



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitalización para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014

“Esta edición está dedicada a los transformadores sociales ocultos, a los que proponen y hacen cambios sin ánimo de vanagloriarse, a aquellos sin los cuales no hubiera sido posible construir lo que tenemos hoy, al Dr. Guillermo Efraín Córdoba Ordóñez quien con su rigurosidad, disciplina, dedicación y estudio contribuyó al sistema de salud colombiano, héroe oculto del Ministerio de Salud y de la vida”.



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de la Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

FÉLIX RÉGULO NATES SOLANO

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

AMANDA VEGA FIGUEROA

Subdirectora de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

Este estudio fue realizado durante la administración del año 2012.

Se agradece el trabajo mancomunado de todos los directivos.

Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo para el Cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014.

Ministerio de Salud y Protección Social.

2014

Bogotá, D. C., febrero 2014

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

Equipo técnico:

Adriana Marcela Caballero Otálora

Alida Marlén Saavedra González

Axel Darío Arcila Carabalí

Camila Franco Restrepo

Darío Mauricio Díaz Salamanca

Genny Torres Ovalle

Germán Escobar Morales

Giovanni Esteban Hurtado Cárdenas

Gustavo Nicolás Páez Salamanca

Inés María Galindo Henríquez

Juan Carlos Linares Cifuentes

Jorge Iván Rodríguez Bernate

Luis Hernando Tocarruncho Ariza

Rocío Rodríguez Carrero

Sergio Antonio López Calvache

Luis Fernando Sotelo

ISBN : 978-958-8903-48-4

ISBN Colección: 978-958-8838-77-9

CONTENIDO

I. INTRODUCCIÓN	11
II. OBJETIVOS.....	13
A. Objetivo General	13
B. Objetivos Específicos	13
III. METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE LA UPC.....	15
A. Tipo de Estudio	15
B. Periodo de Análisis	15
C. Unidad de Observación.....	15
D. Universo.....	15
E. Tipo de Información	15
F. Variables.....	16
G. Fuentes de Información.....	16
1. Base de datos de la compensación del Fosyga	17
2. Base de datos de liquidación mensual de afiliados.....	17
3. Bases de datos de prestación de servicios de salud	17
4. Archivos de los estados financieros.....	17
5. Archivos de población nacional	18
6. Archivos de los manuales tarifarios.....	18
H. Gestión de la información	18
1. Solicitud de información.....	18
2. Procesamiento de información	20
I. Métodos.....	22
1. Descripción de la Población	22
2. Descripción de la Morbilidad Atendida	23
3. Servicios y Gasto en Salud.....	23

4. Evaluación de la Suficiencia de la UPC.....	23
IV. RESULTADOS	33
A. Población.....	33
A.1. Descripción de las Pirámides Poblacionales en la Población Asegurada y la Población de la Selección 2012.	33
A.2. Dinámica Poblacional en el Régimen Contributivo del 2006 al 2012	34
A.3. Dinámica Poblacional Departamental en el año 2012	37
A.4. Indicadores Demográficos por Régimen de afiliación en el año 2012.	38
B. Aspectos Epidemiológicos	40
B.1. Morbilidad Atendida.....	40
B.2. Análisis de la Morbilidad Atendida por Grupos Etarios de Riesgo	44
C. Correspondencia con otros estudios epidemiológicos.....	85
D. Análisis de Servicios y Gasto	88
D.1. Descripción de los servicios prestados y gasto en ambos regímenes.....	88
D.2. Descripción de los servicios prestados y gasto en Régimen Contributivo	90
D.3. Descripción del Uso de Servicios en Salud, Régimen Contributivo, año 2012	91
E. Cálculo de la UPC.....	93
E.1. Régimen Contributivo	93
E.2. Régimen Subsidiado	103
V. CONCLUSIONES	105
A. Morbilidad atendida, gastos y prestaciones	105
B. Régimen Subsidiado	106
C. Régimen Contributivo	106
VI. RECOMENDACIONES	107
VII. BIBLIOGRAFÍA	109
VIII. ANEXOS	111
A. Anexo 1. Variables de población del Estudio de suficiencia POS - UPC 2013	111

B.	Anexo 2. Variables planes de beneficio del Estudio de suficiencia POS - UPC 2013.....	112
C.	Anexo 3. Variables de la UPC del Estudio de suficiencia POS - UPC 2013	114
D.	Anexo 4. Solicitud de información a aseguradoras para el “Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2014”	115
E.	Anexo 5. Dinámica poblacional por departamentos año 2012 en el Régimen Subsidiado.....	116
F.	Anexo 6. Dinámica poblacional por departamentos año 2012 para el Régimen Contributivo	127
G.	Anexo 7. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos y grupos de riesgo 2011-2012.....	138
H.	Anexo 9. Estimación IBNR Régimen Contributivo	145
I.	Anexo 10. Estimación faltantes de compensación.....	146
J.	Anexo 11. Estimación faltantes de compensación suavizamiento	149

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Fuentes de Información por Tipo, Colombia 2013.....	17
Tabla 2.	Procesos de verificación de la calidad Estudio de suficiencia POS UPC, Colombia 2013.....	20
Tabla 3.	Indicadores Demográficos Población Afiliada, año 2012.	39
Tabla 4.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida. Año 2012.....	43
Tabla 5.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Menores de 1 año. 2012.....	45
Tabla 6.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Menores entre 1 y 4 años. 2012.	47
Tabla 7.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Menores entre 5 y 14 años. 2012.	51
Tabla 8.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Hombres entre 15 y 18 años. 2012.	54
Tabla 9.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Mujeres entre 15 y 18 años. 2012.	57
Tabla 10.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Hombres entre 19 y 44 años. 2012.	59
Tabla 11.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo Mujeres entre 19 y 44 años. 2012.	62
Tabla 12.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo entre 45 y 49 años. 2012.	65
Tabla 13.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo entre 50 y 54 años. 2012.	68
Tabla 14.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo entre 55 y 59 años. 2012.	71
Tabla 15.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo entre 60 y 64 años. 2012.	74
Tabla 16.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo entre 65 y 69 años. 2012.	77
Tabla 17.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo entre 70 y 74 años. 2012.	79
Tabla 18.	Diez Primeras Causas de Morbilidad Atendida por Ámbito. Grupo de riesgo de 75 y más años. 2012.	82

Tabla 19.	Distribución de prestaciones de salud y gasto por ámbitos 2011-2012	89
Tabla 20.	Gasto de procedimientos reportado en Régimen Contributivo para cada grupo de riesgo.	92
Tabla 21.	Coberturas de información en registros y valores en el Régimen Contributivo. Año 2012.....	93
Tabla 22.	EPS seleccionadas para el Estudio de Suficiencia UPC 2014 en el Régimen Contributivo.	94
Tabla 23.	Estimación IBNR en el Régimen Contributivo.....	95
Tabla 24.	Trending en el Régimen Contributivo.....	96
Tabla 25.	Trending NO INFLACIONARIO en el Régimen Contributivo	98
Tabla 26.	Evolución proceso de compensación en el Régimen Contributivo	99
Tabla 27.	Ajuste por Compensaciones causadas y no Realizadas en el Régimen Contributivo ...	100
Tabla 28.	Cuotas moderadoras y copagos	101
Tabla 29.	Otros Ingresos	102
Tabla 30.	Coberturas brutas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado Pleno. Año 2012	103
Tabla 31.	EPS seleccionadas con cobertura en valor y registros	104

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1.	Sistema de información del Estudio de suficiencia POS – UPC. Colombia, 2013	18
Gráfica 2.	Períodos de Estimación	27
Gráfica 3.	Pirámides Poblacionales (Población Asegurada Vs. Población de base de servicios en estudio - Año 2012), por Régimen. Año 2012.....	34
Gráfica 4.	Dinámica Poblacional en el Régimen Contributivo para los años 2006 al 2012.....	36
Gráfica 5.	Comparativo de la Morbilidad Atendida General entre los Regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2012.	44
Gráfica 6.	Distribución porcentual total de las 10 primeras causas de morbilidad atendida por grupo de riesgo UPC. Año 2012.	85
Gráfica 7.	Frecuencia Promedio de Prestaciones en Salud por Afiliado Año.	91

Gráfica 8.	Distribución de Prestaciones anuales por Grupo de Riesgo y Ámbito de Prestación. Año 2012.	92
Gráfica 9.	Estimación IBNR en el Régimen Contributivo	95
Gráfica 10.	Serie prima pura procedimientos sin modificación en todo el periodo de experiencia.....	97
Gráfica 11.	Estimación a 2013 prima pura procedimientos sin modificación en todo el periodo de experiencia	98

I. INTRODUCCIÓN

El Estudio de Suficiencia y de los Mecanismos de Ajuste de Riesgo que determina la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud es una investigación interdisciplinaria que, año tras año, determina la suficiencia de la prima (Unidad de Pago por Capitación (UPC) para el financiamiento del plan de Beneficios, y evalúa los mecanismos de ajuste de riesgo para efectos de recomendar a las autoridades competentes el valor anual de la UPC y los ajustes o modificaciones a los ponderadores.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Protección Social lleva a cabo anualmente la revisión de la suficiencia de la UPC y el cálculo de la prima y los factores de ajuste de riesgo, brinda a su vez los elementos de juicio para la toma de decisiones, que inicialmente se hacía por parte de la Secretaría Técnica del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), luego, por parte de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y actualmente por la Comisión Asesora de Beneficios,, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, organismo que tiene a su cargo "...la asesoría en los temas referentes a la formulación de la política de Beneficios,, costos y tarifas en aseguramiento en Salud."¹, todo ello en el marco de los desarrollos académicos y experiencias internacionales relacionados con las metodologías de cálculo de primas de aseguramiento y de ajuste de riesgo.

El estudio analiza cada uno de los regímenes de manera independiente, dado que si bien es cierto que el Plan Obligatorio de Salud (POS) ha sido unificado, las fuentes de financiación, los costos en salud según la evidencia disponible, la operación del sistema y los costos administrativos, siguen siendo distintos entre los regímenes. No obstante, en ambos escenarios se busca que la UPC sea suficiente para financiar el plan de Beneficios, y que los mecanismos de ajuste de riesgo estén reflejando el gasto en salud de acuerdo con las variables demográficas seleccionadas. En el Régimen Subsidiado se requiere establecer adicionalmente el impacto de la unificación del plan de Beneficios, en la población menor de 18 años llevada a cabo en el 2010, continuando con mayores de 60 años en el 2011 y culminando con la unificación de los planes de Beneficios, de la población faltante en julio de 2012.

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se tomó la información proveniente de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), se aplicaron los procesos de calidad previstos, se estableció la cobertura de los datos frente al gasto reportado por los representantes legales de cada una de las EPS y se monitorearon las actividades, intervenciones, procedimientos, medicamentos e

¹ Decreto 2562 de 2012, "Por el cual modifica la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social, se crea una comisión asesora y se dictan otras disposiciones."

insumos vinculados a la atención en salud, correlacionando la información observada con la información disponible de frecuencias y severidades de los ocho años anteriores.

Desde el punto de vista metodológico, este estudio está referenciado con los principios y métodos reconocidos por la Casualty Actuarial Society, incorporando una revisión de la ecuación fundamental del seguro, ajuste por *IBNR* e *IBNER*², *trending*, primas comerciales, ajuste por compensaciones causadas y no realizadas, ajuste de riesgo y, por último, la indicación de tarifa.

Dado lo anterior, se desarrolla la metodología prevista en cada uno de los regímenes y posteriormente se presentan los resultados, iniciando con una descripción de los aspectos demográficos, de morbilidad y de uso y gasto de los servicios de salud relacionados, seguido de una descripción de los procesos de calidad de la información y análisis del gasto reportado por las aseguradoras, para posteriormente presentar los resultados por cada uno de los regímenes y las conclusiones y recomendaciones.

De esta forma, el Ministerio de Salud y Protección Social entrega por noveno año consecutivo el Estudio de suficiencia POS – UPC que pretende ser un elemento complementario, en relación con los otros estudios elaborados por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para la toma de decisiones frente a la financiación del Plan Obligatorio de Salud.

2 Siglas en inglés de *incurred but not reported* e *incurred but not enough reported reserved*.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Determinar para el año 2014 la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación con la que se financian las prestaciones en salud contenidas en el POS, tanto para el Régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado, teniendo en cuenta los mecanismos de ajuste de riesgo.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la suficiencia de la UPC tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado para la financiación de las prestaciones en salud, contenidas en el POS.
- Estimar el impacto de las nuevas tecnologías incluidas al POS.
- Monitorear los mecanismos de ajuste de riesgo demográficos (variables de edad, sexo y localización geográfica), dados por los determinantes del gasto por cada uno de los ponderadores de la UPC.
- Calcular y definir la UPC para el año 2014 y sus ponderadores de riesgo.



III. METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE LA UPC

El estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud es una investigación interdisciplinaria que se realiza anualmente.

A. TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo de corte transversal que toma los datos en un momento determinado del tiempo y que corresponden a la información de prestaciones en salud del año inmediatamente anterior, sobre la cual se realizan los análisis pertinentes para calcular la UPC del año siguiente al año en el cual se procesa la información.

B. PERIODO DE ANÁLISIS

El periodo de análisis, tanto para el Régimen Contributivo como para el Régimen Subsidiado, es un año calendario, es decir, desde el mes de enero hasta el mes de diciembre inmediatamente anterior al año en que se efectúa el análisis.

C. UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Las unidades de observación son los ingresos por concepto de UPC y adicionales para financiar el POS y los gastos reportados en la prestación de los servicios de salud del POS.

D. UNIVERSO

El universo del estudio lo constituye la información de todas las entidades aseguradoras autorizadas para administrar los regímenes Contributivo y Subsidiado, en el periodo de análisis.

E. TIPO DE INFORMACIÓN

Para efectuar los análisis requeridos se necesita la siguiente información:

- Población: Población afiliada a las entidades aseguradoras del Régimen Contributivo y Subsidiado durante el periodo de análisis, distribuida por edad, sexo, municipio, zona de residencia, nivel de Sisbén, Ingreso Base de Cotización (IBC), tipo de afiliado y antigüedad.
- Servicios prestados a cargo del plan de Beneficios,: Todas las prestaciones en salud recibidas por los afiliados con sus respectivos costos directos (para el asegurador, para el usuario y para el Sistema), al igual que sus formas de reconocimiento y pago.
- Ingresos: Los ingresos para la prestación de servicios de salud recibidos por las aseguradoras.

- Egresos: Los gastos en la prestación de servicios a los afiliados por parte de la aseguradora.

F. VARIABLES

Cada tipo de información requiere unas variables, que se enumeran a continuación y se detallan de acuerdo con el uso, el indicador, el análisis con el que se relacionan y el tipo de información que generan.

Las variables de población son: tipo de identificación, identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del departamento, código del municipio, zona geográfica, nivel de Sisbén, IBC, afiliados compensados equivalentes, afiliados liquidados equivalentes, tipo de afiliado y fecha de afiliación al SGSSS.

Anexo 1. Variables de población del Estudio de suficiencia POS - UPC 2013.

Las variables del plan de Beneficios, son: tipo de identificación, identificación; fecha de nacimiento, sexo, código del departamento, código del municipio, zona geográfica, código del diagnóstico, fecha de prestación del servicio, código de actividad, intervención o procedimiento y medicamento; ámbito de prestación de la actividad, intervención o procedimiento y medicamento; forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento y medicamento; número de días estancia normal o cantidad de medicamentos; valor actividad, intervención o procedimiento y medicamento, valor asumido por el usuario y prestador de servicios de salud.

Anexo 2. Variables planes de beneficio del Estudio de suficiencia POS - UPC 2013.

Por último, las variables de la Unidad de Pago por Capitación son: tipo de identificación, identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del departamento, código del municipio, zona geográfica, días compensados y días liquidados, afiliados compensados equivalentes, afiliados liquidados equivalentes, ingresos servicios de salud UPC, ingresos servicios de salud de promoción y prevención, valor asumido por el usuario (cuota moderadora y copago) y costos servicios de salud. Anexo 3. Variables de la UPC del Estudio de suficiencia POS - UPC 2013.

G. FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información para el análisis de suficiencia son las bases de datos poblacionales y de servicios. Estas bases de datos son las de prestaciones en salud reportadas por todas las aseguradoras, las de población del proceso de compensación del Fosyga para el Régimen Contributivo y de liquidación mensual de afiliados para el Régimen Subsidiado. Adicionalmente, los estados financieros reportados por las aseguradoras a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y la información de la población nacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Toda la información correspondiente al periodo en estudio.

El tipo de información y sus fuentes se presentan en la siguiente tabla:

Tabla 1. Fuentes de Información por tipo, Colombia, 2013

TIPO DE INFORMACIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Población	Base de datos única de afiliados (BDUA)
	Base de datos de la compensación del Fosyga
	Histórico de población afiliada compensada (HAC)
	Histórico de población afiliada no compensada (HANC)
	Base de datos liquidación mensual de afiliados del Subsidiado (LMA)
Prestación de servicios del plan de beneficio	Archivos de población del DANE
	Base de datos de prestación de servicios de aseguradoras
	Estados financieros reportados por aseguradoras a la SNS
	Manual tarifario SOAT vigentes
	Bases de datos de comités técnicos, científico y tutelas
Unidad de Pago por Capitación	Base de datos de la compensación del Fosyga
	Base de datos de liquidación mensual de afiliados del Subsidiado (LMA)
	Base de datos de prestación de servicios de aseguradoras
	Estados financieros reportados por aseguradoras a la SNS
	Bases de datos de comités técnicos, científico y tutelas

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2013.

1. BASE DE DATOS DE LA COMPENSACIÓN DEL FOSYGA

El Ministerio cuenta con las declaraciones de giro y compensación de las EPS del Régimen Contributivo, obtenidas de las bases de datos del administrador del Fosyga. De estos archivos se obtienen datos de población e ingresos por cada EPS, por concepto de UPC y promoción y prevención.

2. BASE DE DATOS DE LIQUIDACIÓN MENSUAL DE AFILIADOS

El Ministerio cuenta con las declaraciones de giro y aceptación de saldos de las EPS del Régimen Subsidiado, obtenidas de las bases de datos del administrador del Fosyga. De estos archivos se obtienen datos de población e ingresos por EPS, por concepto de UPC.

3. BASES DE DATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Las aseguradoras cuentan con datos de prestación de servicios de salud por afiliado y registran la información de cada una de las atenciones solicitadas, razón por la cual una persona puede aparecer varias veces en la misma base de datos. La conformación de dicha base incorpora la información de varias fuentes, entre ellas, los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), el sistema de facturación, las autorizaciones, los recobros y las tutelas, con las variables de población y de prestación de servicios.

4. ARCHIVOS DE LOS ESTADOS FINANCIEROS

La Superintendencia Nacional de Salud (SNS), tiene los estados financieros reportados por las aseguradoras. Estos datos son de

origen contable y corresponden al periodo fiscal, con corte a 30 de diciembre de cada año. De allí se obtienen variables de la UPC.

5. ARCHIVOS DE POBLACIÓN NACIONAL

El DANE cuenta con las proyecciones de la población nacional total, por sexo y por grupo etario a partir del censo de 2005.

6. ARCHIVOS DE LOS MANUALES TARIFARIOS

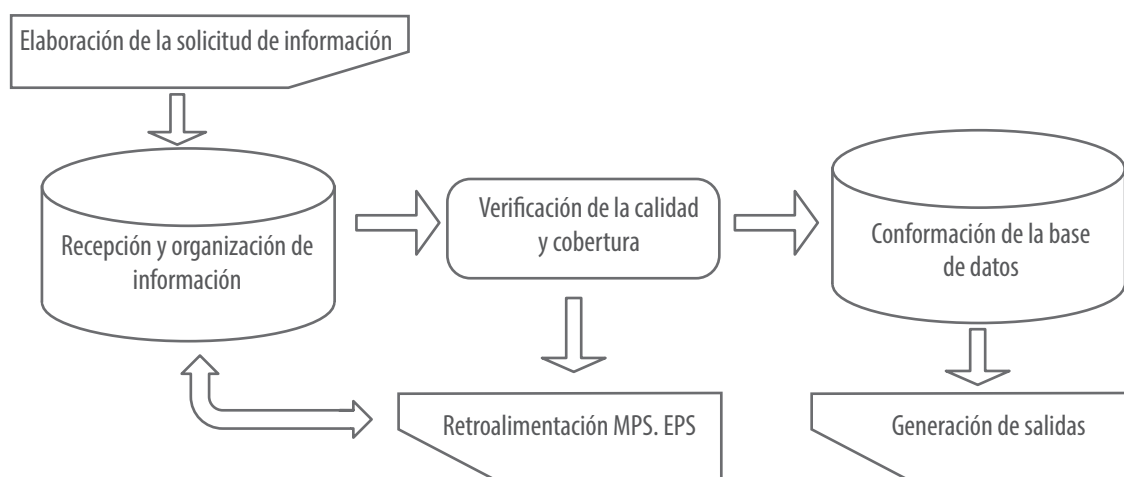
Los valores de referencia para el POS se obtienen a partir del Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, conocido como Manual

Tarifario SOAT, "Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones", indexado para el año 2013.

H. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

El sistema de información es un proceso estructurado mediante el cual se establecen unos parámetros de solicitud y presentación de la información y se realiza un procesamiento que incluye la verificación de la calidad y cobertura, la conformación de la base de datos y la retroalimentación.

Gráfica 1 Sistema de información del Estudio de suficiencia POS. UPC. Colombia, 2013



Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2013.

1. SOLICITUD DE INFORMACIÓN

La solicitud de información se realiza por fuentes de información, de acuerdo con el tipo requerido, el periodo de análisis del estudio y los instrumentos previstos para ello. Además, se describen el proceso de envío de la solicitud y las estrategias para garantizar la obtención de los datos y recepción de información.

