, el costo médico reportado en la BD-PS pasa por un proceso de validación de la calidad de la información. En este proceso, se aplican diferentes grupos de calidades para evitar que, por ejemplo, las EPS reporten información que no se corresponden con la realidad, como enfermedades del cuello uterino reportados en hombres, atenciones después de la fecha de fallecimiento de las personas, pacientes individuales de más de 104 mil millones de pesos o tecnologías en salud que no están financiada con la UPC.

Resultado final del análisis de siniestralidad incurrida del PBS, desagregado por EPS de selección y año de exposición

COD EPS	NOMBRE	2019			2020			2021			2022		
		Ingreso por UPC y PyP reconocido por ADRES	Costo médico soportado en la BD-PS final	Siniestralidad médica 2019	Ingreso por UPC y PyP reconocido por ADRES	Costo médico soportado en la BD-PS final	Siniestralidad médica 2020	Ingreso por UPC y PyP reconocido por ADRES	Costo médico soportado en la BD-PS final	Siniestralidad médica 2021	Ingreso por UPC y PyP reconocido por ADRES	Costo médico soportado en la BD-PS final	Siniestralidad médica 2022
EPS001	ALIANSA SALUD	254.009.570.210	216.665.484.939	85%	278.215.113.327	213.876.274.871	76,9%						
EPS002	SALUD TOTAL	2.419.650.664.199	1.942.191.377.045	80%	2.731.015.617.857	2.302.897.186.709	84,3%	3.294.928.194.475	3.121.686.652.403	94,7%	4.178.211.773.111	3.847.874.394.579	92,1%
EPS005	SANITAS	2.786.796.750.281	2.311.957.410.547	83%	3.471.169.322.737	2.502.940.394.525	72,1%	4.322.427.111.197	3.830.474.420.085	88,6%			
EPS008	COMPENSAR	1.525.486.358.331	1.677.905.392.816	110,0%	1.778.861.052.752	1.831.489.586.316	103,0%						
EPS010	SURA	3.168.223.333.433	3.025.769.878.172	96%	3.748.789.201.313	3.430.647.045.412	91,5%	4.620.024.533.625	4.682.194.049.020	101,3%	6.073.755.657.474	5.784.688.736.169	95,2%
EPS012	COMFENALCO V.				242.890.860.801	238.457.767.802	98,2%	270.056.627.458	257.907.831.566	95,5%			
EPS016	COOMEVA	1.794.667.602.075	1.595.505.949.257	89%	1.463.809.710.978	1.120.803.513.217	76,6%						
EPS017	FAMISANAR	1.829.024.597.605	1.682.239.327.186	92%				2.180.687.717.760	2.386.913.459.341	109,5%			
EPS018	EPS S.O.S	760.662.706.535	788.129.216.160	104%	725.783.480.243	664.053.435.134	91,5%	777.841.930.570	780.754.078.074	100,4%	869.704.818.969	919.131.987.417	105,7%
EPS037	NUEVA EPS	4.926.921.855.883	4.712.368.586.499	96%	5.483.381.866.803	4.874.964.818.302	88,9%	6.193.129.321.804	6.011.897.281.970	97,1%	7.831.728.247.017	6.268.813.789.972	80,0%
Siniestralidad Incurrida PBS - EPS Selección		19.465.443.438.553	17.952.732.622.621	92,2%	19.923.916.226.811	17.180.130.022.288	86,2%	21.659.095.436.889	21.071.827.772.459	97,3%	18.953.400.496.571	16.820.508.908.137	88,7%

Fuente: Cálculos de la DRBCYTAS a partir del reconocimiento por UPC (ADRES) y de los Estudios Técnicos para el Cálculo de la UPC 2021, 2022, 2023, 2024.



Resultado final del análisis de siniestralidad incurrida del PBS, desagregado por EPS de selección y año de exposición, **aplicando contraste por fallecidos**

COD EPS	NOMBRE	2020					
		Ingresos	Costo médico	Siniestralidad médica	Contraste por Fallecidos		
					Costo defunciones RUAF	Costo médico menos Defunciones	Siniestralidad médica menos defunciones
EPS001	ALIANSA LUD	278.215.113.327	213.876.274.871	76,9%	3.684.226.037	210.192.048.834	75,6%
EPS002	SALUD TOTAL	2.731.015.617.857	2.302.897.186.709	84,3%	3.381.362.119	2.299.515.824.590	84,2%
EPS005	SANITAS	3.471.169.322.737	2.502.940.394.525	72,1%	2.397.707.421	2.500.542.687.104	72,0%
EPS008	COMPENSAR	1.778.861.052.752	1.831.489.586.316	103,0%	125.124.892.244	1.706.364.694.072	95,9%
EPS010	SURA	3.748.789.201.313	3.430.647.045.412	91,5%	252.300.134.866	3.178.346.910.546	84,8%
EPS012	COMFENALCO VALLE	242.890.860.801	238.457.767.802	98,2%	648.239.635	237.809.528.167	97,9%
EPS016	COOMEVA	1.463.809.710.978	1.120.803.513.217	76,6%	1.075.118.192	1.119.728.395.025	76,5%
EPS017	FAMISANAR						
EPS018	EPS S.O.S	725.783.480.243	664.053.435.134	91,5%	2.067.430.348	661.986.004.786	91,2%
EPS037	NUEVA EPS	5.483.381.866.803	4.874.964.818.302	88,9%	254.427.662	4.874.710.390.640	88,9%
Siniestralidad médica Incurrida PBS - EPS Selección		19.923.916.226.811	17.180.130.022.288	86,2%		16.789.196.483.764	84,3%

Fuente: Cálculos de la DRBCYTAS a partir del reconocimiento por UPC (ADRES) y de los Estudios Técnicos para el Cálculo de la UPC 2021, 2022, 2023, 2024.

Resultado final del análisis de siniestralidad incurrida del PBS, desagregado por EPS de selección y año de exposición, **aplicando contraste por fallecidos**

COD EPS	NOMBRE	2021					
		Ingresos	Costo médico	Siniestralidad médica	Contraste por Fallecidos		
					Costo defunciones RUAF	Costo médico menos Defunciones	Siniestralidad médica menos defunciones
EPS001	ALIANSA SALUD						
EPS002	SALUD TOTAL	3.294.928.194.475	3.121.686.652.403	94,7%	3.381.362.119	3.118.305.290.284	94,6%
EPS005	SANITAS	4.322.427.111.197	3.830.474.420.085	88,6%	2.397.707.421	3.828.076.712.664	88,6%
EPS008	COMPENSAR						
EPS010	SURA	4.620.024.533.625	4.682.194.049.020	101,3%	252.300.134.866	4.429.893.914.154	95,9%
EPS012	COMFENALCO VALLE	270.056.627.458	257.907.831.566	95,5%	648.239.635	257.259.591.931	95,3%
EPS016	COOMEVA						
EPS017	FAMISANAR	2.180.687.717.760	2.386.913.459.341	109,5%	5.442.965.056	2.381.470.494.285	109,2%
EPS018	EPS S.O.S	777.841.930.570	780.754.078.074	100,4%	2.067.430.348	778.686.647.726	100,1%
EPS037	NUEVA EPS	6.193.129.321.804	6.011.897.281.970	97,1%	250.358.242	6.011.646.923.728	97,1%
Siniestralidad médica Incurrida PBS - EPS Selección		21.659.095.436.889	21.071.827.772.459	97,3%		20.805.339.574.772	96,1%

Resultado final del análisis de siniestralidad incurrida del PBS, desagregado por EPS de selección y año de exposición, **aplicando contraste por fallecidos**

COD EPS	NOMBRE	2022					
		Ingresos	Costo médico	Siniestralidad médica	Contraste por Fallecidos		
					Costo defunciones RUAF	Costo médico menos Defunciones	Siniestralidad médica menos defunciones
EPS001	ALIANSA LUD						
EPS002	SALUD TOTAL	4.178.211.773.111	3.847.874.394.579	92,1%	2.210.976.033	3.845.663.418.546	92,0%
EPS005	SANITAS						
EPS008	COMPENSAR						
EPS010	SURA	6.073.755.657.474	5.784.688.736.169	95,2%	140.693.765.876	5.643.994.970.293	92,9%
EPS012	COMFENALCO VALLE						
EPS016	COOMEVA						
EPS017	FAMISANAR						
EPS018	EPS S.O.S	869.704.818.969	919.131.987.417	105,7%	2.136.760.579	916.995.226.838	105,4%
EPS037	NUEVA EPS	7.831.728.247.017	6.268.813.789.972	80,0%	59.539.834	6.268.754.250.138	80,0%
Siniestralidad médica Incurrida PBS - EPS Selección		18.953.400.496.571	16.820.508.908.137	88,7%		16.675.407.865.815	88,0%