A) BASE DE DATOS DE LA COMPENSACIÓN Y LIQUIDACIÓN DE AFILIADOS

Esta información se solicita a la Oficina de Tecnología de la Información y Comunicación (TIC) del Ministerio de Salud y de allí se extraen las variables de población y UPC, que son tipo de identificación, identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del departamento, código del municipio, zona geográfica, IBC, Sisbén, días compensados y liquidados, tipo de afiliado y fecha de afiliación al SGSSS.

B) BASES DE DATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Se construyen con la información solicitada a las aseguradoras, en una estructura diseñada para tal fin, por el Ministerio de Salud y Protección Social, acompañada de una declaración certificada del gasto en salud reportado (que se registra en la carta remisoría), con las variables de prestación de servicios del plan de Beneficios,, que son: tipo de identificación, identificación, fecha de nacimiento, sexo, código del departamento, código del municipio, zona geográfica, código del diagnóstico, fecha de prestación del servicio, código de actividad, intervención o procedimiento y medicamentos, ámbito de prestación de la actividad, intervención o procedimiento y medicamento, forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento y medicamento, número de días de estancia normal, valor de la actividad, intervención o procedimiento y medicamento y valor asumido por el usuario.

La solicitud contempla una información detallada de la prestación de servicios de salud con el objeto de obtener las frecuencias y los costos por actividad, intervención o procedimiento y medicamento del plan de Beneficios,, de tal forma que se obtengan los valores a los cuales se están reconociendo los servicios por parte de las aseguradoras y, a su vez, los costos de los servicios por Régimen como insumo del estudio de la suficiencia de la UPC. Solicitud de información en el Anexo 4, Solicitud de información a aseguradoras para el “Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la unidad de pago por capitación para garantizar el plan obligatorio de salud en el año 2014”.

Para esta vigencia se realizó la revisión de la estructura de solicitud de información en el primer bimestre de 2013 y como elementos para resaltar se señala que al igual que en años anteriores, a solicitud de las EPS, se continuó con el reporte de la forma de reconocimiento

y pago por servicio sin detalle, por falta de información desagregada. En el Régimen Subsidiado, se continuó el reporte de información de actividades individuales de los pueblos indígenas en el marco del Acuerdo 326 de 2005. Finalmente, se continúa solicitando la variable prestador de servicios de salud.

Entre marzo y abril de 2013 se publicó la solicitud de información de los servicios de salud de 2012 a las EPS, la cual debía ser entregada en el mes de junio de 2013. Se validó la información y se retroalimentó a las EPS hasta el mes noviembre del mismo año. Los registros con valor cero en la capitación fueron ajustados con el valor correspondiente al código del servicio establecido en el Decreto 2423 de 1996 (Manual Tarifario SOAT), para proceder a estimar la cobertura.

La cobertura se establece a través de una matriz que verifica el número de registros válidos y los valores soportados en las bases de datos frente al universo de datos y los valores que debieron ser reportados por los prestadores a las EPS. En esta matriz, se identifican los numeradores y los denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura, teniendo en cuenta dos variables de referencia: el ámbito en el que se realizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado.

Para tomar la decisión sobre cuáles de las EPS pueden hacer parte del estudio porque tienen una cobertura aceptable, se construye una matriz con todas las coberturas obtenidas por cada una de las EPS. El criterio de selección es una cobertura en valor igual o mayor al 90%; sin embargo, cuando no todas las EPS alcanzan este porcentaje, se determina el percentil 75 una vez eliminados valores por encima de 100%, que en ningún caso deberá ser inferior a 80%, dado que se estima que coberturas por debajo de ese nivel ponen en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia.

2. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

El procesamiento de la información del estudio es dinámico, desde la misma concertación para la solicitud de información hasta la recepción, organización, retroalimentación y validación. Una vez recibida su información de población y servicios de salud provenientes de las EPS, se realiza un inventario y se conforma una base de datos inicial por cada uno de los regímenes. Luego se inician los procedimientos de verificación de la calidad y cobertura de la información, los cuales se describen a continuación. Finalmente, se conforma la base de datos con las EPS seleccionadas.

A) VERIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

La calidad de los datos de prestación de servicios se verifica a través de siete procesos, que se describen a continuación:

1) CALIDAD 1 - VERIFICACIÓN DE ESTRUCTURA

El objetivo de este primer proceso es confrontar la estructura de los archivos de reporte con la estructura solicitada, así como verificar el diligenciamiento de los campos de forma completa y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información con respecto a las variables longitud y texto-numérico.

Para ello, se utiliza la malla de validación con las características y las tablas de cada campo según el tipo de archivo, que permite un máximo de 2.000 errores, y con un reporte que permite identificar el número de registro, el campo y el tipo de error.

Mediante este proceso se hizo un primer diagnóstico de calidad de la información, por parte de las aseguradoras, quienes enviaron el reporte de la malla de validación junto con la información. Posteriormente se hizo un se-

gundo diagnóstico por parte del Ministerio, a partir del cual se retroalimentaron las EPS.

2) CALIDAD 2 - CONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

El objetivo de este proceso es verificar la consistencia interna de los datos de los archivos de población y prestación de servicios de salud. Las verificaciones de la población consisten en detectar duplicidades por aseguradora, tipo y número de documento de identidad. Las verificaciones de los registros de las prestaciones de servicios consisten en que los diagnósticos y los procedimientos correspondan a ciertos grupos de edad y sexo con base en unas tablas de clasificación de la CIE-10 y para CUPS diseñadas para cada uno de los grupos y que se cruzan contra la base de datos.

3) CALIDAD 3 - VERIFICACIÓN CRUZADA DE LA INFORMACIÓN

El objetivo de este proceso es buscar la correspondencia entre las actividades, intervenciones o procedimientos registrados en la base con el ámbito de prestación reportado y los días de estancia. En el ámbito ambulatorio, adicionalmente, se busca generar alertas en cuanto a valores reconocidos como máximos y mínimos.

4) CALIDAD 4 - VERIFICACIÓN DE DERECHOS DE LOS USUARIOS

El objetivo de este proceso es verificar el derecho del afiliado al servicio reportado en los registros de prestación de servicios de salud. Esto se realiza mediante el cruce de los usuarios a los que se les prestaron los servicios contra la base de datos de afiliados compensados y liquidados al Fosyga, para el caso del Régimen Contributivo. En el Régimen Subsidiado se realiza contra la liquidación mensual de afiliados.

5) CALIDAD 5 - VERIFICACIÓN DE ATENCIONES EN SALUD ÚNICAS

El objetivo de este proceso es detectar registros duplicados en la información reportada, a través de las variables de identificación y fecha de prestación del servicio de salud. Estas duplicidades se pueden presentar por año y día.

6) CALIDAD 6 - VERIFICACIÓN DE VALORES EXTREMOS DE FRECUENCIA Y VALOR

El objetivo de este proceso es verificar frecuencias y valor reportados por afiliado, identificando la presencia de frecuencias mayores a cien actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a cien millones de pesos por afiliado.

7) CALIDAD 7 - VERIFICACIÓN DE AFILIADOS CON EL MISMO TIPO DE IDENTIFICACIÓN Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

El objetivo de este proceso es verificar las atenciones realizadas a menores de un año, registradas con el número de identificación de algunos de los padres.

8) CALIDAD 8 - CONSISTENCIA DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

El objetivo de este proceso es verificar cómo los datos de los registros de prestación de servicios de salud reportados por las aseguradoras representan el gasto en salud, así como la consistencia de los ingresos. Para tal efecto, se corren dos tipos de validación de las variables de gasto: una validación interna, que compara los datos de gastos declarados por la aseguradora frente a los datos de gastos soportados en la base de datos, y una validación externa, que compara los datos declarados por la aseguradora contra los estados financieros reportado a la SNS.

De igual forma, se realiza una validación de

los ingresos entre los datos arrojados por el proceso de compensación por afiliado equivalente en el Régimen Contributivo y los ingresos estimados por afiliado equivalente en el Régimen Subsidiado contra los datos declarados de ingreso en los estados financieros de la SNS.

Las validaciones se expresan en un cociente entre los valores soportados en registros y los valores declarados, otro cociente entre los valores declarados y los valores de los estados financieros para los gastos y un cociente adicional, entre los valores de los ingresos por afiliado equivalente y los valores de los ingresos en los estados financieros, en los que un valor de 100% se considera que representa el dato oficial.

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

En la siguiente tabla se resumen los procesos de validación de la calidad de la información de prestación de servicios:

Tabla 2. Procesos de verificación de la calidad Estudio de suficiencia POS UPC, Colombia 2013

PROCESO	DESCRIPCIÓN
Calidad 1	Verificación de la estructura de los archivos de reporte que incluye la completitud de los campos y el cumplimiento del formato definido en la solicitud de información.
Calidad 2	Verificación de la consistencia interna de la información, referida a la revisión de las relaciones entre diagnósticos con edad y sexo y actividades, intervenciones y procedimientos con sexo.
Calidad 3	Verificación cruzada de la información que relaciona la correspondencia entre las actividades, intervenciones y procedimientos, con su ámbito y días de estancia; en el ámbito ambulatorio alertas en cuanto a valores reconocidos máximos y mínimos.

Tabla 2. Procesos de verificación de la calidad Estudio de suficiencia POS UPC, Colombia 2013

PROCESO	DESCRIPCIÓN
Calidad 4	Verificación de derechos de los usuarios que compara a los usuarios a los que se les prestaron servicios con la totalidad de las base de datos poblacionales disponibles para el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado.
Calidad 5	Verificación de atenciones en salud únicas que detecta registros iguales por año y día con las variables de identificación y fecha de servicio.
Calidad 6	Verificación de frecuencias y valor de afiliados con frecuencias mayores a 100 actividades anuales y valores de prestación de servicios mayores a \$100.000.000.
Calidad 7	Verificación de afiliados con el mismo tipo y número de identificación que aparecen con diferente sexo o fecha de nacimiento.
Calidad 8	Verificación de la consistencia de la información financiera contra el gasto en salud, tanto el declarado como el soportado en los registros de prestación de servicios de salud entregados por las EPS, así como en los ingresos, en relación con la información declarada en los estados financieros de la SNS.1.

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia 2013.

I. VERIFICACIÓN DE LA COBERTURA DE INFORMACIÓN

Una vez establecida la calidad de la información, se determina la cobertura de los datos a través de la matriz de cobertura de registros de información de prestación de servicios de salud de cada una de las EPS. Esta matriz verifica la cobertura de registros con respecto al universo de datos que debieron ser reportados por los prestadores a las aseguradoras, los registros válidos y los valores soportados en la base de datos. Adicionalmente, en ella se identifican los numeradores y denominadores para cada uno de los indicadores de cobertura teniendo en cuenta dos variables de referencia: el ámbito en el que se rea-

lizó la prestación del servicio y la forma de reconocimiento o pago del servicio de salud prestado; cuando se dan todas las formas de reconocimiento o pago en todos los ámbitos de prestación, se obtiene un total de sesenta indicadores por aseguradora.

Para seleccionar las aseguradoras con cobertura aceptable y que por lo tanto pueden hacer parte del estudio, se construye una matriz de coberturas de registros de información de prestación de servicios de salud para el conjunto de las EPS, que incluye las coberturas individuales de cada aseguradora. El criterio de selección por aplicar es una cobertura igual o mayor al 90%; sin embargo, cuando las aseguradoras no alcanzan este porcentaje, se determina el percentil 75 una vez eliminados valores por encima de 100% y se selecciona el conjunto de aseguradoras, revisando que en ningún caso las coberturas sean inferiores al 80%, dado que se estima que por debajo de ese nivel se pone en riesgo el cálculo adecuado de la suficiencia.

J. MÉTODOS

1. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

- Descripción demográfica y distribución por grupos de edad y sexo.
- Descripción poblacional de los asegurados totales y de la población seleccionada para el estudio, por Régimen de afiliación.
- Descripción poblacional del Régimen Contributivo de 2006 a 2012.
- Descripción poblacional departamental de los asegurados totales y la población seleccionada para el estudio, año 2012.
- Comparativo indicadores demográ-

ficos entre los asegurados totales y la población colombiana, por Régimen de afiliación, año 2012.

2. DESCRIPCIÓN DE LA MORBILIDAD ATENDIDA

- Análisis general de la morbilidad atendida.
- Análisis de la morbilidad por grupos de riesgo UPC.
- Correspondencia con otros estudios epidemiológicos.

3. SERVICIOS Y GASTO EN SALUD

- Descripción de los servicios prestados y gasto, por Régimen, ámbitos de prestación y grupos de riesgo, comparativo 2011 y 2012.
- Descripción del uso de servicios en salud, Régimen Contributivo, año 2012

4. EVALUACIÓN DE LA SUFICIENCIA DE LA UPC

El objetivo central del análisis actuarial de tarifas es fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones a cargo de las aseguradoras y generar con ellas el nivel esperado de utilidad. Esto no parece distinto a la fijación de tarifas en otros sectores, pero dado que un seguro es un contrato en donde el asegurador se obliga a responder en los términos acordados por los costos asociados con la posible siniestralidad futura, dichos costos resultan desconocidos en el momento de fijar la tarifa, y esto implica la necesidad de aplicar metodologías actuariales precisas para estimar una prima suficiente.

El abordaje que se presenta a continuación se basa en la metodología y principios reconocidos por la Casualty Actuarial Society e incluye

las características propias del sistema de salud colombiano.

A) ECUACIÓN FUNDAMENTAL DEL SEGURO

Para un bien o servicio cualquiera, el precio de este es la suma de dos partes: el costo del bien o servicio y la utilidad que produce.

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

Al analizar un seguro, es posible determinar en detalle las partes que componen el precio de la prestación o prima. El costo se refiere a la suma del valor final de las reclamaciones, los gastos originados en la atención y ajuste de los siniestros y finalmente los gastos en que debe incurrir el asegurador para garantizar la prestación, gastos de mercadeo y administración. La utilidad será la diferencia entre las primas que emite el asegurador y la suma de los costos.

$$\text{Primas} = \text{Siniestros} + \text{Gastos por ajustes de siniestros} + \text{gastos de suscripción} + \text{utilidad}$$

La ecuación arriba presentada es la ecuación fundamental del seguro, y el objetivo del análisis de tarifa será conseguir que esta ecuación se encuentre propiamente balanceada de tal forma que las primas sean suficientes para cubrir los costos esperados y generar el nivel de utilidad esperado.

Para conseguir este balance es importante notar que es necesario cumplir con los siguientes puntos:

1. El proceso de fijación de tarifa es prospectivo, es decir, busca financiar una realidad futura.
2. Debe garantizar un balance global de esta ecuación e individual en grupos de riesgo.

Para garantizar este balance se reconocen

dos métodos básicos para el ajuste de tarifas, a saber:

- Métodos de prima pura.
- Método de la razón de pérdida o *loss ratio*

En el método de prima pura, la ecuación básica del seguro es planteada de la siguiente manera:

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

P_I = Prima Indicada

L = Siniestros

E_L = Gastos por ajustes de siniestros

E_F = Gastos fijos

V = Gastos variables como porcentajes de las primas

Q_t = Nivel target de utilidad en porcentaje a las primas

De esta expresión se despeja la prima, dando como resultado la prima suficiente.

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

Por otra parte, el método de la razón de pérdida busca encontrar el incremento necesario sobre las primas actuales para garantizar que la ecuación fundamental del seguro se encuentre balanceada

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

P_I = Prima indicada

P_c = Prima actual

Ind = Indicación de tarifa

Resolviendo para la indicación, se encuentra la fórmula de aplicación:

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

Para la estimación de la UPC, se empleará el método de la razón de pérdida, por cuanto la prima en cada Régimen se encuentra fraccionada en varias.

B) ESTIMACIÓN DEL MONTO ESPERADO DE SINIESTROS

Para la evaluación, los siniestros serán definidos como el valor esperado de las atenciones en salud, las cuales deben ser financiadas con las primas a cargo. Estas atenciones ocurrirán entre el 1° de enero de 2014 y el 31 de diciembre de 2014 y serán cubiertas con las primas generadas para las personas aseguradas en este periodo.

Dado que los siniestros han de ocurrir en un futuro, es necesario emplear las mejores estimaciones posibles para cuantificar el monto futuro de estas obligaciones, a partir del periodo de experiencia (2012).

El periodo de experiencia para el Régimen Subsidiado corresponde a dos momentos que obedecen al periodo en el cual el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado se hace igual al del Régimen Contributivo.

Por las características mismas del periodo de información en el Régimen Subsidiado, los montos incurridos de esta experiencia no evidencian los ciclos estacionales de las atenciones asociadas con el primer semestre del año.

En virtud de la experiencia observada en el periodo enero 2012 a diciembre de 2012 en el Régimen Contributivo este es un periodo válido para estimar el costo futuro de las atenciones por realizarse con cargo a la UPC en el año 2014 antes de inclusiones.

El cálculo que se lleva a cabo toma el costo observado en cada grupo etario y geográfico, el cual será dividido por la población expuesta de ese grupo etario en el año de experiencia.

Es importante resaltar que el Gobierno nacional reguló precios de medicamentos mediante las circulares 2, 3, 4, 5, 6 y 7 de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos. Dado lo anterior y con el fin de estimar el costo esperado de los siniestros, se sustituyen los costos observados por los presentados en dichas circulares hasta diciembre de 2013.

Para el cálculo de las nuevas tecnologías se toman los costos, las cantidades y la población objetivo o beneficiaria de cada una de las tecnologías y se lleva al interior de cada grupo etario y geográfico de riesgo³.

El cálculo de la población expuesta se obtiene sumando el número de años completos en el periodo de experiencia desde el momento que se registre su afiliación por grupo de riesgo. Así, si un individuo ingresa al sistema el 31 de junio de 2012 y se mantiene afiliado todo el resto de año, contará con medio año de exposición y sumará 0.5 unidades a los expuestos. Si por el contrario el individuo estuvo todo el año contará por una unidad de exposición. La exposición individual se define como $ej(t) = \frac{\text{días vigentes en el periodo } t}{360}$

la exposición total al interior del grupo j será

$Exp_j(t) = \sum_{k=1}^{m_j(t)} e_k(t)$ en donde $m_j(t)$ se refiere al total de individuos del grupo j en el periodo y los días expuestos se estimarán con base en años de 360 días.

La prima pura a aplicar para cada persona afiliada en el 2014 será la razón entre los costos observados y ajustados por IBNR y tendencias y los expuestos de la selección.

$$\hat{u}_j = \left[\frac{\sum_{i=1}^{n_j} X_i}{Exp_j(t)(1+\zeta)} \right] (1 + IBNR)(1+\tau)$$

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

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

$Exp_j(t)$ = Expuestos en el grupo de riesgo j en el periodo de experiencia selección

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

τ = Factor de tendencia

ζ = Factor de ajuste por compensaciones faltantes

B.1. AJUSTES IBNR E IBNER

Para que una atención médica se convierta efectivamente en una obligación pagada, es necesario pasar por una serie de etapas, las cuales pueden variar dependiendo de los procesos internos en cada EPS.

Así, cuando un paciente ingresa a una IPS, se inicia un proceso de autorización para llevar a cabo una serie de procedimientos que una vez surtan efecto llevarán a que se practiquen los procedimientos requeridos. Si indagáramos a la EPS en ese momento sobre el monto incurrido por esta obligación, probablemente no tendría certeza ni de los procedimientos ni de los costos asociados y en algunos casos en sus registros de bases de datos no se habrá reportado la ocurrencia de este evento.

Una vez terminada la atención al paciente, a través de los convenios establecidos entre IPS y EPS, las primeras reportan y cobran a las segundas, quienes a su vez validan los costos que se les reportan y ajustan las obligaciones que deben pagarse.

Este proceso lleva a que el monto y el número de las atenciones para un mismo periodo

3 Las evaluaciones e impactos presupuestales de las tecnologías nuevas fueron elaborados por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS). <http://www.iets.org.co>.

varíen en función del momento en el que se ha recolectado esta información. El proceso requerido para estimar el verdadero monto y número de las reclamaciones pasa por la estimación de la pérdida última y el cálculo de los montos incurridos y no reportados o no completamente bien estimados conocidos actuarialmente como las reservas de *IBNR* e *IBNER*.

Para que el valor esperado estimado resulte adecuado, es necesario hacer una corrección por efecto del *IBNR* e *IBNER* referidos a atenciones incurridas pero no perfectamente reportadas o reservadas.

Es una práctica común no estimar por aparte los ajustes de *IBNR* e *IBNER* y en cambio ajustar como un total ambos efectos dentro de la figura del *IBNR*. En el análisis estándar del *IBNR*, las metodologías más robustas se basan en la construcción de triángulos de desarrollo, en los cuales se presenta la evolución del total de atenciones ocurridas por cada periodo y su monto incurrido dependiendo del tiempo transcurrido desde su fecha de ocurrencia. Estos triángulos se emplean como base para la estimación de la evolución de los montos incurridos en el tiempo y hacer los ajustes requeridos.

Dada la falta de información de triángulos de desarrollo, el presente estudio estimará el *IBNR* como la diferencia entre la tendencia esperada del costo por expuesto mensual y el valor observado. Para llevar a cabo esta estimación se empleará el siguiente proceso:

Se supondrá que el *IBNR* sobre el total de las reclamaciones según tiempo requerido para el desarrollo total d tendrá la forma: $\% IBNR = 1 - \rho^d$, en donde d es el tiempo, en meses, faltante para el desarrollo total y ρ un parámetro cuyo valor absoluto es menor a la unidad que permite recoger la menor carga de *IBNR* conforme el tiempo y las atenciones

avanzan. De esta manera, el costo observado de las atenciones $S(t,d)$ se puede modelar como $S(t,d) = f(t)\rho^d$, en donde $f(t)$ es una función tendencial cuyo objetivo es evidenciar el valor último de las atenciones, y ρ^d el factor de incompletitud por *IBNR*. Al estimar este modelo es posible calcular el ajuste de *IBNR* aplicar para cada uno de los periodos de desarrollo empleados.

Dada esta estructura, los parámetros de esta ecuación se pueden estimar mediante el siguiente modelo lineal:

$$\ln(S(t,d)) = \ln(f(t)) + d \ln(\rho) + \varepsilon$$

Una vez estimado, el *IBNR* asociado se estimará como la diferencia entre el valor esperado del desarrollo último y el valor observado, así:

$$IBNR_t = \hat{f}(t) - S(t,d)$$

Alternativamente, el valor último de las atenciones con base en este modelo se puede expresar como:

$$\hat{f}(t) = S(t,d) \hat{\rho}^{-d}$$

En consecuencia, el *IBNR* se puede estimar como:

$$IBNR_t = S(t,d) (\rho^{-d} - 1)$$

Para los ajustes pertinentes de *IBNR* se estimará el porcentaje en que deben incrementarse las reclamaciones observadas mediante el siguiente porcentaje de ajuste:

$$\frac{\sum_d S(t,d)(\rho^{-d} - 1)}{\sum S(t,d)}$$

B.2. AJUSTE POR TENDENCIAS

En todo análisis de tarifa, es necesario considerar la relación entre los momentos de experiencia, aplicación y recolección de informa-

ción para poder llevar a cabo procesos de estimación más precisos. Para tal efecto, han de reconocerse las siguientes diferencias:

Gráfica 2. Periodos de estimación



Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, 2013.

A) PERIODO DE APLICACIÓN O DE PRONÓSTICO

Este es el periodo en el cual se darán las atenciones médicas, las cuales estarán a cargo de las EPS y la UPC. Es pertinente aclarar que este periodo se refiere a un periodo futuro, y en consecuencia no se requiere estimar el número de atenciones que se llevarán a cabo ni el monto que implicarán. En este estudio el periodo de aplicación será el comprendido entre el 1° de enero de 2014 y el 31 de diciembre de ese mismo año, inclusive.

A) PERIODO DE EXPERIENCIA

Este es el horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las atenciones médicas que servirán como experiencia para la estimación de la(s) prima(s) pura(s) de riesgo. Debe notarse que el periodo de experiencia y el de pronóstico son diferentes y salvo circunstancias muy particulares, no es correcto emplear directamente los valores observados de atenciones del periodo de experiencia como la expectativa de ocurrencia de los costos asociados con la prima en el periodo de aplicación; por ello se requieren ajustes o estimaciones.

El periodo de experiencia corresponde al 1° de enero de 2012 hasta el 31 de diciembre de 2012.

B) PERIODO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Corresponde al momento en el cual se recolecta la información, lo cual trae como consecuencia la variación de los resultados como producto de *IBNR*, cuyo efecto disminuye conforme el tiempo avanza.

Es importante notar la diferencia frente al periodo de experiencia, pues mientras el periodo de corte corresponde al momento en el cual se hace la recolección de la información, el de experiencia cuenta por el periodo en el que se causaron las reclamaciones.

Las diferencias entre el periodo de experiencia y el de aplicación llevan a que sea necesario ajustar las estimaciones mediante un proceso llamado *Trending*.

B.3. TRENDING

Para llevar a cabo el proceso de *trending* se considerarán los siguientes ajustes:

Trending por efecto inflacionario que llevará el costo de la atención a los precios en el periodo de aplicación. Tomando los datos mensualizados, se actualiza cada registro mensual a pre-

cios de diciembre de 2013. Una vez hecho esto, las atenciones del mes de enero se proyectan a enero de 2014 empleando la inflación esperada según reporte del Banco de la República. Lo propio se hace con las atenciones de febrero, marzo y así hasta diciembre.

El factor por tendencia inflacionaria τ π será la razón entre los costos actualizados a 2014 y la serie observada en 2012.

Este procedimiento se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Se actualizan todos los costos al tiempo τ (octubre de 2013) mediante el uso del

IPC $\tilde{S}(\tau; t_i) = S(t) \prod_{i=1}^{\tau-t_i} (1 + \pi_i)$ en donde $\tilde{S}(\tau; t_i)$ se refiere al costo actualizado, π_i a la inflación mensual de acuerdo con el IPC $S(t)$ y el costo observado en el mes t .

2. Para el uso al periodo de aplicación $(T_0; T_1)$ se emplea la inflación esperada, la actualización al periodo de aplicación para actualizar los costos, se incrementan por la inflación esperada hasta el mes de aplicación del costo según la siguiente expresión:

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

en donde $S(t)$ es el costo observado en el mes t , τ el último periodo de experiencia en inflación (octubre de 2013); $\tilde{S}(\tau; t_i)$ refiere al costo actualizado, π_i a la inflación mensual, $\pi_e(\tau)$ a la expectativa de inflación mensual en el momento τ y k los meses que hay hasta el mes de aplicación desde el periodo τ .

3. Finalmente, el factor de tendencia ponderado por aplicar será el incremento promedio de los meses de experiencia:

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

B.4. CORRECCIÓN POR FALTANTES DE EXPOSICIÓN

Los procesos de compensación no son inmediatos y suelen evidenciar rezagos que vienen de periodos pasados. De hecho, cerca del 4% de las compensaciones que se hacen en un año corresponden a vigencias anteriores. Dadas estas características, la medida de expuestos, la cual toma como referencia las compensaciones a una fecha de corte, se encuentra subvalorada, por cuanto compensaciones de asegurados con derecho en el periodo de exposición se llevarán a cabo con posterioridad a la fecha de corte.

Esto trae como consecuencia que el número de expuestos en cada cálculo deba ser ajustado apropiadamente para recoger el faltante de compensación. La metodología para cuantificar el ajuste que es necesario por concepto de estos expuestos faltantes empleará la técnica de triángulos de desarrollo de Chain ladder para su estimación.

Este método parte de la descripción en un triángulo que presenta el mes de derecho de compensación vs los periodos siguientes en los que se dio a cabo la compensación de manera efectiva a las EPS. Esto permite ver cómo se fueron desarrollando los procesos de compensación en el tiempo y estimar el monto faltante por compensar.

B.5. PROCEDIMIENTOS, TECNOLOGÍAS, DISPOSITIVOS O MEDICAMENTOS NO POS CON HOMÓLOGOS EN EL POS A CARGO DE LA UPC

Dado que con cargo a la UPC algunos procedimientos pueden realizarse con tecnologías sustitutas de las cuales se recobra la diferencia entre este costo y el de su homólogo, es necesario incorporar estos costos dentro de la UPC. Para tal efecto, se toma la información de los recobros al Fosyga por estos conceptos, incluyendo el valor del homólogo con cargo a la UPC. Este valor se estima para el Régimen Contributivo.

B.6. ESTIMACIÓN DE LA POBLACIÓN 2014

Para la estimación de la población, se toman las proyecciones del DANE por municipio y grupo etario para los años 2012 y 2014. Esta proyecciones se agregan hasta obtener la población en cada año para los 42 grupos de riesgo vigente, los cuales notaremos como $Pob_j(t)$

Para cada grupo se estima su tasa de crecimiento como sigue:

$$g_j = (2014-2012) = \frac{Pob_j(2014)}{Pob_j(2012)} - 1$$

Esta tasa es aplicada a los expuestos del grupo i para encontrar la población expuesta en 2014.

$$Exp_Pob_j(2014) = Exp_Pob_j(2014) \times (1 + g_j(2014 - 2012))$$

c) ESTIMACIÓN DE LAS PRIMAS ACTUALES

Para determinar la prima necesaria por cada variable de tarificación, se calculará cuáles serían los ingresos totales que se reconocerían con base en la expectativa del número de ase-

gurados expuestos para el siguiente periodo y la última estructura de UPC vigente.

Este estimativo se lleva a cabo empleando las tasas de crecimiento poblacional y de afiliación en cada Régimen. Así, a nivel global, los costos se expandirán al total de los asegurados independiente que la EPS a la cual se encuentre afiliado pertenezca al grupo seleccionado para el estudio de sus costos. De igual manera, los ingresos tendrán en cuenta todos los conceptos adicionales que se involucran dentro de la financiación de la prestación del servicio, que son:

Régimen Contributivo

1. Copagos.
2. Cuotas moderadoras.
3. Ingresos por recobros a ARP.
4. Ingresos por cuotas de inscripción y afiliación.
5. Ingresos por recobros a empleadores.
6. Ingresos cuenta de alto costo.
7. Ingresos Acuerdo 026-
8. Ingresos por duplicados de Carnés.

Régimen Subsidiado

1. Copagos.
2. Ingresos cuenta de alto costo.
3. Ingresos por duplicados de Carnés

Para los ingresos diferentes a la UPC, se ajustarán a sus valores esperados en 2013, de manera que todo el incremento en primas sea atribuible a la UPC.

C.1. ECUACIÓN BÁSICA DEL SEGURO EN EL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La ecuación básica del seguro es planteada

de la siguiente manera:

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

P_I = Prima indicada

L = Siniestros

E_L = Gastos por ajustes de siniestros

E_F = Gastos fijos

V = Gastos variables

Q_T = Nivel target de utilidad en porcentaje de las primas

De esta expresión se despeja la prima, dando como resultado la prima suficiente.

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

De acuerdo con la Ley 1438, del total de la prima, máximo el 10% podrá destinarse a los gastos administrativos y utilidad, lo cual se traduce en los siguientes valores de los parámetros de la ecuación básica del seguro:

Régimen Contributivo

$$E_L = 0$$

$$E_F = 0$$

$$V + Q_T = 0.1$$

De igual manera, para el Régimen Subsidiado el monto máximo para gastos administrativos y de utilidad es del 8%, lo cual indica que los siguientes son los valores empleados para balancear la ecuación básica del seguro.

Régimen Subsidiado

$$E_L = 0$$

$$E_F = 0$$

$$V + Q_T = 0.08$$

C.2. INDICACIÓN DE INCREMENTO

De acuerdo con las definiciones dadas la indicación de incremento se estimara como

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

La indicación aplicada sobre el monto de las primas observadas (ver sección estimación de las primas actuales) dará el incremento que se debe generar para financiar el sistema con cargo a la UPC. Finalmente el incremento se estima como:

$$\frac{P_c Ind}{Ingresos_{UPC}} = Ind_{UPC}$$

C.3. AJUSTE DE RIESGO Y ESTIMACIÓN DE LOS PONDERADORES DE LA UPC

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

GÉNERO	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Hombre	650	268.000.000	412.308	1
Mujer	800	408.750.000	510.938	1.239
TOTAL	1.450	676.750.000	466.724	

ZONA	EXPUESTOS	INCURRIDO	COSTO PROMEDIO	RELATIVIDADES
Zona I	900	405.000.000	450.000	1
Zona II	550	271.750.000	494.091	1.098
TOTAL	1.450	676.750.000	466.724	

Las relatividades por variable son combinadas para producir las relatividades observadas

Relatividades	Hombre	Mujer
Zona I	1,000 = 1.000 x 1.000	1,239 = 1.000 x 1.239
Zona II	1,098 = 1.098 x 1.00	1,361 = 1.098 x 1.239

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

$$\pi_{base} = \frac{\text{Total incurrido}}{\sum_{i=1}^k f_i \text{Exp}_i}$$

en donde f_i se refiere a las relatividades del

costo del grupo en relación con el grupo base y a los expuestos del grupo.

Una vez se tienen estas relatividades, se calculan las demás primas como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.

EST	Hombre	Mujer	TOTAL
Zona I	397.279	492.314	444.796
Zona II	436.204	540.550	502.606
TOTAL	409.256	513.417	466.724

Este método presenta el inconveniente que puede generar un doble ajuste en situaciones en donde las variables presentan algún grado de correlación y que resulta muy complicado de implementar cuando se tienen muchas variables o categorías.

En tal sentido es recomendable el uso de metodologías multivariadas que permitan estimar de mejor manera los efectos de cada uno de los factores empleados para el cálculo.

Mediante una regresión lineal de la forma

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

en donde las variables u_i se refiere al costo promedio del grupo de riesgo j , D_i son variables dummy que indican la presencia de algún atributo particular de tarificación y ε_i es

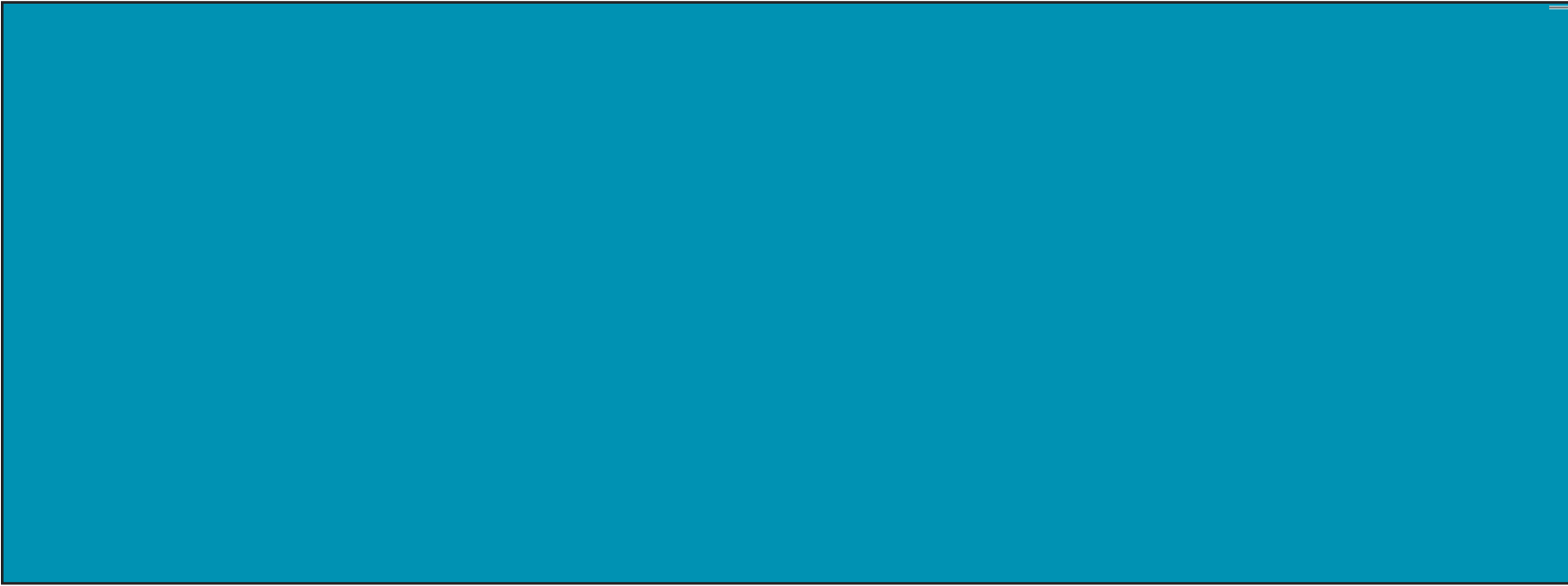
una variable aleatoria con distribución normal y media cero.

Una vez se haya estimado el modelo, los resultados de este estimar las relatividades de riesgo a partir de las cuales se estiman la prima base y las primas por grupo de riesgo de acuerdo con:

$$\pi_{base} = \frac{\text{Total incurrido}}{\sum_{i=1}^k f_i \text{Exp}_i}$$

en donde f_i se refiere a las relatividades del costo del grupo en relación con el grupo base y a los expuestos del grupo.

Una vez se tienen estas relatividades, se calculan las demás primas como el producto de la prima base (la que tiene factor 1) frente a las demás.



IV. RESULTADOS

A. POBLACIÓN

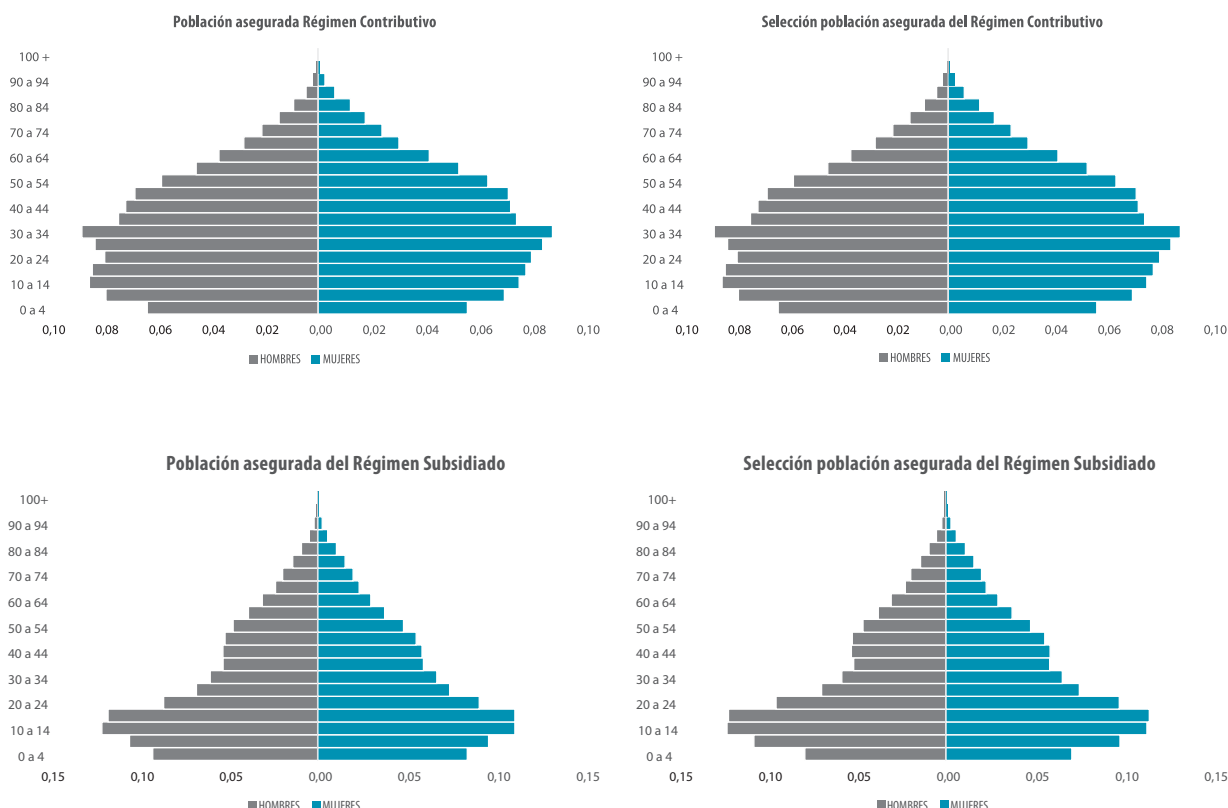
Esta parte del estudio busca entender, a partir de los datos de las EPS que fueron seleccionadas, cómo se comporta la población respecto al uso de servicios de salud. Todas las pirámides elaboradas en el estudio presentan información del número de personas aseguradas por quinquenio DANE. En este caso, el porcentaje corresponde al total de la población del respectivo Régimen.

A.1. DESCRIPCIÓN DE LAS PIRÁMIDES POBLACIONALES EN LA POBLACIÓN ASEGURADA Y EN LA POBLACIÓN DE LA SELECCIÓN 2012

Como se puede apreciar en la distribución de la población por grupos quinquenales es similar para la población total asegurada y la población de aquellas aseguradoras que pasaron el estudio de calidad en cada Régimen. Las gráficas de población de ambos regímenes evidencian que se trata de poblaciones con una distribución similar entre hombres y mujeres, equilibrada, en las que se destaca

un fuerte descenso en la proporción de menores afiliados en el primer quinquenio y el predominio de la población adulta en etapa productiva en el Régimen Contributivo y de la población joven en el Régimen Subsidiado.

Gráfica 3. Pirámides poblacionales (población asegurada vs. población de base de servicios en estudio 2012) por Régimen. Año 2012



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

En síntesis, la estructura demográfica de las poblaciones del régimen contributivo y la del régimen subsidiado son diferentes y por tanto su comportamiento es diferente en términos de procesos de salud y enfermedad.

A.2. DINÁMICA POBLACIONAL EN EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO DEL 2006 AL 2012

Por otra parte, la dinámica de la población del Régimen Contributivo, presentada en las pirámides poblacionales de la gráfica 4 - di-

námica poblacional en el Régimen Contributivo para los años 2006 al 2012, permite identificar fenómenos que corresponden con la transición demográfica de Colombia.