Conclusiones

- ✓ Técnicamente los Estados Financieros –EEFF– reportados por las EPS a la SNS, no permiten calcular la siniestralidad médica incurrida del PBS.
- ✓ La siniestralidad financiera de una aseguradora no es equivalente a la (in)suficiencia de la prima.
- ✓ La evidencia técnica permite concluir que, entre los años 2019 y 2022, **no existió ninguna forma de rezago de la UPC para cubrir el PBS.**
- ✓ Con base en la evidencia, **de cada 100 pesos recibidos por las EPS de selección (2019-2022), se gastaron entre 86 y 97 pesos** de lo reconocido por ADRES para garantizar la prestación del PBS.
- ✓ Después de aplicar el mecanismo de contraste por fallecidos, la siniestralidad médica incurrida del PBS disminuyó para todas las EPS de selección. Específicamente, **para la BD-PS del año 2022, el costo médico disminuyó en \$145.101.042.322 de pesos.**
- ✓ Actualmente, el MSPS se encuentra en el proceso de validación de la información reportada por las EPS y demás EOC en la BD-PS para el año de experiencia 2024. Por lo tanto, aún no es posible contar con la base de datos para el cálculo de la siniestralidad médica del PBS (ex post) en 2024.

Conclusiones

Gracias a las Mesas de Trabajo UPC ordenadas por la Honorable Corte Constitucional, el MSPS logró identificar 3 errores técnicos presentados por algunas agremiaciones representantes de las EPS:

1. Errores técnicos en el uso de los conceptos:

Se distorsionan y utilizan conceptos que no existen en la literatura actuarial ni tampoco en la teoría de seguros. Concretamente, se utiliza el concepto de **“siniestralidad de la UPC”** que es inexistente. Esto debido a que la teoría define la siniestralidad como un indicador de la eficiencia y rentabilidad de la operación de una empresa aseguradora o línea de negocio, no de la suficiencia de una prima.

Conclusiones

2. Errores técnicos en el establecimiento del nexo causal:

Se establece un nexo causal simplista entre la siniestralidad financiera de las EPS y la insuficiencia de la UPC. La siniestralidad financiera refleja cómo le fue a cada EPS, sus aciertos o desaciertos en la gestión del riesgo en salud y financiero, en la negociación con prestadores y en el control de sus gastos administrativos (**desempeño**). Por eso puede variar significativamente entre una EPS y otra, sin que ello signifique que la prima en sí sea suficiente o insuficiente.

Durante la Sesión N°6 de las Mesas de Trabajo UPC, la misma SNS precisó que el índice de siniestralidad financiera calculado por tal entidad está relacionado con su función de IVC, y no con la suficiencia de la prima.

Conclusiones

3. Errores técnicos en el uso de las fuentes de información para el cálculo del costo médico y del ingreso por primas:

Los ingresos y costos contables reportados por las EPS a la SNS en sus EEFF no son equivalentes a los ingresos por primas ni tampoco al costo médico para el cálculo de la siniestralidad médica incurrida del PBS.

Conclusiones

Tomar la siniestralidad financiera de las EPS como parámetro para medir la suficiencia de la UPC carece de soporte técnico, lo que podría hacer incurrir en un error a la Honorable Corte Constitucional y provocar un potencial detrimento patrimonial al Estado colombiano.

3. Ajuste *ex post*



Organización del aseguramiento

“**ARTÍCULO 14.** Organización del Aseguramiento. Para efectos de esta ley entiéndase por aseguramiento en salud, **la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud**, la articulación de los servicios que garantice el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. **Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud.** Las Entidades Promotoras de Salud en cada régimen son las responsables de cumplir con las funciones **indelegables del aseguramiento...**” (Ley 1122 del 2007)

Ley 1438 del 2011

ARTÍCULO 23. Gastos de administración de las Entidades Promotoras de Salud. *El Gobierno Nacional fijará el porcentaje de gasto de administración de las Entidades Promotoras de Salud, con base en criterios de eficiencia, estudios actuariales y financieros y criterios técnicos. Las Entidades Promotoras de Salud que no cumplan con ese porcentaje entrarán en causal de intervención. Dicho factor no podrá superar el 10% de la Unidad de Pago por Capitación.*

Los recursos para la atención en salud no podrán usarse para adquirir activos fijos, ni en actividades distintas a la prestación de servicios de salud. Tampoco lo podrá hacer el Régimen Subsidiado.

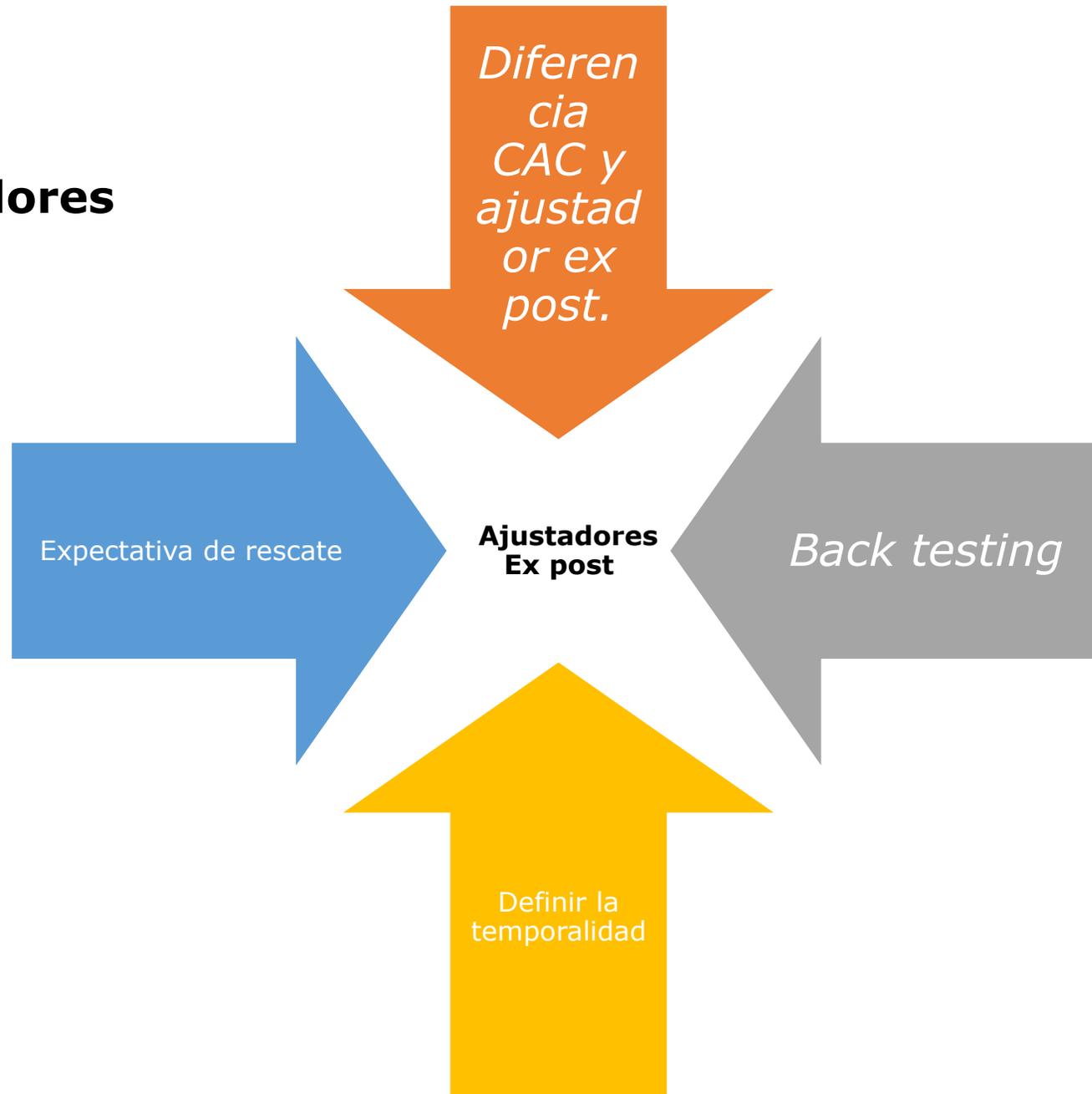
Precisiones conceptuales: ajustes Ex-Post

La **UPC es una prima de riesgo, es decir, un valor fijo ex ante** que se reconoce por cada afiliado al sistema de salud, para cubrir los costos esperados de atención médica de esa población.

¿Qué es lo que se ajusta con los ajustes ex post?