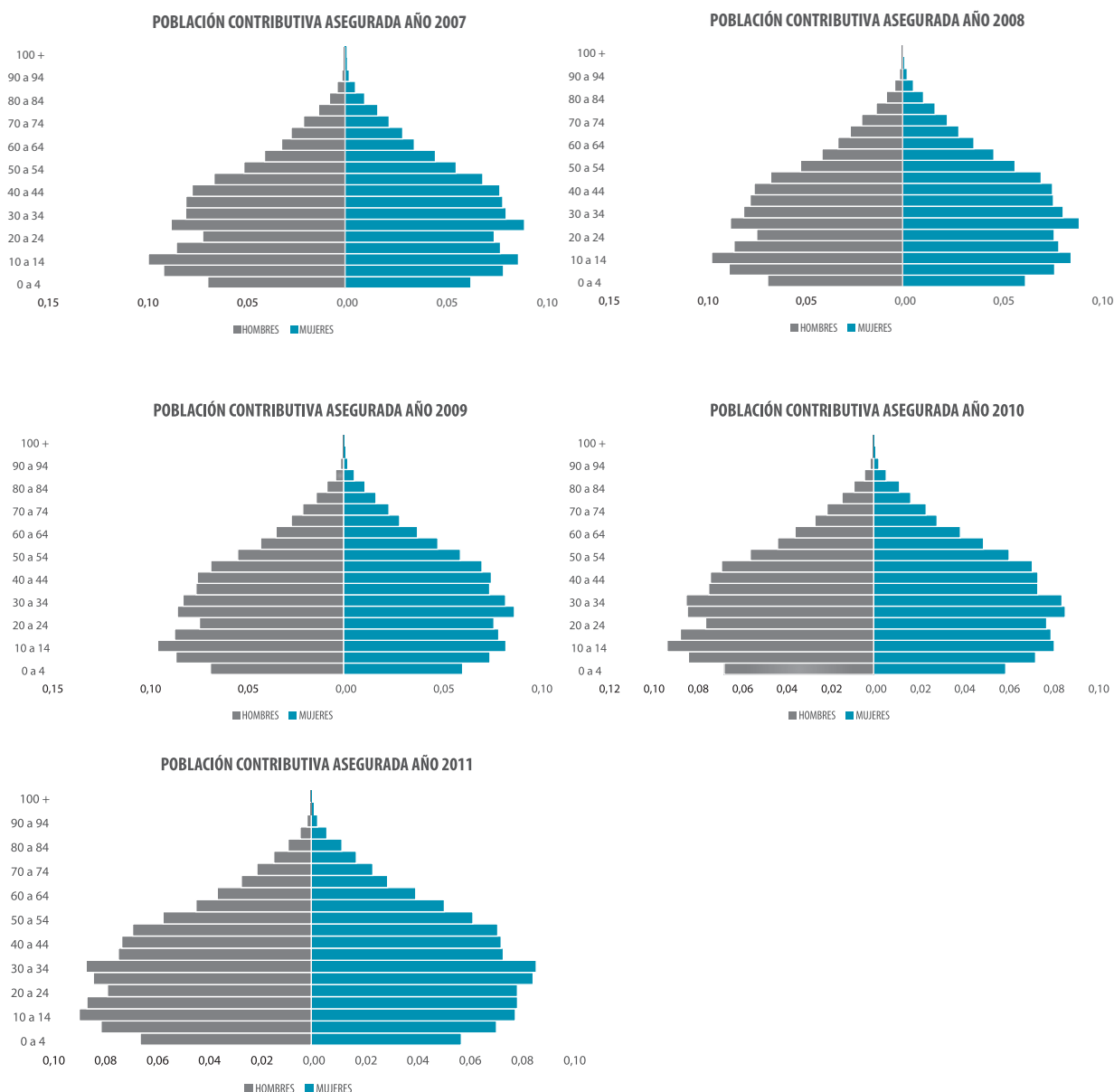
En particular, es claro que la proporción de personas aseguradas en el Régimen Contributivo en los dos primeros grupos poblacionales –es decir, de 0 a 4 años y 5 a 9 años - ha caído en el último lustro. En contraste, la razón de personas con edades entre 15 y 24 años se incrementó, y la cohorte que capturó la mayor cantidad de individuos en el último año fue la 30 a 34 años de edad. Es importante

anotar que en el 2006, como puede notarse, esta posición –en el Régimen Contributivo– le correspondía a la población entre 5 y 9 años. Finalmente, en los últimos años, las cohortes que superan el 4% de la población corresponden únicamente a grupos de edad de jóvenes –no infantes – y adultos con más de tres décadas de vida, esto es, con edades entre 10 y 19 años y 30 y 34 años. Esta composición es diferente de la observada en el año 2006, cuando los únicos grupos etarios que sobrepasaban un 4% de participación en la población eran aquellos de 5 a 14 años. En suma, los datos de afiliados al Régimen Contributivo se comportan de la manera como se esperaría en un país en transición, donde las bases se hacen más pequeñas y las partes medias se hacen más relevantes.

Es de resaltar que la mayor proporción de la población se ubica en la franja de 10 a 14 años de edad para hombres y mujeres en los años 2006 y 2007, manteniéndose así para los hombres en los años 2008 a 2011, mientras que entre las mujeres a partir del año 2008 se evidencia que la mayor proporción

de población se encuentra en los grupos de edad de 25 a 29 años y cambia a partir del 2011 al grupo de 30 a 34 años, como ocurre en la población masculina en el año 2012. Los cambios ocurridos entre 2006 y 2011 para la población adulta activa evidencian que está estabilizándose, y la proporción de población de 60 años y más está siendo año tras año mayor, lo que denota el envejecimiento de la población afiliada en este Régimen en los últimos años, aspectos que el cálculo de la prima recoge desde la perspectiva del gasto y la estimación de la población para el año de aplicación. Llama la atención la brecha existente en la proporción de población entre 20 y 24 años de edad frente a los grupos de 25 a 29 años y de 15 a 19 años, donde se evidencia una diferencia de alrededor de un punto porcentual menos, la cual puede estar en relación con factores propios de la operación del aseguramiento para estos grupos de edad, lo que requeriría de análisis profundos para identificar sus causas.

Gráfica 4. Dinámica poblacional en el Régimen Contributivo para los años 2006 al 2012



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

A.3. DINÁMICA POBLACIONAL DEPARTAMENTAL EN EL AÑO 2012

El anexo 5, dinámica poblacional por departamentos año 2012 en el Régimen Subsidiado, muestra la distribución porcentual por grupos de edad de la población afiliada comparada con la población de la cual se recibió el reporte de servicios por parte de las EPS que pasaron las validaciones de calidad para el estudio de suficiencia. En el anexo se evidencia la falta de información para algunos departamentos, aspecto que no permite avanzar con los análisis descriptivos poblacionales y en consecuencia de los correspondientes análisis de morbilidad atendida.

A pesar de lo anterior, se puede observar que con excepción de las pirámides correspondientes a Cundinamarca, Antioquia y Bogotá, la distribución de la población de los departamentos corresponde al tipo progresivo, con población equilibrada, predominantemente joven (población entre 10 y 19 años), con una proporción importante de población adulta mayor de 60 años. En el caso de departamentos como Vichada, Sucre, Putumayo, Meta, Magdalena, La Guajira, Córdoba y Amazonas hay una marcada reducción en la base para menores de 5 años de edad. Para los departamentos de Casanare, Boyacá, Cundinamarca, Antioquia, Guaviare y la ciudad de Bogotá, se presenta desequilibrio entre la población adulta de hombres y mujeres, siendo menor la proporción de hombres en estas regiones. No se puede desconocer que la proporción de mujeres en Colombia es superior a la de hombres⁴, excepto por la distribución de la población del Régimen Subsidiado en el departamento de Risaralda.

Para el Régimen Contributivo en la distribu-

⁴ De acuerdo con los Indicadores Demográficos según Departamento 1985-2020 publicados por el DANE, la razón de masculinidad en la ciudad de Bogotá es la más baja reportada a nivel nacional y la general nacional, evidencia que es mayor la proporción de mujeres (índice de masculinidad: 93; índice nacional: 97,5).

ción por grupos de edad, sexo y departamentos, presentada en el anexo 6 —dinámica poblacional por departamentos año 2012 para el Régimen Contributivo— se encuentra que la mayoría de su distribución corresponde a pirámides equilibradas entre hombres y mujeres con configuraciones que evidencian la transición demográfica de la población de un comportamiento progresivo a regresivo, siendo este último más evidente para los departamentos de San Andrés, Norte de Santander y Cesar.

De otra parte, en el Régimen Contributivo predomina la población económicamente activa entre los 25 y 34 años de edad, tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres. Sin embargo, en departamentos como Magdalena, Cundinamarca, Amazonas, Boyacá y Atlántico se presenta predominancia de población joven entre los 10 y 14 años. Respecto al grupo de 0 a 4 años, se evidencia estrechamiento en las diferentes pirámides poblacionales, en general inferior al 1% respecto al grupo de edad de 5 a 9 años.

En conclusión, las pirámides asociadas al Contributivo suelen conservar una estructura de región desarrollada; en el Subsidiado se evidencian estructuras similares a las de regiones en vías de desarrollo.

A.4. INDICADORES DEMOGRÁFICOS POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN EN EL AÑO 2012

A continuación se presenta una tabla que compara algunos indicadores demográficos de la composición de la población afiliada a los Regímenes Contributivo y Subsidiado, con un escenario con los valores de las proyecciones de población DANE para el año 2012.

Frente al índice de masculinidad, es evidente el predominio de la población femenina, siendo mayor la proporción de mujeres en el Régimen Contributivo, donde por cada 100 mujeres hay 91 hombres.

El indicador de relación de dependencia evidencia que la mayor proporción de personas menores de 15 años y mayores de 65 años con respecto a la población productiva (entre 15 y 64 años) es superior en la población del Régimen Subsidiado, donde por cada persona en edad potencialmente activa hay cerca de 6 personas dependientes, mientras que para el Régimen Contributivo esta relación se reduce a 4 personas dependientes.

La relación de niños por mujer es superior entre la población general, corresponde a 3,5 hijos menores de 5 años por cada 10 mujeres en edad reproductiva. Entre los dos regímenes, este valor es superior entre las mujeres del Subsidiado en edad reproductiva, corresponde a 2,8 hijos por cada 10 mujeres, mientras que el Contributivo es de 2,1 hijos.

Al comparar el índice de juventud con el índice de vejez de los regímenes Contributivo y Subsidiado, se evidencia que en la población subsidiada cerca de la tercera parte son personas menores de 15 años. Además, por cada cuatro jóvenes hay un adulto mayor de 65 años de edad; en el Régimen Contributivo la quinta parte son menores de 15 años de edad y por cinco jóvenes hay dos adultos mayores de 65 años de edad. Lo anterior muestra que la población del Régimen Contributivo tiene una mayor proporción de adultos mayores y menor proporción de jóvenes; el índice de senectud (proporción de mayores de 85 años entre los adultos mayores de 65 años) es superior en el Régimen Subsidiado.

Tabla 3. Indicadores demográficos de población afiliada, año 2012

INDICADORES DEMOGRÁFICOS POBLACIÓN AFILIADA, AÑO 2012							
	NOMBRE DEL INDICADOR	CONCEPTO	NUMERADOR / DENOMINADOR	CONTRIBU-TIVO	SUBSIDIADO	TOTAL AFILIADOS	COLOMBIA
1	Total población	Afiliados compensados para los regímenes Contributivo y Subsidiado. Proyección de población DANE para 2012.	No se aplica	18.646.906	22.524.494	41.171.401	46.581.823
2	Relación de masculinidad (por 100 mujeres)	Número de hombres por cada 100 mujeres al nacer o en cada grupo de edad de una población.	Hombres	8.913.801	10.970.701	19.884.503	22.997.087
			Mujeres	9.733.105	11.553.792	21.286.897	23.584.736
			Relación de masculinidad	91.58	94.95	93.41	97.51
3	Relación de dependencia (por mil)	Relación entre la población considerada como dependiente (menores de 15 años y mayores de 65 años) y la que se define como económicamente productiva o "potencialmente activa" (15 a 64 años).	Menores de 15 años	3.992.001	6.518.109	10.510.110	12.922.990
			Mayores de 65 años	1.498.878	1.621.218	3.120.096	3.259.546
			Población produc-tiva (15 a 64 años)	13.156.027	14.385.166	27.541.194	30.399.287
			Relación de depen-dencia	417.37	565.81	494.9	532.33
4	Relación de niños por mujer	Número de niños menores de 5 años por cada mujer en edad reproductiva.	Mujeres entre 15 y 49 años	5.322.683	6.118.983	11.441.667	12.337.771
			Menores de 5 años	1.112.345	1.562.620	2.674.966	4.291.149
			Relación niños por mujer	0.21	0.26	0.23	0.35
5	Índice de juventud	Número de personas menores de 15 años/población total	Menores de 15 años	3.992.001	6.518.109	10.510.110	12.922.990
			Población total	18.646.906	22.524.494	41.171.401	46.581.823
			Índice de juventud	0.21	0.29	0.26	0.28
6	Índice de vejez	Número de personas de 65 y más años / población total	De 65 y más años	1.498.878	1.621.218	3.120.096	3.259.546

	NOMBRE DEL INDICADOR	CONCEPTO	NUMERADOR / DENOMINADOR	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL AFILIADOS	COLOMBIA
			Población Total	18.646.906	22.524.494	41.171.401	46.581.823
			Índice de vejez	0.08	0.07	0.08	0.07
7	Índice de envejecimiento	Número de personas de 65 y más años / número de menores de 15 años	De 65 y más años	1.498.878	1.621.218	3.120.096	3.259.546
			Menores de 15 años	3.992.001	6.518.109	10.510.110	12.922.990
			Índice de envejecimiento	0.38	0.25	0.3	0.25
8	Índice de senectud	Número de personas de 85 y más años / número de personas de 65 y más años	De 85 y más años	155.986	210.029	366.015	630.983
			De 65 y más años	1.498.878	1.621.218	3.120.096	3.259.546
			Índice de senectud	0.1	0.13	0.12	0.19
9	Índice de dependencia	Número de personas de 65 y más años + menores de 15 años / número de personas de 15 a 64 años	Número de personas de 15 a 64 años	13.156.027	14.385.166	27.541.194	30.399.287
			Menores de 15 años	39.920.012	65.18.109	10.510.110	12.922.990
			De 65 y más años	1.498.878	1.621.218	3.120.096	3.259.546
			Índice de dependencia	0.42	0.57	0.49	0.53

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de datos BDUA y proyecciones poblacionales DANE, año 2012. Viceministerio de Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia, 2012.

B. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

B.1. MORBILIDAD ATENDIDA

B.1.1. FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el análisis de la morbilidad atendida, la fuente de información tomada es la base de prestación de servicios de salud reportada por las aseguradoras para el año 2012, conformada por los registros aprobados por cumplimiento de las calidades establecidas para la validación técnica.

La información del Régimen Contributivo re-

presenta el 96,91% de la población afiliada según BDUA con corte a diciembre de 2012 y el 9,96% de la del Régimen Subsidiado.

El procesamiento y análisis de los datos se realizó con base en los registros identificados con código CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud), teniendo en cuenta el número de prestaciones reportadas y los costos asociados. Se excluyeron del análisis los registros relacionados con medicamentos, lentes y monturas (por ser códigos creados para el reporte de información, pero sin relación con un diagnóstico específico), insumos, servicios de atención farmacéutica y las actividades específicas para la población indígena.

El ordenamiento de las causas de morbilidad se basó en la cantidad de procedimientos y servicios reportados, agregándolos por capítulo CIE-10 y analizado su contenido en categorías, subcategorías y diagnósticos específicos.

Dado que la base de prestación de servicios con la cual se realizan los estudios contiene los procedimientos realizados a los afiliados que demandan algún servicio, los análisis pueden subestimar en algún grado la morbilidad, al no contener la población que no demanda servicios, la no atendida y la morbilidad sentida⁵.

B.1.2. ANÁLISIS GENERAL DE LA MORBILIDAD ATENDIDA

En relación con los diagnósticos y el estado de salud de la población reportada por las aseguradoras del Régimen Contributivo, del Subsidiado y de población indígena, las diez primeras causas de atención concentran el 89,55% de la morbilidad general. La demanda de servicios se distribuye, por una parte, en problemas de salud o eventos relacionados con las atenciones en salud, que no corresponden necesariamente a diagnósticos formales o afecciones existentes sino a otras clasificaciones de discapacidades, procedimientos médicos y quirúrgicos o razones para el contacto con los prestadores de servicios de salud y, por otra parte, en diagnósticos formales o afecciones propiamente dichas⁶.

Al analizar los registros de la base de prestación de servicios, predominan en un 46,65% como primera y segunda causa los factores que influyen en el estado de salud y contacto

con los servicios de salud y las prestaciones registradas como síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, que caracterizan la demanda de servicios y el estado de salud de la población.

No obstante, se indica que el 13,83% del total de los factores que influyen en el estado de salud corresponden a causas de contacto con los servicios de salud mal definidas como otras consultas especificadas, consulta no especificada, personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias no especificadas y por circunstancias especificadas. En el caso de los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, el 7,40% obedece a causas de morbilidad desconocidas y no especificadas y otros síntomas y signos generales especificados sin mayor descripción.

Con respecto a las causas de atención relacionadas con diagnósticos específicos de problemas de salud, el sistema digestivo ocupa el tercer lugar (11,87% de los registros de la base), la mayor proporción (78,03%) corresponde a las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, cuyos diagnósticos más frecuentes tienen que ver con caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales. Posteriormente se encuentran las causas relacionadas con las enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno (8,56%), cuyos diagnósticos más representativos son gastritis y duodenitis, enfermedad del reflujo gastroesofágico y dispepsia. Así mismo, se presentan otros diagnósticos relacionados con otros trastornos del intestino, como colon irritable y otros trastornos funcionales del intestino (5,05%).

El cuarto lugar en causas de atención está representado por las enfermedades del sistema circulatorio (6,79% de los registros de la base), que corresponden principalmente a

5 Ministerio de la Protección Social. Universidad de Antioquia. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007. Tomo III. Morbilidad y Mortalidad de la Población Colombiana. Diciembre 2010.

6 Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 2. Manual de instrucciones. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

hipertensión esencial (74,55%), seguidas por insuficiencias cardíacas y trastornos del ritmo cardíaco (6,71%) y enfermedades de las venas y ganglios linfáticos (6,48%).

El sistema respiratorio ocupa el quinto lugar dentro de las 10 primeras causas de morbilidad atendida (5,22% de los registros de la base), está constituido por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (36,57%), enfermedades crónicas de vías inferiores (23,16%) tipo EPOC y asma principalmente, otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (11,83%), como rinitis, faringitis, sinusitis y laringitis; infecciones agudas de vías respiratorias inferiores (10,59%) tipo bronquitis y bronquiolitis; e influenza y neumonía (8,54%).

La sexta causa corresponde al sistema del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (4,87% de los registros de la base), grupo en el cual los diagnósticos se concentran entre dorsopatías (34,24%), artropatías (31,57%) y trastornos de los tejidos blandos (26,60%), principalmente.

Las enfermedades del sistema genitourinario (4,62% de los registros de la base) conforman la séptima causa de morbilidad atendida, están representadas en su mayor parte por infecciones de vías urinarias de sitio no especificado y cistitis aguda y no especificada (24,54%), trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos como trastornos de la menstruación o dolor pélvico (17,77%), insuficiencia renal principalmente crónica (17,30%), enfermedades inflamatorias de

los órganos pélvicos femeninos tipo vaginitis, vulvitis o cervicitis (11,95%), enfermedades inflamatorias de los órganos genitales masculinos (8,30%) y trastornos benignos de la mama como dolor, masa o displasias benignas (7,13%).

En el octavo lugar de las causas de morbilidad se encuentran las relacionadas con las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (4,51% de los registros de la base), predominan los diagnósticos de diabetes mellitus a expensas de la tipo II principalmente (38,13%), hipotiroidismo y bocios (20,15%), trastornos del metabolismo de los lípidos y otras lipidemias (20,02%) y obesidad y otros tipos de hiperalimentación (13,89%).

Las enfermedades infecciosas y parasitarias de cualquier etiología ocupan el noveno lugar de causas de morbilidad atendida (2,69% de los registros de la base); y los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa de cualquier localización, principalmente de la cabeza, conforman la décima causa (2,32% de los registros de la base).

Con respecto a la distribución por género, se observa que el femenino predomina en todos los grupos de causas de morbilidad atendida, recibe en general un 42 % más de prestaciones en salud con respecto al género masculino, exceptuando el grupo de causas de traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, en el que predomina el género masculino en una relación hombre-mujer de 1,2:1.

Tabla 4. Diez primeras causas de morbilidad atendida. Año 2012

CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	46,862,311	34.59	22,440,992	28.17	69,303,303	32.21
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	19,483,537	14.38	11,581,389	14.54	31,064,926	14.44
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	14,714,777	10.86	10,835,175	13.60	25,549,952	11.87
Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	8,743,274	6.45	5,871,513	7.37	14,614,787	6.79
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	6,202,281	4.58	5,039,753	6.33	11,242,034	5.22
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	6,805,220	5.02	3,681,721	4.62	10,486,941	4.87
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	7,017,135	5.18	2,915,136	3.66	9,932,271	4.62
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	6,268,462	4.63	3,437,137	4.31	9,705,599	4.51
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2,982,276	2.20	2,803,630	3.52	5,785,906	2.69
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	2,227,702	1.64	2,766,297	3.47	4,993,999	2.32
Resto	14,187,127	10.47	8,296,459	10.41	22,483,586	10.45
TOTAL	135,494,102		79,669,202		215,163,304	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

De la comparación entre Régimen Contributivo y Subsidiado, llama la atención que si bien

la distribución general de las causas de morbilidad atendida son similares entre los dos regímenes, la información del Régimen Subsidiado que cumple con los criterios de calidad para el estudio de suficiencia muestra una proporción destacadamente menor de diagnósticos relacionados con el sistema digestivo, así como con los sistemas osteomuscular y del tejido conjuntivo, genitourinario, enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas y enfermedades infecciosas y parasitarias. Así mismo, la información presenta una proporción mayor a la observada a nivel general y en el Régimen Contributivo, de diagnósticos relacionados con el sistema respiratorio, traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externas y embara-

zo, parto y puerperio.

De igual manera, es necesario señalar una predominancia del grupo factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (9,34% más) con respecto al Régimen Contributivo, en donde el 81,18% de las causas de contacto con los servicios de salud se concentran en las siguientes prestaciones: examen médico general, control de salud de rutina del menor, examen odontológico y exámenes de laboratorio; el otro 11,45% corresponde a circunstancias relacionadas con la atención para la anticoncepción, la supervisión de embarazo normal, el examen y prueba del embarazo y la supervisión de embarazo de alto riesgo, principalmente.