El riesgo, no la prima

Propuestas nuevos ajustadores



Conclusiones

La orden de realizar un ajuste *ex post* a la UPC del año 2024, niega la existencia del aseguramiento en salud, en tanto lo que se pretende es desconocer la obligación de las EPS de la administración del riesgo financiero y tratarlas como unas meras administradoras de recursos.

Aumentar *ex post* la UPC porque las EPS reportan pérdidas financieras rompe el diseño de prima de riesgo *ex-ante*, distorsiona incentivos y crea **expectativas de rescate**. Esto significa que si quien gestiona el riesgo espera ser cubierto cuando tiene déficit, disminuye el esfuerzo de control de costos y selección de proveedores, y se traslada el sobrecosto al financiador público.



Salud



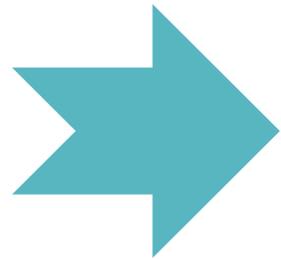
3. Conclusiones de la Mesa de Trabajo UPC



4. Ruta a seguir



PASOS A SEGUIR (Resolución 1324 / 2025)



Solicitud
Información
Financiera

FECHA REQUERIMIENTO	PLAZO DE ENTREGA	SOLICITUD
Marzo 20 de 2025	Abril 01 de 2025	<ul style="list-style-type: none"> • Relación de ingresos, costos y gastos causados • Estado de Situación financiera con auxiliares contables al detalle por terceros • Estado de Resultados Integral con auxiliares contables al detalle por terceros • Flujo de Caja • Facturas en formato XML desde los años 2019 a 2023.
Marzo 24 de 2025	Abril 01 de 2025	Costos de Reservas Técnicas: <ul style="list-style-type: none"> • Conocidas No Liquidadas (CRT-CNL); • Liquidadas Pendientes de Pago (CRT-LPP) • Liberación de Reservas Técnicas – Obligaciones Pendientes y Conocidas (LRT-OP y C)
Abril 02 de 2025	Abril 15 de 2025	1era Ampliación del plazo
Abril 30 de 2025	Mayo 12 de 2025	2a Ampliación del plazo
Agosto 22 de 2025	Agosto 28 de 2025	3a Ampliación del plazo
Agosto 29 de 2025	Septiembre 4 de 2025	4a Ampliación del Plazo

EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO

EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.	 100	 0	 100	 100	 100	 100	 0	 0	 0	No reportaron reservas
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.	 100	 0	 100	 100	 100	 100	 0	 0	 0	No reportaron reservas
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.	 100	 0	 100	 100	 100	 100	 0	 0	 0	No reportaron reservas
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN E.S.P.	 100	 0	 100	 100	 100	 100	 0	 0	 0	No reportaron reservas
FERROCARRILES NACIONALES	 100	 0	 100	 100	 0	 0	 0	 0	 0	No reportaron reservas, flujo de caja, facturacion, los archivos no presentan la estructura solicitada por el ministerio
FERROCARRILES NACIONALES	 100	 0	 100	 100	 0	 0	 0	 0	 0	No reportaron reservas, flujo de caja, facturacion, los archivos no presentan la estructura solicitada por el ministerio
FERROCARRILES NACIONALES	 100	 0	 100	 100	 0	 0	 0	 0	 0	No reportaron reservas, flujo de caja, facturacion, los archivos no presentan la estructura solicitada por el ministerio
FERROCARRILES NACIONALES	 100	 0	 100	 100	 0	 0	 0	 0	 0	No reportaron reservas, flujo de caja, facturacion, los archivos no presentan la estructura solicitada por el ministerio
ALIANSALUD EPS S.A.	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	NO REPORTO
ALIANSALUD EPS S.A.	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	NO REPORTO
ALIANSALUD EPS S.A.	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	NO REPORTO
ALIANSALUD EPS S.A.	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	 0	NO REPORTO
SALUD TOTAL S.A. EPS							 0	 0	 0	No reportaron las reservas
SALUD TOTAL S.A. EPS							 0	 0	 0	No reportaron las reservas
SALUD TOTAL S.A. EPS							 0	 0	 0	No reportaron las reservas
SALUD TOTAL S.A. EPS	 100	 100	 100	 100	 100	 0	 0	 0	 0	No reportaron las reservas ni facturacion
E.P.S. SANITAS S.A.							 100	 100	 100	Ok
E.P.S. SANITAS S.A.							 100	 100	 100	OK
E.P.S. SANITAS S.A.							 100	 100	 100	OK
E.P.S. SANITAS S.A.	 100	 100	 100	 100	 100	 100	 100	 100	 100	Ok
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR							 100	 0	 0	No reprotan reservas liquidadas peneientes de pago y liberacion de reserva
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR							 100	 0	 0	No reprotan reservas liquidadas peneientes de pago y liberacion de reserva
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR							 100	 0	 0	No reprotan reservas liquidadas peneientes de pago y liberacion de reserva
CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	 100	 100	 100	 100	 100	 0	 100	 0	 100	No reprotan reservas liquidadas peneientes de pago