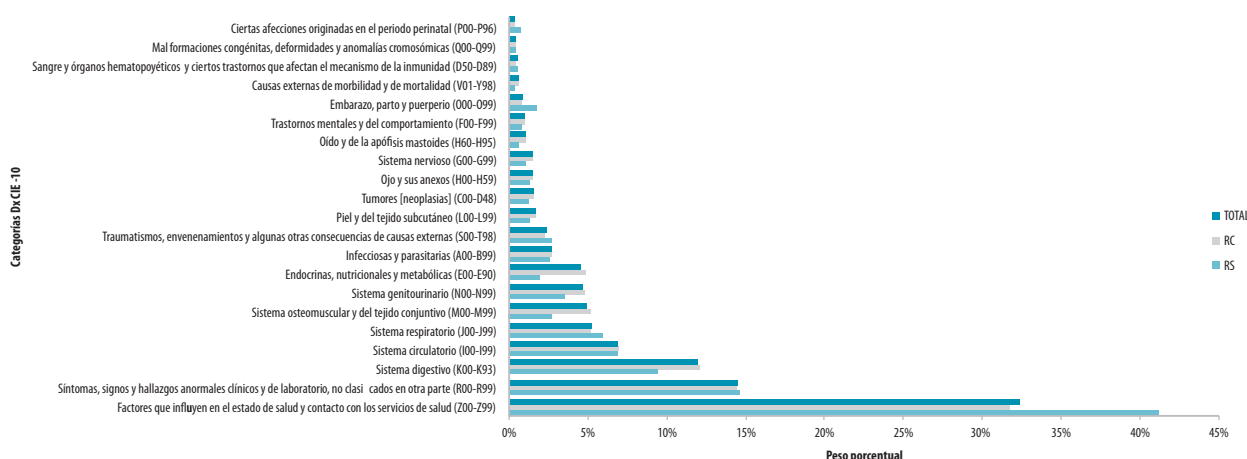
Estos resultados podrían no estar reflejando adecuadamente la morbilidad real en el Régimen Subsidiado por las siguientes razones:

La estructura etaria del Régimen Subsidiado y su distribución por departamentos tiene dife-

rencias con respecto a la estructura del Régimen Contributivo.

La información de los servicios prestados que cumple con los criterios de calidad corresponde al 9,96% de la población del Régimen Subsidiado.

Gráfica 5. Comparativo de la morbilidad atendida general entre los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2012.



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2. ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD ATENDIDA POR GRUPOS ETARIOS DE RIESGO

B.2.1. GRUPO DE RIESGO: MENOR DE 1 AÑO

Para este grupo de riesgo se observa en general una mayor proporción en la demanda de servicios por parte del género masculino que del género femenino, siendo esto más significativo en el ámbito domiciliario. No obstante, todos los ámbitos de atención reflejan un patrón similar de causas de morbilidad aunque con variaciones en su ordenamiento. Una alta proporción de los diagnósticos registrados se relaciona con factores que influyen en el estado de salud en los que los diagnósticos se con-

centran principalmente en controles de salud de rutina del niño, examen médico general, contacto con los servicios por otras circunstancias no especificadas y con síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

El resto de las causas corresponden a las de mayor importancia en este grupo de edad como son, por una parte, las afecciones del periodo perinatal, que se ubican como la primera causa de egreso hospitalario, segunda de atención domiciliaria y cuarta de atención ambulatoria y de urgencias. En este grupo se encuentran particularmente los diagnósticos

relacionados con trastornos de la gestación y el crecimiento, los trastornos respiratorios y los trastornos hemolíticos y hemorrágicos del recién nacido y, por otra parte, las enfermedades del sistema respiratorio, que se constituyen en la segunda causa de egreso hospitalario y de atención por urgencias y la tercera causa de consulta externa y de atención domiciliaria.

Igualmente, son relevantes para este grupo etario las malformaciones congénitas, de-

formidades y anomalías cromosómicas, que ocupan el quinto lugar dentro de las diez primeras causas de morbilidad en todos los ámbitos, excepto en las urgencias, donde no se presentan. A su vez, las enfermedades infecciosas y parasitarias se manifiestan en todos los ámbitos de atención, ocupan el quinto lugar de causas de morbilidad por urgencias, el sexto en los ámbitos ambulatorio y hospitalario y el décimo en las causas de morbilidad en el ámbito domiciliario.

Tabla 5. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo menores de 1 año. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - MENORES DE 1 AÑO			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	%	TOTAL
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	51.93	931.382
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	12.50	224.249
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	11.48	205.891
	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	8.20	147.007
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	3.35	60.097
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2.54	45.600
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	2.40	43.116
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	2.08	37.228
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.06	18.980
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	0.92	16.471
	Resto	3.55	63.658
	TOTAL AMBULATORIO	100	1'793.679
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	%	TOTAL
HOSPITALARIO	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	38.10	251,239
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	16.90	111,465
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	15.85	104,513
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	14.26	94,065
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	3.08	20,338
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2.85	18,764
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	1.91	12,582

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - MENORES DE 1 AÑO			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	%	TOTAL
HOSPITALARIO	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.57	10,371
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1.07	7,040
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	1.06	6,964
	Resto	3.35	22,110
TOTAL HOSPITALARIO		100	659,451
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	%	TOTAL
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	31.75	95,062
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	26.13	78,254
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	12.87	38,530
	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	9.51	28,482
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	7.97	23,863
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	3.31	9,919
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	1.95	5,839
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.78	5,334
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	0.97	2,906
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	0.84	2,518
	Resto	2.91	8,725
TOTAL URGENCIAS		100	299,432
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	%	TOTAL
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	23.47	1,384
	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	19.17	1,130
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	16.20	955
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	15.20	896
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	12.87	759
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	3.95	233
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	1.65	97
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.41	83
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.37	81
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	1.32	78
	Resto	3.39	200
TOTAL DOMICILIARIO		100	5,896

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.2. GRUPO DE RIESGO: DE 1 A 4 AÑOS

En todos los ámbitos de atención, las diez primeras causas representan más del 90% de la morbilidad atendida para este grupo de riesgo. Al igual que en menores de un año, aunque en menor proporción, el mayor volumen de prestaciones se concentra en el género masculino, predominan los diagnósticos relacionados con los factores que influyen en el estado de salud y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

Las enfermedades del sistema respiratorio continúan siendo una causa importante de morbilidad, ocupan el segundo lugar en todos los ámbitos, aunque con pequeñas diferencias en los diagnósticos incluidos para cada ámbito. Predominan el resfriado común, infecciones agudas de vías respiratorias superiores en sitio no especificado y amigdalitis en la consulta externa y por urgencias, en contraposición con la influenza y neumonía en los ámbitos hospitalario y domiciliario.

Por su parte, las enfermedades infecciosas y parasitarias toman mayor importancia al ubicarse en el tercer lugar de causas de morbilidad atendida por urgencias con diagnósticos como diarrea y gastroenteritis e infección viral no especificada, principalmente; en el cuar-

to, como causa de egreso hospitalario; en el quinto, en el ámbito ambulatorio, y en el décimo, entre las causas de morbilidad en el ámbito domiciliario.

En este grupo de riesgo hay una variación importante en las causas de morbilidad correspondientes a las afecciones del periodo perinatal, observándose que permanecen dentro de las diez primeras causas de los ámbitos domiciliario, hospitalario y de urgencias, ocupan los lugares quinto, noveno y décimo, respectivamente.

Las enfermedades del sistema digestivo cobran relevancia en el ámbito ambulatorio, se ubican en el cuarto lugar de causas de morbilidad, es notoria la predominancia de los diagnósticos de caries dental y gingivitis aguda y crónica. En el sector hospitalario sucede lo mismo con las enfermedades del sistema genitourinario, ya que en este grupo se empiezan a reportar diagnósticos como infección de vías urinarias y prepucio redundante, fimosis y parafimosis, que se ubican en el quinto lugar de causas de egreso. De igual manera, las enfermedades del sistema nervioso se constituyen en la cuarta causa de morbilidad atendida en el ámbito domiciliario, cuyos diagnósticos principales corresponden a parálisis cerebral, trastornos del encéfalo y epilepsia.

Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad atendidas por ámbito. Grupo de riesgo menores entre 1 y 4 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO: ENTRE 1 Y 4 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.988.970	43.26	2.124.131	42.56	4.113.101	42.90
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	622.581	13.54	728.681	14.60	1.351.262	14.09
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	569.918	12.40	603.464	12.09	1.173.382	12.24
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	362.997	7.90	414.811	8.31	777.808	8.11

Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO: ENTRE 1 Y 4 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	237.879	5.17	261.688	5.24	499.567	5.21
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	132.037	2.87	103.533	2.07	235.570	2.46
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	112.442	2.45	115.492	2.31	227.934	2.38
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	112.938	2.46	90.158	1.81	203.096	2.12
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoi- des (H60-H95)	57.395	1.25	70.989	1.42	12,384	1.34
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	53.625	1.17	67.147	1.35	120.772	1.26
	Resto	346.687	7.54	411.060	8.24	757.747	7.90
TOTAL AMBULATORIO		4.597.469		4.991.154		9.588.623	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	330.020	34.29	370,867	33.15	700,887	33.68
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	236.279	24.55	286.540	25.61	522.819	25.12
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	117.990	12.26	136.930	12.24	254.920	12.25
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	108.629	11.29	126.900	11.34	235.529	11.32
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	49.786	5.17	67.318	6.02	117.104	5.63
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoi- des (H60-H95)	26.83	2.78	32.742	2.93	59.525	2.86
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	21.844	2.27	25.793	2.31	47.637	2.29
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	20.682	2.15	23.337	2.09	44.019	2.12
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	20.603	2.14	13.421	1.20	34.024	1.63
	Ciertas afecciones originadas en el periodo peri- natal (P00-P96)	7.039	0.73	7.557	0.68	14.596	0.70
	Resto	22.859	2.37	27.270	2.44	50.129	2.41
TOTAL URGENCIAS		962.514		1.118.675		2.081.189	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	172.653	30.47	180.914	29.10	353.567	29.75
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	123.523	21.80	153.078	24.62	276.601	23.28

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	115.844	20.44	125.679	20.22	241.523	20.33
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	36.113	6.37	39.492	6.35	75.605	6.36
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	28.909	5.10	17.652	2.84	46.561	3.92
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	11.658	2.06	15.429	2.48	27.087	2.28
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	11.616	2.05	14.507	2.33	26.123	2.20
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	12.232	2.16	12.806	2.06	25.038	2.11
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	9.434	1.66	10.773	1.73	20.207	1.70
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	8.564	1.51	10.002	1.61	18.566	1.56
	Resto	36.097	6.37	41.313	6.65	77.410	6.51
TOTAL HOSPITALARIO		566.643		621.645		1.188.288	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	8.308	31.52	9.005	32.10	17.313	31.82
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	5.738	21.77	6.424	22.90	12.162	22.35
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3.585	13.60	4.055	14.45	7.640	14.04
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	2.613	9.91	2.590	9.23	5.203	9.56
	Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal (P00-P96)	1.264	4.79	1.589	5.66	2.853	5.24
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.528	5.80	505	1.80	2.033	3.74
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	997	3.78	998	3.56	1.995	3.67
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	652	2.47	770	2.74	1.422	2.61
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	452	1.71	233	0.83	685	1.26
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	279	1.06	290	1.03	569	1.05
	Resto	945	3.58	1.594	5.68	2.539	4.67
TOTAL DOMICILIARIO		26.361		28.053		54.414	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.3. GRUPO DE RIESGO: DE 5 A 14 AÑOS

En este grupo etario se empieza a notar una mayor concentración de servicios en el género femenino, específicamente en el ámbito hospitalario. Los diagnósticos más frecuentemente registrados corresponden a examen médico general, control de salud de rutina del menor, examen odontológico, de laboratorio y de ojos y de la visión, que hacen parte del capítulo de factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, que ocupan el primer lugar en las causas de morbilidad en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, el segundo y el tercero en los ámbitos domiciliario y de las urgencias, respectivamente.

Por el contrario, en los ámbitos domiciliario y de urgencias el primer lugar en causas de morbilidad lo ocupan diagnósticos como fiebre de origen desconocido, causas de morbilidad desconocidas y no especificadas, dolor no clasificado en otra parte, otros síntomas y signos generales, dolor abdominal y pélvico y náusea y vómito, principalmente, que hacen parte del capítulo CIE-10, denominado síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte.

Las enfermedades del sistema respiratorio continúan siendo la segunda causa de morbilidad en el ámbito de las urgencias, están constituidas principalmente por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores, como amigdalitis, rinofaringitis, faringitis, y otras infecciones agudas de las vías respiratorias superiores de sitios múltiples o no especificados y enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores tipo asma. No obstante lo anterior, se observa que en los ámbitos hospitalario, ambulatorio y domiciliario disminuye su relevancia en las causas de morbilidad respecto al grupo etario de riesgo anterior, se ubica en los puestos tercero y cuarto.

Igualmente, las enfermedades infecciosas y parasitarias como helmintiasis, enfermedades infecciosas intestinales, infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y de las membranas mucosas, micosis y otras enfermedades virales se mantienen como quinta causa de morbilidad atendida en el ámbito ambulatorio, se modifica su ubicación dentro de las diez primeras causas en los ámbitos hospitalario y de las urgencias y no se presentan en el ámbito domiciliario.

Uno de los hallazgos más relevantes en la población de 5 a 14 años es la importante demanda de servicios relacionados con diagnósticos del grupo de enfermedades del sistema digestivo en los ámbitos ambulatorio, hospitalario y de las urgencias, donde pasan a ocupar el segundo, cuarto y sexto lugar dentro de las diez primeras causas de morbilidad atendida según base de prestación de servicios 2012. Lo anterior obedece en el 94% a enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, principalmente caries dental y gingivitis y enfermedades periodontales, que alcanzan su máxima expresión en este grupo de edad.

En el ámbito ambulatorio se observa que los trastornos mentales y del comportamiento, que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia, entran a conformar la sexta causa de morbilidad atendida, por diagnósticos como trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje, de las habilidades escolares, perturbación de la actividad y de la atención, enuresis no orgánica, otros trastornos del comportamiento incluyendo los no especificados y otros trastornos de la conducta.

Igualmente, se presentan enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo como novena y décima causas de morbilidad atendida en los ámbitos ambulatorio y de las urgencias, respectivamente, lo cual corresponde principalmente a diagnósticos relacio-

nados con artropatías, trastornos de tejidos blandos, osteopatías, condropatías y en menor cantidad dorsopatías.

Los tumores (neoplasias) como causa de morbilidad aparecen en el octavo lugar en el

ámbito hospitalario, siendo en su mayor proporción neoplasias malignas, principalmente leucemias linfoblástica aguda, linfóide de aguda o no especificada y neoplasias del encéfalo y de otras partes del sistema nervioso central.

Tabla 7. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo menores entre 5 y 14 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 5 y 14 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3.220.234	37.88	3.164.550	36.77	6.384.784	37.32
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	1.818.177	21.39	1.847.440	21.46	3.665.617	21.43
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1.068.275	12.57	1.061.108	12.33	2.129.383	12.45
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	510.435	6.00	588.511	6.84	1.098.946	6.42
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	310.554	3.65	313.051	3.64	623.605	3.64
	Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	139.198	1.64	271.717	3.16	410.915	2.40
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	176.185	2.07	168.365	1.96	344.550	2.01
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	217.972	2.56	113.006	1.31	330.978	1.93
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	166.131	1.95	160.015	1.86	326.146	1.91
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	169.919	2.00	152.310	1.77	322.229	1.88
	Resto	704.526	8.29	767.375	8.92	1.471.901	8.60
TOTAL AMBULATORIO		8.501.606		8.607.448		17.109.054	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	337.069	36.36	346.138	33.58	683.207	34.90
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	144.648	15.60	167.223	16.22	311.871	15.93
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	117.096	12.63	122.633	11.90	239.729	12.24
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	79.730	8.60	143.309	13.90	223.039	11.39
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	83.027	8.96	92.356	8.96	175.383	8.96
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	46.807	5.05	46.489	4.51	93.296	4.77
	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides (H60-H95)	23.594	2.54	24.705	2.40	48.299	2.47

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 5 y 14 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	21.361	2.30	25,302	2.45	46.663	2.38
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	25.914	2.80	13.649	1.32	39.563	2.02
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	11.547	1.25	11628	1.13	23.175	1.18
	Resto	36.306	3.92	37.273	3.62	73.579	3.76
TOTAL URGENCIAS		92.099		1.030.705		1.957.804	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	258.246	44.32	223.425	39.29	481.671	41.83
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	94.974	16.30	97.864	17.21	192.838	16.75
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	44.541	7.64	47.512	8.35	92.053	7.99
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	27.750	4.76	31.157	5.48	58.907	5.12
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	28.720	4.93	29.725	5.23	58.445	5.08
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	19.304	3.31	35.935	6.32	55.239	4.80
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	22.157	3.80	16.040	2.82	38.197	3.32
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	16.075	2.76	17.199	3.02	33.274	2.89
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	10.160	1.74	12.402	2.18	22.562	1.96
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	9.592	1.65	11.117	1.95	20.709	1.80
	Resto	51.221	8.79	46.302	8.14	97.523	8.47
TOTAL HOSPITALARIO		582.740		568.678		1.151.418	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	10.697	28.70	12.810	28.99	23.507	28.86
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	9.122	24.47	9.108	20.61	18.230	22.38
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	7.076	18.98	10.324	23.36	17.400	21.36
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	2.489	6.68	4.155	9.40	6.644	8.16
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	872	2.34	1.358	3.07	2.230	2.74
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	860	2.31	1.085	2.46	1.945	2.39
	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	669	1.79	901	2.04	1.570	1.93
	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	563	1.51	881	1.99	1.444	1.77

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1.011	2.71	404	0.91	1.415	1.74
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.068	2.87	257	0.58	1.325	1.63
	Resto	2.848	7.64	2.905	6.57	5.753	7.06
	TOTAL DOMICILIARIO	37.275		44.188		81.463	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.4. GRUPO DE RIESGO: HOMBRES ENTRE 15 Y 18 AÑOS

En este grupo de riesgo el comportamiento observado para los diagnósticos relacionados con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte es igual al descrito para el grupo etario de riesgo de 5 a 14 años.

Como es lo esperado para este grupo de edad, enfermedades de la piel y el del tejido subcutáneo como acné y dermatitis cobran relevancia y ocupan el quinto lugar de causa de morbilidad en la consulta ambulatoria. A su vez, diagnósticos como celulitis, absceso cutáneo, forúnculo, carbunco y urticaria se registran más frecuentemente en los ámbitos domiciliario y de urgencias, ocupan los lugares quinto y séptimo, respectivamente.

En los ámbitos ambulatorio, de urgencias y hospitalario se manifiestan más frecuentemente las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, las cuales pasan a ocupar los lugares sexto, octavo y noveno, respectivamente, dentro de las diez primeras causas de morbilidad atendida y recogen diagnósticos como artropatías —principalmente en miembros inferiores—, lumbago, dorsalgia, cervicalgia, escoliosis y trastornos de los tejidos blandos.

De igual manera, los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de cau-

sas externas pasan a ocupar el segundo lugar en las causas de morbilidad en urgencias, el tercero en el ámbito hospitalario y el séptimo en los ámbitos ambulatorio y domiciliario, dados por diagnósticos relacionados con esguinces, luxaciones, contusiones y trauma de tejidos blandos, fracturas y sus secuelas.

Las enfermedades del sistema digestivo se comportan de la misma manera que en el grupo etario de 5 a 14 años en los ámbitos ambulatorio, hospitalario y de las urgencias, en donde el 94% corresponde a enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, principalmente caries dental, gingivitis y enfermedades periodontales.

Los trastornos mentales y del comportamiento empiezan a representarse en el ámbito hospitalario por diagnósticos asociados a la intoxicación aguda, síndrome de dependencia y uso nocivo de sustancias psicoactivas, cannabinoides y alucinógenos, así como a la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos agudos, episodios depresivos y de ansiedad, trastornos afectivos bipolares y convulsiones disociativas, principalmente.

Respecto a las enfermedades del sistema respiratorio, al igual que en los menores de 5 a 14 años, se mantienen como cuarta causa de morbilidad en el ámbito ambulatorio con diagnósticos como rinofaringitis, rinitis y asma principalmente y en el ámbito domiciliario con diagnósticos de neumonía, otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, bron-

quietasia e insuficiencia respiratoria no clasificada en otra parte. Sin embargo, se observa que en los ámbitos hospitalario y de urgencias pasan al quinto y cuarto lugar, respectivamen-

te; llama la atención la presencia de diagnósticos relacionados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica no especificada.

**Tabla 8. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito.
Grupo de riesgo hombres entre 15 y 18 años. 2012**

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: HOMBRES DE 15-18 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	771.747	31.05
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	590.245	23.75
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	311.421	12.53
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	10.735	4.42
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	99.330	4.00
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	92.043	3.70
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	91.403	3.68
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	77.571	3.12
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	50.945	2.05
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	47.552	1.91
	Resto	243.239	9.79
	TOTAL AMBULATORIO	2.485.231	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	93.852	31.47
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	60.801	20.39
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	41.511	13.92
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	24.022	8.05
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	19.722	6.61
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	14.719	4.93
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	8.670	2.91
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	7.320	2.45
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	5.359	1.80
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	4.587	1.54
	Resto	17.697	5.93
	TOTAL URGENCIAS	298.260	

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	73.843	34.58
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	37.584	17.60
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	23.443	10.98
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	13.593	6.36
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	9.136	4.28
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	8.521	3.9
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	7.595	3.56
	Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	6.484	3.04
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	5.385	2.52
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	5.277	2.47
	Resto	22.711	10.63
	TOTAL HOSPITALARIO	213.572	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	4.796	36.55
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	2.801	21.35
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	2.081	15.86
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	872	6.65
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	575	4.38
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	414	3.16
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	340	2.59
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	253	1.93
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	177	1.35
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	149	1.14
	Resto	663	5.05
	TOTAL DOMICILIARIO	13.121	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.5. GRUPO DE RIESGO: MUJERES ENTE 15 Y 18 AÑOS

Al igual que en todos los grupos de riesgo, más de 90% de la morbilidad atendida se concentra en las diez primeras causas registradas.