EPS REGIMEN CONTRIBUTIVO

SURA EPS							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
SURA EPS							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
SURA EPS							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
SURA EPS	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	No reporto
COMFENALCO VALLE E.P.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
COMFENALCO VALLE E.P.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
COMFENALCO VALLE E.P.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
COMFENALCO VALLE E.P.S.	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	No reporto
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
FAMISANAR LTDA. CAFAM - COLSUBSIDIO E.P.S.	● 100	● 100	● 100	● 100	● 100	● 0	● 0	● 100	● 0	No reporto reservas conocidas no liquidadas, y liberacion de reservas
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.							● 100	● 100	● 100	
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.							● 100	● 100	● 100	
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.							● 100	● 100	● 100	
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS S.A.	● 100	● 100	● 100	● 100	● 100	● 0	● 100	● 100	● 100	No reporto facturación
NUEVA EPS S.A.	● 0						● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
NUEVA EPS S.A.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
NUEVA EPS S.A.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
NUEVA EPS S.A.		● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	No reporto
FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	● 0						● 0	● 0	● 0	No reporto
FUNDACIÓN SALUD MIA EPS							● 0	● 0	● 0	No reporto
FUNDACIÓN SALUD MIA EPS							● 0	● 0	● 0	No reporto
FUNDACIÓN SALUD MIA EPS		● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	● 0	No reporto
SALUD BOLIVAR EPS S.A.S.	● 50						● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
SALUD BOLIVAR EPS S.A.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
SALUD BOLIVAR EPS S.A.S.							● 0	● 0	● 0	No reporto reservas
SALUD BOLIVAR EPS S.A.S.		● 100	● 100	● 100	● 100	● 0	● 0	● 0	● 0	No reporto reservas y facturacion

PASOS A SEGUIR (Res. 1324/25)

REPUBLICA DE COLOMBIA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RESOLUCIÓN NÚMERO 01324 DE 2025

(27 JUN 2025)

Por la cual se da cumplimiento del Auto 504 de 2025 de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional

EL MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

En cumplimiento del Auto 504 de 2025 de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional y

CONSIDERANDO

Que en cumplimiento de lo ordenado en el numeral tercero del Auto 007 de 2025 de la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución 370 de 2025 mediante la cual creó la mesa de trabajo para la revisión de la Unidad de Pago por Capitación.

Que la mencionada mesa de trabajo adelantó sesiones dentro del periodo comprendido entre el 20 de marzo y el 29 de abril de 2025, con el objeto de recibir, analizar y socializar información, insumos y aportes de los participantes sobre un eventual rezago en el valor de la UPC de las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024.

Resolución 1324/25 - (Art. 9.14)

“Presentar y socializar, una vez concluido el cronograma de la mesa de trabajo, ante la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, los aportes, insumos y consideraciones expuestos por los participantes durante las sesiones, con el fin de que dicha Comisión pueda ejercer sus funciones legales y reglamentarias, especialmente las previstas en el artículo 12 del Decreto 2562 de 2012”.

PASOS A SEGUIR

Auto 007/2025 – Numeral 3.4 del Resuelve

“Dentro de los 15 días calendario siguiente a la definición del reajuste de la UPC 2024, el Ministerio de Salud convocará a una nueva reunión de la mesa de trabajo en la que, en conjunto con el Ministerio de Hacienda y la ADRES presentará la propuesta que permita dar cumplimiento al punto f. La propuesta deberá ser concertada por todos los participantes en la mesa de trabajo”.

Otros artículos relacionados

3.5

“Establezca un período de transición para que, una vez reajustado el valor de la UPC del 2024, las EPS cuenten con un tiempo determinado para hacer sus reservas técnicas”.