En este grupo de edad, el género femenino presenta un mayor contacto con los servicios de salud; se observa una proporción más alta de diagnósticos agrupados en los factores que influyen en el estado de salud, como examen odontológico, examen de laboratorio, examen médico general, examen del estado del desarrollo del adolescente, consultas especificadas y no especificadas en el ámbito ambulatorio, donde ocupa el primer lugar de las causas de morbilidad. En el ámbito de urgencias, se suman diagnósticos ligados a circunstancias propias de la reproducción, como examen y prueba de embarazo, supervisión de embarazo normal y de alto riesgo, siendo la segunda causa de morbilidad atendida. En los ámbitos hospitalario y domiciliario, se constituyen como la primera causa de morbilidad, con una participación porcentual importante respecto a las demás causas, compuesta principalmente por diagnósticos como consultas especificadas y no especificadas, examen médico general y otros exámenes generales.

Los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte conforman la tercera causa de morbilidad en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, con diagnósticos como causas de morbilidad desconocidas y no especificadas, fiebre, dolor abdominal y pélvico, náuseas y vómito, principalmente. En urgencias, son la primera causa de morbilidad, tal y como es lo usual en este tipo de ámbitos de atención; en el ámbito domiciliario, ocupan el segundo lugar dentro de las diez primeras causas.

El comportamiento de las enfermedades del sistema digestivo como causa de morbilidad

es similar al descrito en los dos anteriores grupos de riesgo.

Se registran el embarazo, parto y puerperio como segunda causa de morbilidad en hospitalización, tercera en urgencias y sexta en el ámbito domiciliario a expensas de diagnósticos como parto único espontáneo y por cesárea, falso trabajo de parto, ruptura prematura de membranas, atención materna por desproporción y por otros problemas fetales, trastornos relacionados con hipertensión materna e infecciones urinarias y otras complicaciones del embarazo, principalmente.

De igual manera, se hacen más relevantes para este grupo de riesgo las enfermedades del sistema genitourinario respecto al género masculino del mismo rango de edad como con respecto al grupo etario anterior, lo cual coincide con el inicio de la etapa reproductiva. Los diagnósticos que se registran con mayor frecuencia son infección de vías urinarias, trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos, enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos e insuficiencia renal, principalmente crónica.

En el ámbito ambulatorio, se manifiestan las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas como octava causa de morbilidad atendida, cuyos diagnósticos más frecuentemente registrado, son hipotiroidismo, otros trastornos tiroideos, obesidad, síndrome de ovario poliquístico, hipopituitarismo, hipoglucemia y diabetes mellitus, principalmente insulino dependiente.

Con respecto al sistema respiratorio continúa presentándose tal y como está descrito para el grupo de riesgo anterior, de manera predominante en el ámbito de urgencias, aunque cediendo lugares en todos los ámbitos a condiciones y eventos relacionados con el embarazo, parto y puerperio y sistema genitourinario.

**Tabla 9. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito.
Grupo de riesgo mujeres entre 15 y 18 años. 2012**

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: MUJERES DE 15-18 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.951.420	43.87
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	776.764	17.46
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	535.060	12.03
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	206.111	4.63
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	121.537	2.73
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	116.134	2.61
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	102.796	2.31
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	98.892	2.22
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	96.179	2.16
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	69.530	1.56
	Resto	373.435	8.40
	TOTAL AMBULATORIO	4.447.858	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	176.156	34.13
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	115.871	22.45
	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	34.201	6.63
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	31.026	6.01
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	28.640	5.55
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	27.225	5.27
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	25.501	4.94
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	23.435	4.54
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	10.597	2.05
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	9.957	1.93
	Resto	33.534	6.50
	TOTAL URGENCIAS	516.143	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	262.948	52.05
	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	67.922	13.44
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	56.722	11.23

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: MUJERES DE 15-18 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	18.950	3.75
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	16.282	3.22
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	10.354	2.05
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	9.302	1.84
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	9.178	1.82
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	6.833	1.35
	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	6.779	1.34
	Resto	39.927	7.90
TOTAL HOSPITALARIO		505.197	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	11.586	62.56
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	2.383	12.87
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.220	6.59
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	705	3.81
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	478	2.58
	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	475	2.56
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	326	1.76
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	286	1.54
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	175	0.94
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	165	0.89
	Resto	722	3.90
TOTAL DOMICILIARIO		18.521	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012

B.2.6. GRUPO DE RIESGO: HOMBRES ENTRE 19 Y 44 AÑOS

Los factores que influyen en el estado de salud continúan ocupando los primeros lugares en la causa de morbilidad, siendo la primera en los ámbitos ambulatorio y hospitalario y la segunda en los ámbitos domiciliario y de urgencias. Si bien en el ámbito ambulatorio los diagnósticos más frecuentes corresponden a

examen de laboratorio, examen odontológico, examen médico general, otras consultas especificadas, consulta no especificada y personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias no especificadas, llama la atención el nivel de inespecificidad de los diagnósticos registrados en los otros ámbitos, toda vez que están relacionados en su mayoría con consultas no especificadas y otras consultas específicas en el hospitalario, así como

con sospecha de enfermedad o afección no especificada, personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias no especificadas, problemas relacionados con la necesidad de asistencia domiciliaria y que ningún otro miembro del hogar puede proporcionar, consulta no especificada y otras consultas especificadas, en el ámbito domiciliario.

Los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte presentan un comportamiento similar a lo observado para el grupo de riesgo de hombres entre 15 y 18 años, así como para el mismo grupo etario de las mujeres. Lo mismo sucede con las enfermedades del sistema digestivo, que ocupan el segundo, cuarto y quinto lugar dentro de las diez primeras causas de morbilidad en los ámbitos ambulatorio, hospitalario y de las urgencias, respectivamente.

En relación con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, muestran un comportamiento similar al observado para el grupo de riesgo de hombres entre 15 y 18 años, ocupan el tercer lugar en las causas de morbilidad en los ámbitos hospitalario y de las urgencias.

En este grupo etario se observa un incremento en la frecuencia de diagnósticos de ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias, cuyos diagnósticos más reportados corresponden a

diarrea y gastroenteritis de origen infeccioso, micosis, infecciones virales no especificadas, parasitosis intestinales, varicela, herpes zóster, verrugas virales, así como a infecciones de transmisión sexual, como la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lo cual coincide con la distribución por edad de los casos notificados de VIH y sida en Colombia⁷.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, de igual manera, adquieren relevancia constituyéndose en la cuarta causa en el ámbito ambulatorio, cuyos diagnósticos más importantes son las dorsopatías, los trastornos de los tejidos blandos y las artropatías.

Por su parte, las enfermedades del sistema respiratorio pierden importancia, se ubican como sexta causa de morbilidad atendida en los ámbitos hospitalario y de urgencias y séptima en el ambulatorio y el domiciliario.

Al igual que en el género femenino, se manifiestan como octava causa de morbilidad atendida en el ámbito ambulatorio las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas a expensas de los trastornos de las lipoproteínas y otras lipidemias, obesidad y diabetes mellitus.

7 Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Epidemiológico, Situación del vih/sida. Colombia, 2013.

Tabla 10. Diez Ppimeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo hombres entre 19 y 44 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA POR AMBITO Y GRUPO DE RIESGO - HOMBRES DE 19 A 44 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	4.193.922	24.57
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	4.025.449	23.59
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	2.080.916	12.19
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	1.182.782	6.93

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - HOMBRES DE 19 A 44 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
AMBULATORIO	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	816.842	4.79
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	712.763	4.18
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	666.186	3.90
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	654.683	3.84
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	508.198	2.98
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	499.538	2.93
	Resto	1.725.554	10.11
	TOTAL AMBULATORIO	17.066.833	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	770.024	29.25
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	376.264	14.29
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	356.075	13.53
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	207.868	7.90
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	194.045	7.37
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	189.123	7.18
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	167.778	6.37
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	101.352	3.85
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	66.846	2.54
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	45.936	1.74
	Resto	157.392	5.98
	TOTAL URGENCIAS	2.632.703	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	681.557	40.41
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	254.905	15.11
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	136.435	8.09
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	107.071	6.35
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	74.706	4.43
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	61.740	3.66
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	58.465	3.47
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	55.612	3.30
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	52.680	3.12

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	43.254	2.56
	Resto	160.239	9.50
	TOTAL HOSPITALARIO	1.686.664	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	21.192	24.28
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	16.431	18.82
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	10.410	11.93
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	7.605	8.71
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	6.600	7.56
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	6.430	7.37
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	6.079	6.96
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3.938	4.51
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	2.375	2.72
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	1.645	1.88
	Resto	4.582	5.25
	TOTAL DOMICILIARIO	87.287	100

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.7. GRUPO DE RIESGO: MUJERES ENTRE 19 Y 44 AÑOS

Este grupo de riesgo no registra variación en cuanto a los lugares que ocupa dentro de las diez primeras causas de morbilidad, los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud y los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte. Sin embargo, es de resaltar que hay una mayor cantidad de prestaciones asociadas a las circunstancias que tienen que ver la etapa reproductiva.

Las enfermedades del sistema digestivo continúan ocupando el segundo lugar en las cau-

sas de morbilidad en el ámbito ambulatorio, siendo las patologías como caries de la dentina, gingivitis aguda y crónica y trastornos de los dientes y otras estructuras de sostén no especificadas los diagnósticos más frecuentes.

El embarazo, parto y puerperio se comporta de igual manera al grupo de mujeres entre 15 y 18 años, como segunda causa de morbilidad en hospitalización y tercera en urgencias. En los ámbitos domiciliario y ambulatorio se ubica en el cuarto y noveno lugar, respectivamente.

Igualmente, las enfermedades del sistema genitourinario se mantienen en el tercer lugar de causas de morbilidad en el ámbito domiciliario respecto al grupo de mujeres entre 15 y 18

años y pasan al cuarto lugar en los ámbitos ambulatorio y hospitalario y al sexto en el ámbito de las urgencias. Los diagnósticos que se registran con mayor frecuencia corresponden a infección de vías urinarias, trastornos no inflamatorios de los órganos genitales, enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos, litiasis y trastornos benignos de la mama, en diferente orden según el ámbito de atención.

En el ámbito ambulatorio, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas se constituyen en la sexta causa de morbilidad atendida, los diagnósticos más frecuentemente registrados son hipotiroidismo, otros trastornos tiroideos, obesidad, trastornos de las lipoproteínas y del metabolismo de los carbohidratos, síndrome de ovario poliquístico, hiperprolactinemia e hipopituitarismo.

Es importante señalar que en este grupo de riesgo, empiezan a manifestarse en el ámbi-

to ambulatorio algunas causas de morbilidad relacionadas con las enfermedades del sistema nervioso, tales como migraña, cefalea, epilepsia y síndrome del túnel carpiano. En el ámbito domiciliario, los eventos relacionados con dicho sistema continúan presentándose, pero descienden al quinto lugar con respecto al grupo etario de mujeres entre 15 y 18 años con diagnósticos tales como parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos, epilepsia, hidrocefalo y compresiones de la médula espinal.

Por su parte, las enfermedades infecciosas y parasitarias cuyos diagnósticos más frecuentes tienen que ver con micosis, diarrea y gastroenteritis, helmintiasis, verrugas virales, varicela e infecciones herpéticas y en menor proporción infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual se ubican en el séptimo, octavo y noveno lugar en las causas de morbilidad en los diferentes ámbitos de atención.

Tabla 11. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo Mujeres entre 19 y 44 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA POR AMBITO Y GRUPO DE RIESGO - MUJERES DE 19 A 44 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	16.968.994	40.15
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	6.317.256	14.95
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	5.406.815	12.79
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	2.858.844	6.76
AMBULATORIO	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	1.869.558	4.42
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	1.526.392	3.61
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1.116.197	2.64
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	889.534	2.10
	Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	741.019	1.75
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	704.363	1.67
	Resto	3.866.031	9.15
	TOTAL AMBULATORIO	42.265.003	100

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3.025.387	57.70
	Embarazo, parto y puerperio (000-099)	584.089	11.14
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	554.495	10.57
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	184.880	3.53
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	168.696	3.22
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	105.700	2.02
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	89.486	1.71
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	76.428	1.46
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	66.817	1.27
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	63.966	1.22
	Resto	323.664	6.17
	TOTAL HOSPITALARIO	5.243.608	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1.569.034	33.16
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.016.478	21.48
	Embarazo, parto y puerperio (000-099)	297.059	6.28
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	288.792	6.10
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	278.111	5.88
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	265.469	5.61
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	225.534	4.77
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	204.267	4.32
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	167.609	3.54
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	135.742	2.87
	Resto	283.547	5.99
	TOTAL URGENCIAS	4.731.642	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	105.914	60.98
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	18.367	10.57
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	10.864	6.25
	Embarazo, parto y puerperio (000-099)	7.011	4.04
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	6.468	3.72
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	4.523	2.60

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - MUJERES DE 19 A 44 AÑOS			
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	4.150	2.39
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3.775	2.17
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	2.241	1.29
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	2.210	1.27
	Resto	8.168	4.70
	TOTAL DOMICILIARIO	173.691	100

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012

B.2.8. GRUPO DE RIESGO: ENTRE 45 Y 49 AÑOS

Al igual que en el grupo etario entre 19 y 44 años, en este grupo predomina la cantidad de prestaciones en el género femenino, siendo esto más evidente en el ámbito ambulatorio, donde supera en un 50% al género masculino.

La primera y segunda causas de morbilidad en los diferentes ámbitos de atención continúan siendo representadas por los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud; se observa en relación con los diagnósticos reportados un comportamiento similar a lo observado en el grupo de riesgo entre 19 y 44 años de edad, tanto en hombres como en mujeres. En el ámbito ambulatorio, predominan diagnósticos de contacto con los servicios de salud para exámenes de laboratorio y odontológico, otros exámenes especializados y examen médico general; en menor proporción, diagnósticos como personas en contacto con los servicios de salud por otras circunstancias no especificadas. El ámbito hospitalario continúa presentando un predominio de diagnósticos como otras consultas especificadas y consultas no especificadas.

En relación con los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no

clasificados en otra parte, continúan siendo la segunda causa de morbilidad en el ámbito hospitalario y la tercera en el ámbito ambulatorio y primera en los ámbitos domiciliario y de urgencias. En este grupo de diagnósticos es relevante indicar que lo registrado con mayor frecuencia en el ámbito domiciliario corresponde a causas de morbilidad desconocidas y no especificadas y otros síntomas y signos generales especificados.

El sistema digestivo ocupa el segundo lugar en las causas de morbilidad en el ámbito ambulatorio; persisten los diagnósticos de caries de la dentina en la misma proporción a la observada en grupos de riesgo anteriores, al igual que gingivitis aguda y crónica, enfermedades de la pulpa y otros trastornos de los dientes y las estructuras de sostén. En los ámbitos de urgencias y hospitalario, se ubican como cuarta causa de morbilidad atendida, pero a diferencia de los demás ámbitos, los diagnósticos de egreso hospitalario más frecuentes son coledoclitiasis, pancreatitis, gastritis y duodenitis, reflujo gastroesofágico, apendicitis, trastornos funcionales del intestino y hernias, en su orden de localización, inguinal, umbilical y ventral.

Los tumores [neoplasias] pasan a ocupar en el ámbito hospitalario el tercer lugar en las causas de morbilidad y el noveno en el ám-

bito ambulatorio, a expensas de los tumores malignos en la mitad de los casos y benignos y de comportamiento incierto o desconocido, en la otra mitad. En el caso de los tumores malignos, se presentan con mayor frecuencia los del tejido linfático y de los órganos hematopoyéticos, seguidos de los tumores de órganos digestivos, mama, órganos genitales femeninos, en su orden ovarios y cuello uterino, de sitios mal definidos, secundarios y de sitios no especificados y del sistema nervioso central. Los tumores benignos se concentran principalmente en el leiomioma uterino.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo ascienden a la quinta causa de morbilidad en el ámbito de urgencias, a expensas de los mismos diagnósticos mencionados en grupos de riesgo anteriores (dorsopatías, trastornos de los tejidos blandos y artropatías).

Por su parte, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas ocupan el sexto lugar de las causas de morbilidad en el ámbito ambulatorio, manteniendo los mismos diagnósticos generalmente observados en este sistema, como son los trastornos del metabolismo de las lipoproteínas y otras lipidemias, la

diabetes mellitus primordialmente no insulino-dependiente, hipotiroidismo y obesidad.

No obstante, es notorio en este grupo el incremento de los diagnósticos relacionados con las enfermedades del sistema circulatorio, puesto que pasan a ocupar el quinto lugar en las causas de morbilidad en los ámbitos ambulatorio y domiciliario, el sexto lugar en el ámbito hospitalario y el noveno en el de las urgencias. El diagnóstico registrado con mayor frecuencia es la hipertensión esencial (primaria), seguido de las várices y otros trastornos de las venas en el ámbito ambulatorio. Sin embargo, es importante señalar que los diagnósticos más registrados en el ámbito hospitalario se relacionan con el infarto agudo del miocardio, la angina de pecho y la enfermedad isquémica crónica del corazón.

En relación con los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, se presentan heridas y fracturas de cualquier localización, permanecen en el tercer lugar en las causas de morbilidad en urgencias, pero descienden al séptimo lugar en ámbito hospitalario.

Tabla 12 . Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo entre 45 y 49 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 45 Y 49 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	2.564.636	30.24	1.149.080	27.21	3.713.716	29.23
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	1.153.654	13.60	736.427	17.44	1.890.081	14.88
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1.081.069	12.75	501.498	11.87	1.582.567	12.46
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	729.606	8.60	343.594	8.14	1.073.200	8.45
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	519.356	6.12	314.645	7.45	834.001	6.57
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	519.931	6.13	294.439	6.97	814.370	6.41

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 45 Y 49 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	556.778	6.57	136.206	3.22	692.984	5.45
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	208.764	2.46	109.643	2.60	318.407	2.51
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	220.197	2.60	49.029	1.16	269,226	2.12
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	118.750	1.40	118.134	2.80	236.884	1.86
	Resto	807.298	9.52	470.941	11.15	1.278.239	10.06
TOTAL AMBULATORIO		8.480.039		4.223.636		12.703.675	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	482.525	57.00	250.103	48.11	732.628	53.62
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	85.029	10.04	68.312	13.14	153.341	11.22
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	49.107	5.80	15.480	2.98	64.587	4.73
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	33.663	3.98	27738	5.34	61.401	4.49
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	38.335	4.53	18.201	3.50	56.536	4.14
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	28.859	3.41	26.866	5.17	55.725	4.08
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	14.951	1.77	22.931	4.41	37.882	2.77
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	19.414	2.29	17.073	3.28	36487	2.67
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	21.314	2.52	14.320	2.75	35.634	2.61
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	13.812	1.63	16.397	3.15	30.209	2.21
	Resto	59.525	7.03	42.469	8.17	101.994	7.4
TOTAL HOSPITALARIO		846.534		519.890		1.366.424	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	185.989	33.32	117.535	30.32	303.524	32.09
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	89.369	16.01	59.460	15.34	148.829	15.73
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	33.812	6.06	44.245	11.41	78.057	8.25
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	40.237	7.21	28.862	7.44	69.099	7.31
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	34.913	6.25	29.556	7.62	64.469	6.82
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	35.918	6.43	21.403	5.52	57.321	6.06

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	31.761	5.69	16.508	4.26	48.269	5.10
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	23.647	4.24	20.818	5.37	44.465	4.70
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	18.330	3.28	11.614	3.00	29.944	3.17
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	17.066	3.06	5.427	1.40	22.493	2.38
	Resto	47.130	8.44	32.261	8.32	79.391	8.39
TOTAL URGENCIAS		558.172		387.689		945.861	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	7.923	37.58	5.302	28.36	13.225	33.25
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	4.176	19.81	3.289	17.59	7.465	18.77
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1.078	5.11	1.930	10.32	3.008	7.56
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.281	6.08	1.453	7.77	2.734	6.87
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1.797	8.52	927	4.96	2.724	6.85
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.079	5.12	935	5.00	2.014	5.06
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	433	2.05	1.429	7.64	1.862	4.68
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	388	1.84	1.369	7.32	1.757	4.42
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.084	5.14	598	3.20	1.682	4.23
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	405	1.92	600	3.21	1.005	2.53
	Resto	1.437	6.82	864	4.62	2.301	5.78
TOTAL DOMICILIARIO		21.081		18.696		39.777	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.9. GRUPO DE RIESGO: ENTRE 50 Y 54 AÑOS

Al igual que en el grupo de riesgo anterior, las prestaciones en salud se registran en mayor proporción en el género femenino en todos los ámbitos, a excepción del ámbito domiciliario, en el cual predomina el género masculino en eventos relacionados con traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias

de causas externas, principalmente. Con respecto a la estructura de la morbilidad atendida, no se observan en términos generales mayores diferencias con respecto al grupo de riesgo anterior.

Así, los factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, así

como los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, se comportan igual a lo descrito en el grupo anterior.

Lo mismo sucede con las enfermedades del sistema digestivo, las cuales permanecen como segunda causa de morbilidad en el ámbito ambulatorio y cuarta en los ámbitos hospitalario y de urgencias, con los mismos diagnósticos principales observados.

Con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio, toman mayor importancia en este grupo etario, particularmente en el ámbito hospitalario donde además de las causas registradas en el grupo de riesgo anterior, aparece la insuficiencia cardíaca congestiva, los trastornos del ritmo y la enfermedad cerebrovascular.

Tabla 13. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo entre 50 y 54 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - DE 50 A 54 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	2.567.247	29.52	1.189.157	27.65	3.756.404	28.90
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	988.963	11.37	633.263	14.73	1.622.226	12.48
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	1.080.491	12.43	501.126	11.65	1.581.617	12.17
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	803.166	9.24	444.400	10.33	1.247.566	9.60
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	826.732	9.51	334.635	7.78	1.161.367	8.94
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	665.772	7.66	346.436	8.06	1.012.208	7.79
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	449.803	5.17	149.460	3.48	599.263	4.61
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	229.646	2.64	113.650	2.64	343.296	2.64
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	192.913	2.22	59.541	1.38	252.454	1.94
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	167.824	1.93	58.830	1.37	226.654	1.74
	Resto	723.360	8.32	470.026	10.93	1.193.386	9.18
TOTAL AMBULATORIO		8.695.917	100	4.300.524	100	12.996.441	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	496.112	55.79	276.794	44.91	772.906	51.34
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	93.890	10.56	85.789	13.92	179.679	11.93
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	42.161	4.74	48.411	7.86	90.572	6.02
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	38.528	4.33	32.048	5.20	70.576	4.69
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	38.810	4.36	23.061	3.74	61.871	4.11
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	33.821	3.80	20.473	3.32	54.294	3.61

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	25.963	2.92	21.840	3.54	47.803	3.18
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	17.200	1.93	23.961	3.89	41.161	2.73
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	21.584	2.43	17.659	2.87	39.243	2.61
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	23.539	2.65	15.384	2.50	38.923	2.59
	Resto	57.667	6.48	50.850	8.25	108.517	7.21
TOTAL HOSPITALARIO		889.275	100	616.270	100	1.505.545	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	174.731	33.33	108.297	30.79	283.028	32.31
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	86.630	16.53	57.357	16.31	143.987	16.44
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	33.453	6.38	35.604	10.12	69.057	7.88
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	34.658	6.61	25.155	7.15	59.813	6.83
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	31.816	6.07	24.010	6.83	55.826	6.37
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	34.741	6.63	20.114	5.72	54.855	6.26
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	25.153	4.80	13.993	3.98	39.146	4.47
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	22.150	4.23	16.412	4.67	38.562	4.40
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	23.525	4.49	14.352	4.08	37.877	4.32
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	9.499	1.81	8.770	2.49	18.269	2.09
	Resto	47.871	9.13	27.607	7.85	75.478	8.62
TOTAL URGENCIAS		524.227	100	351.671	100	875.898	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	4.902	25.38	6.908	31.94	11.810	28.85
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3.963	20.52	3.014	13.94	6.977	17.04
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	2.038	10.55	1.763	8.15	3.801	9.28
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1.738	9.00	1.348	6.23	3.086	7.54
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.297	6.71	1.601	7.40	2.898	7.08
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.480	7.66	1.350	6.24	2.830	6.91

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	639	3.31	1.974	9.13	2.613	6.38
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	862	4.46	793	3.67	1.655	4.04
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	285	1.48	1.111	5.14	1.396	3.41
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	750	3.88	434	2.01	1.184	2.89
	Resto	1.362	7.05	1.329	6.15	2.691	6.57
	TOTAL DOMICILIARIO	19.316	100	21.625	100	40.941	100

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.10. GRUPO DE RIESGO: ENTRE 55 Y 59 AÑOS

En este grupo de riesgo, el género femenino predomina en la demanda de prestaciones en salud en todos los ámbitos de atención, con respecto al género masculino. Los diagnósticos relacionados con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud y los correspondientes a síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte continúan ocupando los primeros lugares en la morbilidad atendida en todos los ámbitos.

No obstante, se observa un incremento en la morbilidad a expensas de las enfermedades crónicas. Así, con respecto al sistema circulatorio, se observa una mayor demanda de servicios predominantemente relacionada con el diagnóstico de hipertensión esencial (primaria) en el ámbito ambulatorio. En urgencias, las causas de morbilidad presentan mayor relevancia y se ubican en el sexto lugar; sus eventos más representativos son hipertensión esencial (primaria), angina de pecho, infarto agudo de miocardio, trastornos de las venas, trombosis, embolia y, en menor proporción, insuficiencia cardíaca y trastornos del ritmo cardíaco.

De igual manera, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas registran un

ascenso dentro de las causas de morbilidad en los ámbitos ambulatorio, hospitalario y de urgencias con respecto al grupo de riesgo anterior. Como es de esperarse, los principales diagnósticos registrados tienen que ver con diabetes mellitus, trastornos del metabolismo, hipotiroidismo y bocios, obesidad y trastornos de la regulación de la glucosa.

Igualmente, en los eventos relacionados con el sistema respiratorio hay un incremento en la morbilidad por diagnósticos de enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, como enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma, que las ubican como cuarta, quinta, sexta y octava causas de morbilidad atendida en los ámbitos de urgencias, domiciliario, hospitalario y ambulatorio, respectivamente.

La cuarta causa de morbilidad en los ámbitos ambulatorio y hospitalario y quinta en urgencias corresponde a las enfermedades del sistema digestivo, las cuales pierden un poco de relevancia con respecto a las causas mencionadas anteriormente, pero mantienen un comportamiento similar a los grupos de riesgo anteriores al reflejar un predominio de las enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares en la consulta externa y urgencias, y eventos como

colecistitis, trastornos funcionales del intestino, gastritis y duodenitis, hemorragia gastrointestinal, apendicitis, fibrosis y cirrosis del hígado y hernias como causas de egreso hospitalario.

Las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, así como las del sistema genitourinario, no presentan cambios de importancia en la morbilidad e incluso muestran una ligera tendencia descendente dentro de las diez primeras causas, no obstante que en estos sistemas también empiezan a registrarse diagnósticos de entidades crónicas articulares e insuficiencia renal crónica y la no especificada.

El comportamiento de los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas como causa de morbilidad atendida no muestra cambios de importancia y

sigue ocupando el tercer lugar en urgencias por heridas y fracturas de cualquier localización.

En el caso de los tumores [neoplasias], que ocupan el quinto lugar en las causas de egreso hospitalario, es necesario señalar la predominancia de los tumores malignos en los órganos digestivos, tejido linfático y órganos hematopoyéticos, mama, órganos respiratorios e intratorácicos, órganos genitales femeninos, ojos, encéfalo y otras partes del sistema nervioso central, en su orden.

En este grupo de riesgo, las enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo se manifiestan en el ámbito domiciliario como cuarta causa de morbilidad, debido principalmente al manejo de infecciones de la piel y manejo de úlceras.

Tabla 14. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo entre 55 y 59 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - DE 55 A 59 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	2.241.591	28.66	1.103.039	27.24	3.344.630	28.18
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	990.945	12.67	542.193	13.39	1.533.138	12.92
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	951.103	12.16	463.210	11.44	1.414.313	11.91
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	750.351	9.59	490.342	12.11	1.240.693	10.45
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	727.410	9.30	357.772	8.84	1.085.182	9.14
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	709.807	9.08	292.775	7.23	1.002.582	8.45
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	313.750	4.01	165.729	4.09	479.479	4.04
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	220.394	2.82	116.396	2.87	336.790	2.84
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	165.165	2.11	70.392	1.74	235.557	1.98
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	135.256	1.73	80.583	1.99	215.839	1.82
	Resto	615.659	7.87	366.971	9.06	982.630	8.28
TOTAL AMBULATORIO		7.821.431	100	4.049.402	100	11.870.833	100

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - DE 55 A 59 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	461.360	52.37	282.186	43.04	743.546	48.39
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	100.770	11.44	99.683	15.21	200.453	13.05
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	51.111	5.80	61.488	9.38	112.599	7.33
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	39.135	4.44	34.972	5.33	74.107	4.82
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	36.903	4.19	25.937	3.96	62.840	4.09
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	31.944	3.63	26.552	4.05	58.496	3.81
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	31.574	3.58	22.124	3.37	53.698	3.49
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	28.146	3.20	20.679	3.15	48.825	3.18
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	18.636	2.12	20.030	3.06	38.666	2.52
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	22.135	2.51	13.118	2.00	35.253	2.29
	Resto	59.211	6.72	48.817	7.45	108.028	7.03
	TOTAL HOSPITALARIO	880.925	100	655.586	100	1.536.511	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	148.728	33.30	98.111	32.13	246.839	32.82
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	76.792	17.19	51.408	16.84	128.200	17.05
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	29.288	6.56	27.133	8.89	56.421	7.50
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	30.073	6.73	17.444	5.71	47.517	6.32
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	26.336	5.90	20.335	6.66	46.671	6.21
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	25.601	5.73	17.524	5.74	43.125	5.73
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	24.554	5.50	17.283	5.66	41.837	5.56
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	18.156	4.06	12.160	3.98	30.316	4.03
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	18.767	4.20	11.141	3.65	29.908	3.98
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	9.400	2.10	6.956	2.28	16.356	2.18
	Resto	38.968	8.72	25.836	8.46	64.804	8.62
	TOTAL URGENCIAS	446.663	100	305.331	100	751.994	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	7.397	31.28	4.382	22.38	11.779	27.25

CAPÍTULO CIE - 10		FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	3.686	15.59	3.167	16.18	6.853	15.85
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	2.472	10.45	2.638	13.47	5.110	11.82
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.590	6.72	1.621	8.28	3.211	7.43
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1.842	7.79	1.307	6.68	3.149	7.29
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.918	8.11	1.123	5.74	3.041	7.04
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	925	3.91	939	4.80	1.864	4.31
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.111	4.70	702	3.59	1.813	4.19
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	577	2.44	1.235	6.31	1.812	4.19
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	767	3.24	820	4.19	1.587	3.67
	Resto	1.360	5.75	1.644	8.40	3.004	6.95
	TOTAL DOMICILIARIO	23.645	100	19.578	100	43.223	100

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.11. GRUPO DE RESGO: ENTRE 60 Y 64 AÑOS

El comportamiento de la morbilidad atendida en este grupo de edad es similar al anterior; las diez primeras causas representan más del 90% de ellas en todos los ámbitos.

Los hallazgos principales están dados por un incremento en la participación porcentual de las enfermedades del sistema circulatorio en todos los ámbitos, que pasan a ocupar el tercer lugar en el ámbito de urgencias y se mantienen en el segundo en el ámbito ambulatorio y tercero en los ámbitos hospitalario y domiciliario. Los diagnósticos más frecuentemente registrados son iguales a los mencionados en el grupo de riesgo entre 55 a 59 años, pero con un incremento en los debidos a insuficiencia y trastornos del ritmo cardíaco.

En el caso de las enfermedades del sistema respiratorio, si bien conservan el mismo lugar en las causas de morbilidad en los ámbitos

ambulatorio y domiciliario, sufren un ligero incremento en el ámbito hospitalario; en todos se acentúa la participación porcentual de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

A su vez, las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas pasan del quinto al cuarto lugar en las causas de morbilidad ambulatoria, sin diferencia en los diagnósticos más frecuentemente reportados con respecto al grupo anterior. No obstante, en el ámbito domiciliario se reporta la desnutrición, principalmente severa, como parte de los diagnósticos con mayor peso porcentual.

Los tumores [neoplasias] continúan ocupando el noveno lugar en el ámbito ambulatorio y descienden al sexto en el ámbito hospitalario, en ambos casos con mayor participación porcentual en las causas de morbilidad, dadas fundamentalmente por tumores malignos de mama en la consulta ambulatoria y de los órganos digestivos como causa de egreso hospitalario.

Con respecto a las enfermedades del sistema genitourinario, no presentan cambios significativos en el ordenamiento dentro de las causas de morbilidad para este grupo de riesgo; sin embargo, se observa un incremento en el diagnóstico de insuficiencia renal crónica con respecto a la infección de vías urinarias, que venía siendo el diagnóstico más frecuentemente reportado en todos los grupos de edad en el ámbito ambulatorio. Lo anterior guarda relación con la información reportada por la

cuenta de alto costo respecto a la situación de la enfermedad renal crónica en Colombia.

Las enfermedades del sistema digestivo continúan descendiendo dentro de las diez primeras causas de morbilidad con los mismos diagnósticos mencionados en el grupo anterior, se ubica en el quinto lugar del ámbito ambulatorio y en el sexto de los ámbitos hospitalario y de urgencias.

Tabla 15. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo entre 60 y 64 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 60 Y 64 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.845.934	27.38	1.066.825	26.45	2.912.759	27.03
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1.064.549	15.79	664.192	16.47	1.728.741	16.04
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	810.007	12.02	456.087	11.31	1.266.094	11.75
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	650.871	9.65	359.023	8.90	1.009.894	9.37
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	532.446	7.90	412.402	10.22	944.848	8.77
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	575.227	8.53	240.879	5.97	816.106	7.57
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	272.995	4.05	207.965	5.16	480.960	4.46
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	222.075	3.29	146.573	3.63	368.648	3.42
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	141.270	2.10	77.993	1.93	219.263	2.03
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	132.391	1.96	85.651	2.12	218.042	2.02
	Resto	493.567	7.32	316.191	7.84	809.758	7.52
TOTAL AMBULATORIO		6.741.332		4.033.781		10.775.113	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	415.820	47.77	300.098	40.24	715.918	44.30
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	115.711	13.29	116.900	15.68	232.611	14.39
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	65.340	7.51	83.162	11.15	148.502	9.19
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	39.049	4.49	36.524	4.90	75.573	4.68
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	38.551	4.43	35.577	4.77	74.128	4.59
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	38.949	4.47	30.643	4.11	69.592	4.31

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	31.934	3.67	30.821	4.13	62.755	3.88
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	29.478	3.39	24.838	3.33	54.316	3.36
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	19.645	2.26	20.326	2.73	39.971	2.47
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	19.360	2.22	13.392	1.80	32.752	2.03
	Resto	56.602	6.50	53.480	7.17	110.082	6.81
TOTAL HOSPITALARIO		870.439		745.761		1.616.200	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	128.114	32.62	96.284	33.25	224.398	32.89
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	71.631	18.24	49.653	17.15	121.284	17.77
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	27.761	7.07	19.451	6.72	47.212	6.92
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	24.364	6.20	21.708	7.50	46.072	6.75
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	27.752	7.07	17.620	6.09	45.372	6.65
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	20.622	5.25	18.196	6.28	38.818	5.69
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	18.889	4.81	13.412	4.63	32.301	4.73
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	14.871	3.79	11.546	3.99	26.417	3.87
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	14.684	3.74	9.826	3.39	24.510	3.59
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	10.670	2.72	7.680	2.65	18.350	2.69
Resto		33.431	8.51	24.166	8.35	57.597	8.44
TOTAL URGENCIAS		392.789		289.542		682.331	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	12.511	40.66	7.677	31.20	20.188	36.46
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	4.500	14.62	3.847	15.64	8.347	15.07
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3.672	11.93	2.844	11.56	6.516	11.77
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.527	4.96	2.244	9.12	3.771	6.81
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)		1.948	6.33	1.699	6.91	3.647	6.59

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 60 Y 64 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.331	4.33	1.270	5.16	2.601	4.70
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.250	4.06	1.183	4.81	2.433	4.39
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	934	3.04	963	3.91	1.897	3.43
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	696	2.26	547	2.22	1.243	2.24
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	902	2.93	339	1.38	1.241	2.24
	Resto	1.501	4.88	1.990	8.09	3.491	6.30
TOTAL DOMICILIARIO		30.772		24.603		55.375	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.12. GRUPO DE RIESGO: ENTRE 65 Y 69 AÑOS

En esta etapa de la vida se manifiestan con más fuerza las enfermedades crónicas, por ello se observa un incremento marcado en la participación porcentual del sistema circulatorio dentro de las diez primeras causas de morbilidad, aunque conserven el segundo lugar en el ámbito ambulatorio y el tercero en los demás ámbitos de atención, con diagnósticos correspondientes a trastornos cardiacos isquémicos crónicos y enfermedades cardiacas y renales hipertensivas.

De igual manera, las enfermedades del sistema respiratorio presentan un comportamiento en el que predominan las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, representadas por la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en un 90% y por otras, como el asma y estados asmáticos, y ubica como cuarta causa de morbilidad en los ámbitos hospitalario, de urgencias y domiciliario y octava causa en el ámbito ambulatorio.

Respecto a las enfermedades del sistema genitourinario, se marca más la representatividad de enfermedades crónicas como la

insuficiencia renal en el ámbito ambulatorio, que desplaza a la infección de vías urinarias. De igual manera, en este grupo de riesgo se observa un aumento en los trastornos de la próstata, que contrasta con una reducción de los trastornos no inflamatorios de los genitales femeninos.

Los tumores [neoplasias] mantienen el mismo comportamiento descrito para el grupo de riesgo anterior, con un ligero incremento en el porcentaje de participación de los tumores malignos a expensas del cáncer de mama, de órganos digestivos (colon, recto y estómago) y próstata principalmente, en el ámbito ambulatorio, y el cáncer de órganos digestivos (estómago, colon y recto), del tejido linfático y órganos hematopoyéticos, de los órganos respiratorios e intratorácicos, de la mama, de la próstata, de sitios mal definidos, secundarios o no especificados y de los órganos genitales femeninos, en el ámbito hospitalario.

Las demás causas de morbilidad dentro de las diez primeras corresponden a enfermedades del sistema digestivo, osteomuscular y del tejido conjuntivo y a las endocrinas, nutricionales y metabólicas, las cuales presentan el mismo

comportamiento que en el grupo etario entre 60 y 64 años.

Los traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas, ocupan el quinto lugar en urgencias y el nove-

no en los ámbitos hospitalario y domiciliario; pero, a diferencia de grupos anteriores, sus diagnósticos más frecuentes están relacionados con trauma de cadera y muslo y no de la cabeza.

Tabla 16. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo entre 65 y 69 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 65 Y 69 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.395.601	26.05	915.117	25.58	2.310.718	25.86
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	982.013	18.33	665.429	18.60	1.647.442	18.44
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	639.028	11.93	411.646	11.51	1.050.674	11.76
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	492.043	9.18	304.017	8.50	796.060	8.91
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	344.463	6.43	301.818	8.44	646.281	7.23
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	431.054	8.05	183.046	5.12	614.100	6.87
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	239.333	4.47	222.648	6.22	461.981	5.17
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	216.930	4.05	148.206	4.14	365.136	4.09
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	118.105	2.20	85.412	2.39	203.517	2.28
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	113.722	2.12	80.842	2.26	194.564	2.18
	Resto	384.793	7.18	259.142	7.24	643.935	7.21
TOTAL AMBULATORIO		5.357.085		3.577.323		8.934.408	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	329.956	43.25	274.493	37.27	604.449	40.31
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	108.821	14.26	125.669	17.06	234.490	15.64
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	69.972	9.17	89.662	12.18	159.634	10.65
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	39.436	5.17	40.042	5.44	79.478	5.30
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	35.870	4.70	36.292	4.93	72.162	4.81
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	31.926	4.18	32.394	4.40	64.320	4.29
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	28.424	3.73	32.363	4.39	60.787	4.05
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	29.564	3.88	25.665	3.48	55.229	3.68
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	20.162	2.64	18.988	2.58	39.150	2.61
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	15.047	1.97	15.807	2.15	30.854	2.06

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 65 Y 69 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
	Resto	53.697	7.04	45.067	6.12	98.764	6.59
	TOTAL HOSPITALARIO	762.875		736.442		1.499.317	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	107.995	32.27	84.848	32.71	192.843	32.46
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	61.768	18.46	47.841	18.44	109.609	18.45
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	27.638	8.26	20.240	7.80	47.878	8.06
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	24.076	7.19	18.296	7.05	42.372	7.13
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	20.880	6.24	17.074	6.58	37.954	6.39
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	15.395	4.60	13.398	5.17	28.793	4.85
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	14.160	4.23	9.741	3.76	23.901	4.02
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	12.216	3.65	11.195	4.32	23.411	3.94
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	12.311	3.68	8.147	3.14	20.458	3.44
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	10.762	3.22	7.128	2.75	17.890	3.01
	Resto	27.472	8.21	21.483	8.28	48.955	8.24
	TOTAL URGENCIAS	334.673		259.391		594.064	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	15.466	43.58	12.771	38.66	28.237	41.21
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	5.244	14.78	4.168	12.62	9.412	13.74
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	3.018	8.50	6.053	18.32	9.071	13.24
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	2.339	6.59	2.705	8.19	5.044	7.36
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	1.674	4.72	1.597	4.83	3.271	4.77
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	1.682	4.74	1.057	3.20	2.739	4.00
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.223	3.45	1.102	3.34	2.325	3.39
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	1.063	3.00	828	2.51	1.891	2.76
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	972	2.74	582	1.76	1.554	2.27
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	676	1.90	588	1.78	1.264	1.84
	Resto	2.130	6.00	1.584	4.79	3.714	5.42
	TOTAL DOMICILIARIO	35.487		33.035		68.522	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012

B.2.13. GRUPO DE RIESGO: ENTRE 70 Y 74 AÑOS

En este grupo de riesgo continúa la tendencia al incremento de las enfermedades crónicas, pero tiene un comportamiento muy similar al grupo de riesgo anterior. Así, a pesar de conservar el segundo y tercer lugar en las causas de morbilidad en los diferentes ámbitos de atención, las enfermedades del sistema circulatorio ganan peso porcentual entre las diez primeras causas, con los mismos diagnósticos mencionados, entre los cuales la hipertensión esencial (primaria) y las enfermedades isquémicas del corazón son las responsables de la mayor proporción de ellos.