3.6

“Reajuste la metodología que se aplica para efectuar el cálculo de la UPC de las próximas vigencias, en la que se consideren nuevas variables y ajustadores de riesgo de conformidad con lo expuesto en la parte considerativa de este documento y lo acordado en la mesa. Incluir como mínimo , el impacto del Covid-19 y los usuarios recuperados”.

Fe de Erratas



Fe de Erratas

Se incluyen las siguientes diapositivas:

1. Una diapositiva correspondiente a las conclusiones de la Universidad de Antioquia - Facultad Nacional de Salud Pública, que fueron leídas por el expositor, sin embargo, no se presentó en su exposición el día de la sesión.
2. Una diapositiva que corrige el error numérico de la diapositiva No. 206 de la presentación del Ministerio de Salud y Protección Social, correspondiente al *“Resultado final del análisis de siniestralidad incurrida del PBS, desagregado por EPS de selección y año de exposición, aplicando contraste por fallecidos”* de la vigencia 2020.

CONCLUSIONES

- El debate sobre la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha evidenciado las inconsistencias en la información que reportan las EPS. Estas discrepancias en la información financiera, presentadas ante las distintas entidades de vigilancia y control, son la base del reclamo de insuficiencia de la UPC.
- El Ministerio orienta las acciones para dar consistencia, validez y relevancia a la información, pero estas deben ser acompañadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Las EPS son los principales agentes del sistema, ya que organizan y controlan la prestación de los servicios de salud, incluyendo la red de servicios, el acceso y la autorización. Además, supervisan la calidad y definen el sistema de control de costos.
- Las inconsistencias en los datos e información que las EPS reportan para el cálculo de la UPC (Unidad de Pago por Capitación) representan un desafío significativo para la precisión de dicho cálculo. Estas inconsistencias generan imprecisiones en la asignación de recursos y afectar la estabilidad financiera del sistema.
- Los problemas estructurales, como la informalidad, los bajos salarios y el creciente déficit fiscal, limitan el crecimiento de los ingresos del sector. Por ello, es crucial mejorar la eficiencia del sistema de salud con los recursos disponibles y reducción del gasto.



Resultado final del análisis de siniestralidad incurrida del PBS, desagregado por EPS de selección del régimen contributivo y año de exposición, **aplicando contraste por fallecidos**

COD EPS	NOMBRE	2020					
		Ingresos	Costo médico	Siniestralidad médica	Contraste por Fallecidos		
					Costo defunciones RUAF	Costo médico menos Defunciones	Siniestralidad médica menos defunciones
EPS001	ALIANSA SALUD	278.215.113.327	213.876.274.871	76,9%	1.062.879.268	212.813.395.603	76,5%
EPS002	SALUD TOTAL	2.731.015.617.857	2.302.897.186.709	84,3%	1.583.988.450	2.301.313.198.259	84,3%
EPS005	SANITAS	3.471.169.322.737	2.502.940.394.525	72,1%	1.857.419.090	2.501.082.975.435	72,1%
EPS008	COMPENSAR	1.778.861.052.752	1.831.489.586.316	103,0%	69.420.136.244	1.762.069.450.072	99,1%
EPS010	SURA	3.748.789.201.313	3.430.647.045.412	91,5%	112.145.449.177	3.318.501.596.235	88,5%
EPS012	COMFENALCO VALLE	242.890.860.801	238.457.767.802	98,2%	279.524.313	238.178.243.489	98,1%
EPS016	COOMEVA	1.463.809.710.978	1.120.803.513.217	76,6%	629.425.596	1.120.174.087.621	76,5%
EPS017	FAMISANAR						
EPS018	EPS S.O.S	725.783.480.243	664.053.435.134	91,5%	3.708.957.734	660.344.477.400	91,0%
EPS037	NUEVA EPS	5.483.381.866.803	4.874.964.818.302	88,9%	542.059.825	4.874.422.758.477	88,9%
Siniestralidad médica Incurrida PBS - EPS Selección		19.923.916.226.811	17.180.130.022.288	86,2%	191.229.839.697	16.988.900.182.591	85,3%

Fuente: Cálculos de la DRBCYTAS a partir del reconocimiento por UPC (ADRES) y de los Estudios Técnicos para el Cálculo de la UPC 2021, 2022, 2023, 2024.