De igual manera, las enfermedades del sistema respiratorio continúan ocupando el cuarto lugar en las causas de morbilidad en los ámbitos hospitalario, de urgencias y domiciliario y el octavo en el ámbito ambulatorio, pero se observa un incremento notorio en el peso porcentual de las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, en donde prima la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

En los ámbitos ambulatorio y hospitalario, las enfermedades del sistema genitourinario continúan en ascenso, y se ubican como sexta causa y como séptima en las urgencias y en el ámbito domiciliario, a expensas de un incremento en la participación del diagnóstico de insuficiencia renal crónica.

Los tumores [neoplasias] incrementan su representatividad en el ámbito ambulatorio a pesar de permanecer en el noveno lugar de las causas de morbilidad. Si bien los tumores malignos se siguen registrando con mayor frecuencia que los benignos, a diferencia del grupo de riesgo anterior, el tumor maligno de la próstata se ubica como el primero, seguido de los tumores malignos de los órganos digestivos (recto, colon y estómago) y de la mama en el ámbito ambulatorio, mientras que los tumores malignos de los órganos digestivos (estómago, colon y recto) continúan siendo el primer diagnóstico en el ámbito hospitalario.

Tabla 17. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo entre 70 y 74 años. 2012

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 70 Y 74 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.044.914	23.49	738.094	23.73	1.783.008	23.59
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	925.273	20.80	633.645	20.37	1.558.918	20.62
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	542.906	12.21	361.292	11.61	904.198	11.96
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	387.740	8.72	237.632	7.64	625.372	8.27
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	329.828	7.42	142.168	4.57	471.996	6.24
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	234.809	5.28	227.579	7.32	462.388	6.12
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	233.809	5.26	217.833	7.00	451.642	5.98

MORBILIDAD ATENDIDA GRUPO DE RIESGO UPC: ENTRE 70 Y 74 AÑOS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	228.820	5.14	169.358	5.44	398.178	5.27
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	91.443	2.06	87.370	2.81	178.813	2.37
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	100.857	2.27	71.739	2.31	172.596	2.28
	Resto	327.501	7.36	223.983	7.20	551.484	7.30
	TOTAL AMBULATORIO	4.447.900		3.110.693		7.558.593	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	289.445	36.63	235.310	32.24	524.755	34.53
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	129.019	16.33	133.582	18.30	262.601	17.28
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	88.471	11.20	96.964	13.29	185.435	12.20
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	49.236	6.23	48.417	6.63	97.653	6.42
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	40.947	5.18	37.373	5.12	78.320	5.15
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	31.511	3.99	33.707	4.62	65.218	4.29
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	31.987	4.05	29.554	4.05	61.541	4.05
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	31.726	4.02	27.015	3.70	58.741	3.86
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	22.915	2.90	20.829	2.85	43.744	2.88
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	18.769	2.38	16.985	2.33	35.754	2.35
	Resto	56.104	7.10	50.061	6.86	106.165	6.98
	TOTAL HOSPITALARIO	790.130		729.797		1.519.927	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	107.611	32.19	84.636	32.76	192.247	32.44
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	63.621	19.03	48.649	18.83	112.270	18.94
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	31.642	9.46	23.798	9.21	55.440	9.35
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	25.377	7.59	20.201	7.82	45.578	7.69
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	19.461	5.82	14.503	5.61	33.964	5.73
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	13.862	4.15	12.465	4.82	26.327	4.44
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	11.324	3.39	10.256	3.97	21.580	3.64
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	12.066	3.61	8.271	3.20	20.337	3.43
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	11.703	3.50	7.854	3.04	19.557	3.30

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	11.189	3.35	7.698	2.98	18.887	3.19
	Resto	26.481	7.92	20.031	7.75	46.512	7.85
	TOTAL URGENCIAS	334.337		258.362		592.699	
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	21.091	42.25	14.569	37.86	35.660	40.34
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	6.821	13.66	5.628	14.63	12.449	14.08
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	5.607	11.23	5.665	14.72	11.272	12.75
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	4.741	9.50	2.898	7.53	7.639	8.64
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	2.073	4.15	2.329	6.05	4.402	4.98
	Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L99)	2.071	4.15	950	2.47	3.021	3.42
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	1.292	2.59	1.401	3.64	2.693	3.05
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	1.100	2.20	1.028	2.67	2.128	2.41
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	837	1.68	1.270	3.30	2.107	2.38
	Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	1.069	2.14	1.025	2.66	2.094	2.37
	Resto	3.222	6.45	1.714	4.45	4.936	5.58
	TOTAL DOMICILIARIO	49.924		38.477		88.401	

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

B.2.14. GRUPO DE RIESGO: DE 75 Y MÁS AÑOS

En este grupo se observa que los diagnósticos relacionados con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud, como examen de laboratorio, examen odontológico y examen médico general, otras consultas especificadas, consulta no especificada, personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias no especificadas y otras especificadas principalmente, tienden a disminuir porcentualmente con respecto a las enfermedades del sistema circulatorio que siguen incrementando su participación porcentual y se ubican en el primer lugar de las causas de morbilidad en el ámbito ambu-

latorio. Los diagnósticos más frecuentes son hipertensión esencial (primaria), insuficiencia cardiaca congestiva y otros trastornos del ritmo cardiaco, que también se presentan en el ámbito hospitalario pero en diferente orden.

Los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte continúan ocupando los primeros lugares de las causas de morbilidad, tal y como ocurre en los demás grupos de riesgo y a expensas, como es de esperarse, del ámbito de las urgencias, en donde continúan siendo la primera causa. De igual manera, se ubican en segundo lugar en el ámbito hospitalario y tercero en el ambulatorio; los diagnósticos

principales tienen que ver con síntomas y signos generales como dolor no clasificado en otra parte, causas de morbilidad desconocidas y no especificadas y otros síntomas y signos generales especificados. En el ámbito domiciliario, este grupo de diagnósticos constituye la primera causa de morbilidad, está representada en casi su totalidad por el diagnóstico causas de morbilidad desconocidas y no especificadas.

Las enfermedades del sistema respiratorio presentan un ascenso significativo, pasan del octavo al cuarto lugar en las diez primeras causas de morbilidad en el ámbito ambulatorio con diagnósticos como enfermedad pulmonar obstructiva crónica en mayor proporción y otros menos frecuentes, como resfriado común e insuficiencia respiratoria. En los demás ámbitos de atención no se modifica su posición; se siguen presentando los diagnósticos más frecuentemente relacionados con esta edad como son la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la neumonía, resfriado común, bronquitis y otras afecciones respiratorias secundarias.

Por su parte, las enfermedades del sistema ge-

nitourinario conservan la tendencia señalada en el grupo de riesgo anterior, incrementando la participación porcentual del diagnóstico de insuficiencia renal crónica en el ámbito ambulatorio e infección de vías urinarias, en el ámbito hospitalario y seguido en ambos casos, de los trastornos de la próstata.

En relación con las enfermedades de los sistemas digestivo y osteomuscular del tejido conjuntivo, endocrinas, nutricionales y metabólicas, se observa un descenso en la participación porcentual de sus diagnósticos. No obstante, es importante resaltar que la diabetes mellitus no insulino dependiente se presenta con mayor frecuencia dentro del grupo de enfermedades endocrinas.

Los tumores [neoplasias] se ubican en el noveno lugar de las causas de morbilidad en los ámbitos ambulatorio y hospitalario, pero disminuye su representatividad dentro de las diez primeras causas con respecto al grupo anterior. Los tumores malignos continúan siendo más frecuentes que los benignos; se observa como principal diagnóstico el tumor de próstata en el ámbito ambulatorio y el de órganos digestivos en el ámbito hospitalario.

Tabla 18. Diez primeras causas de morbilidad atendida por ámbito. Grupo de riesgo de 75 y más años. 2012

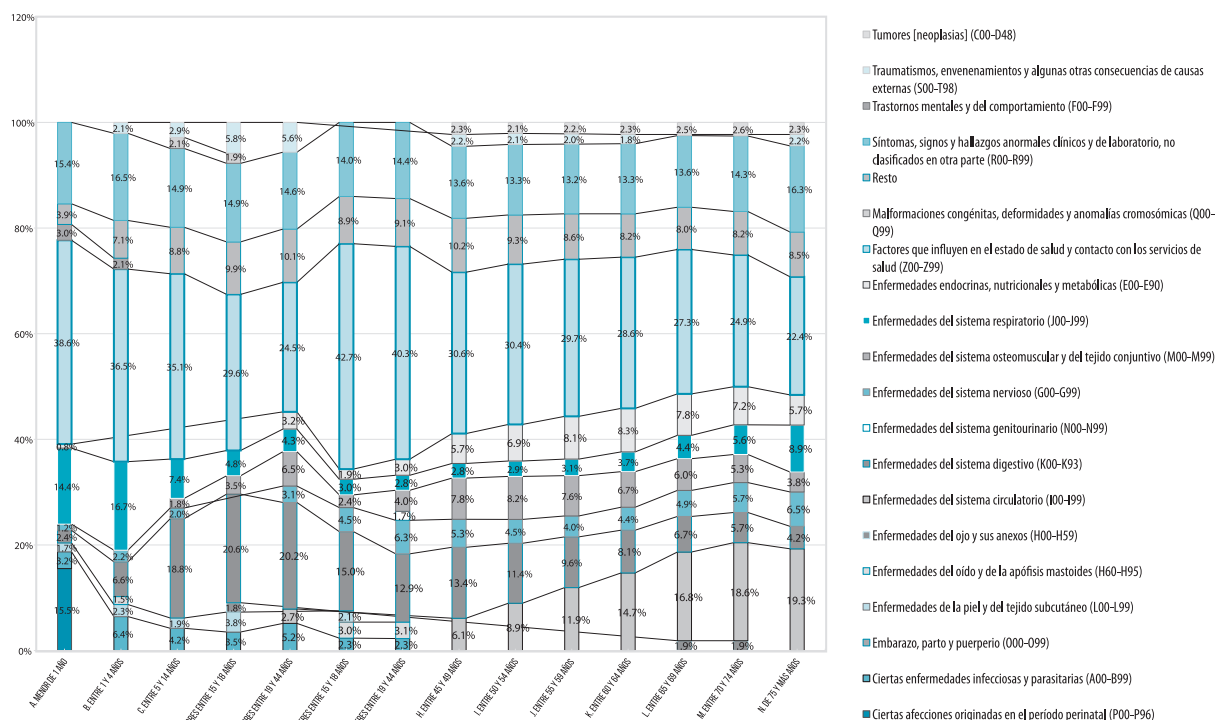
MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - 75 AÑOS Y MAS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	1.691.796	22.29	1.097.971	21.68	2.789.767	22.05
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	1.645.998	21.69	1.111.902	21.96	2.757.900	21.79
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	903.570	11.91	593.547	11.72	1.497.117	11.83
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	705.438	9.29	427.372	8.44	1.132.810	8.95
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	499.836	6.59	449.833	8.88	949.669	7.50
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	540.154	7.12	307.908	6.08	848.062	6.70

ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
AMBULATORIO	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	414.497	5.46	180.809	3.57	595.306	4.70
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	277.992	3.66	253.648	5.01	531.640	4.20
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	139.584	1.84	144.824	2.86	284.408	2.25
	Enfermedades del ojo y sus anexos (H00-H59)	158.315	2.09	107.618	2.13	265.933	2.10
	Resto	612.578	8.07	388.917	7.68	1.001.495	7.91
TOTAL AMBULATORIO		7.589.758	100	5.064.349	100	12.654.107	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
HOSPITALARIO	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	549.823	27.34	410.386	25.68	960.209	26.61
	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	435.542	21.66	333.525	20.87	769.067	21.31
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	265.163	13.18	234.172	14.66	499.335	13.84
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	172.554	8.58	149.010	9.33	321.564	8.91
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	103.990	5.17	81.932	5.13	185.922	5.15
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	86.606	4.31	82.292	5.15	168.898	4.68
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	79.860	3.97	59.333	3.71	139.193	3.86
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	83.964	4.17	48.754	3.05	132.718	3.68
	Tumores [neoplasias] (C00-D48)	54.175	2.69	54.663	3.42	108.838	3.02
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	46.699	2.32	40.671	2.55	87.370	2.42
	Resto	132.893	6.61	103.115	6.45	236.008	6.54
TOTAL HOSPITALARIO		2.011.269	100	1.597.853	100	3.609.122	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	270.242	33.87	189.252	33.02	459.494	33.52
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	145.751	18.27	111.208	19.40	256.959	18.74
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	81.380	10.20	57.718	10.07	139.098	10.15
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	66.809	8.37	53.182	9.28	119.991	8.75
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	49.158	6.16	28.242	4.93	77.400	5.65
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	27.292	3.42	25.274	4.41	52.566	3.83
	Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	29.522	3.70	22.462	3.92	51.984	3.79
	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	25.494	3.20	14.929	2.60	40.423	2.95

MORBILIDAD ATENDIDA POR ÁMBITO Y GRUPO DE RIESGO - 75 AÑOS Y MAS							
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
URGENCIAS	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	25.244	3.16	15.166	2.65	40.410	2.95
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	22.858	2.86	14.020	2.45	36.878	2.69
	Resto	54.116	6.78	41.686	7.27	95.802	6.99
	TOTAL URGENCIAS	797.866	100	573.139	100	1.371.005	100
ÁMBITO	CAPÍTULO CIE - 10	FEMENINO	%	MASCULINO	%	TOTAL	%
DOMICILIARIO	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte (R00-R99)	164.676	46.66	67.186	42.52	231.862	45.38
	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (Z00-Z99)	56.164	15.91	25.154	15.92	81.318	15.91
	Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)	44.789	12.69	22.383	14.16	67.172	13.15
	Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	24.321	6.89	14.349	9.08	38.670	7.57
	Enfermedades del sistema nervioso (G00-G99)	12.607	3.57	5.388	3.41	17.995	3.52
	Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	10.636	3.01	4.064	2.57	14.700	2.88
	Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	7.142	2.02	4.476	2.83	11.618	2.27
	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (M00-M99)	7.430	2.11	1.772	1.12	9.202	1.80
	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (E00-E90)	5.956	1.69	2.990	1.89	8.946	1.75
	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	6.285	1.78	2.378	1.50	8.663	1.70
	Resto	12.921	3.66	7.885	4.99	20.806	4.07
	TOTAL DOMICILIARIO	352.927	100	158.025	100	510.952	100

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

Gráfica 6. Distribución porcentual total de las 10 primeras causas de morbilidad atendidas por grupo de riesgo UPC. Año 2012



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012

C. CORRESPONDENCIA CON OTROS ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS

Al comparar en forma general la información de causas de morbilidad atendidas y reportadas en la base de prestación de servicios 2012 Régimen Contributivo con otras fuentes como: las patologías identificadas por el estudio de carga de enfermedad y necesidades en salud considerado en la metodología de actualización del POS 2013 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), las grandes causas de mortalidad en Colombia 2008-2010 incluidas en el análisis de anteceden-

tes y situación de salud para el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y el Estudio de Carga Global de la Enfermedad (CGE) para Colombia⁸ (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010), se evidencia desde el punto de vista de conocimiento clínico que existe correspondencia entre los cuatro grupos de causas ya mencionados, lo que corrobora que algunos de los aspectos generales de la morbilidad atendida reportada recogen causas

⁸ Este estudio incluye años de vida saludable perdidos por discapacidad y por mortalidad, calidad de vida y datos de mortalidad para el periodo 1990 a 2010 en Colombia y otros países. Disponible para consulta en línea en <http://viz.healthmetricsandevaluation.org/gbd-compare/>.

identificadas en la carga de la enfermedad del país y se relacionan directamente con los principales grupos de causas de mortalidad para Colombia.

A continuación se presenta el resultado del análisis desde los aspectos clínicos realizado de la base de suficiencia Régimen Contributivo en comparación con las cuatro fuentes consideradas para interpretar la morbilidad atendida en 2012.

C.1. SISTEMA CIRCULATORIO

Una de las relaciones más importantes es observar que para el grupo de enfermedades del sistema circulatorio del cual hacen parte las primeras causas de morbilidad atendida reportadas en la base de suficiencia de 2012 Régimen Contributivo, entre ellas las enfermedades hipertensivas (2,73%), las isquémicas del corazón (1,16%) y las cerebrovasculares (1,02%), que al ser comparadas con las patologías listadas por el estudio realizado para la actualización del POS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) y los registros para 2010 en el estudio de la Universidad de Washington (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010), evidencian que existe una relación directa en la proporción de atenciones realizadas en sujetos con estos diagnósticos tanto en mortalidad como en AVISAS totales y por discapacidad, y representan estas causas el 15,59% de los años de vida saludables perdidos en Colombia para el año 2010 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010).

C.2. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Los trastornos mentales y del comportamiento conforman la décima sexta causa de morbilidad atendida según la base de prestación de servicios 2012 Régimen Contributivo, pero tienen una alta representatividad en la carga de la enfermedad dada la discapacidad que producen. En conjunto, las enfermedades mentales representaron el grupo mayoritario

de causas de años de vida saludables perdidos por discapacidad en 2010 (29,41% del total) (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010). La depresión mayor unipolar, los trastornos bipolares y la esquizofrenia son las tres patologías principales reportadas, representan el 0,36% de los diagnósticos asociados a prestaciones (11,84%, 11,79%, 1,84% años de vida saludable perdidos por discapacidad). No obstante, no hay representatividad de estas patologías en los grupos de mortalidad identificados en el reporte del Plan Decenal (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012), probablemente atribuible a un bajo reporte asociado a estas causas que se confunde con accidentalidad, lesiones de causa externa y envenenamiento, entre otros. Sin embargo, al discriminar las causas de mortalidad, el 1,11% del total de muertes son atribuidas a autolesiones, entre las que se incluyen las situaciones antes mencionadas (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010).

C.3. CAUSAS EXTERNAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD

Se observa un comportamiento similar a lo anterior; en el caso de las causas externas de morbilidad y de mortalidad (décima octava causa de morbilidad atendida según la base de prestación de servicios 2012 Régimen Contributivo), equivale al 0,40% de las atenciones reportadas, las cuales generan alto impacto en años de vida saludable perdidos por muerte prematura (17,21% de la mortalidad en 2010 y 28,28% de años de vida saludables perdidos por mortalidad) o por vivir con discapacidad. Las agresiones, los accidentes de tránsito y otras lesiones no intencionales son quinta, décima segunda y vigésima causas según AVISAS, todas ellas con alto impacto en la mortalidad (cuarta gran causa).

C.4. SISTEMA DIGESTIVO

Por su parte, las enfermedades del sistema digestivo ocupan el tercer lugar en las causas

de morbilidad atendida (9,25% del reporte de morbilidad 2012), correspondientes la mitad a enfermedades de la cavidad bucal de las glándulas salivales y de los maxilares, entre las que se destaca la caries dental, con 26.277 años de vida saludables perdidos (Ministerio de Salud - CENDEX, 2008), la gingivitis y periodontitis, ambas condiciones de salud que impactan en la carga de enfermedad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013), además de otras causas como son edentulismo y cirrosis hepática.

C.5. ENFERMEDADES DEL PERIODO PERINATAL

Las afecciones originadas en el periodo perinatal tienen representación en todas las fuentes consideradas, aunque se relacionan con la causa de morbilidad atendida de menor frecuencia de consulta (1,75% del total). Este grupo se relaciona tanto con enfermedades transmisibles como con afecciones del periodo perinatal, quinta y sexta causas de mortalidad, así como con la carga de la enfermedad donde el impacto es muy representativo: las causas por esta fuente ocupan el cuarto (asfixia y trauma al nacer), sexto (bajo peso al nacer) y decimo octavo lugar (otras afecciones perinatales) según AVISAS. En relación con mortalidad general, las muertes en el periodo perinatal representan el 2,9% del total de muertes en 2010 (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010).

C.6. SISTEMA RESPIRATORIO

De igual manera, hay una relación directa entre la quinta causa de morbilidad atendida que corresponde a las enfermedades del sistema respiratorio, las causas séptima (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), octava (Asma) y décimo sexta (Infecciones de Vías Respiratorias Inferiores) de carga de enfermedad y las enfermedades transmisibles, como quinta gran causa de mortalidad. El 6,81% del total de muertes en 2010 y el 3,51% de

años de vida saludable perdidos en Colombia se atribuyen a enfermedades respiratorias, siendo las principales EPOC y asma (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010)

C.7. CÁNCER

A su vez, las neoplasias, que ocupan la décima segunda causa de morbilidad atendida, conforman la tercera gran causa de mortalidad de acuerdo con los grupos del Plan Decenal y la segunda por total de muertes en Colombia para 2010 (16,77%). De otra parte, el cáncer es la segunda causa, de AVISAS (12,65%), después de las enfermedades cardiovasculares (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2010)

C.8. SÍNTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES

Finalmente, es importante mencionar que la segunda causa de morbilidad atendida registrada en la base de prestación de servicios 2012, que se refiere a síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte, los cuales caracterizan los motivos de acceso a los servicios de salud, se relaciona con la séptima gran causa de mortalidad 2008-2010.

Con todo lo anterior y aunque los propósitos de una u otra fuente sean diferentes, se desprende una relación clínica estrecha que indica que las atenciones reportadas en la base de prestación de servicios estarían considerando las necesidades y los problemas en salud más frecuentes de la población, así como otros aspectos ligados a la demanda y uso que los afiliados hacen de los servicios, todo esto como un componente importante de la situación de salud.

D. ANÁLISIS DE SERVICIOS Y GASTO

Tomando como base los datos reportados que superaron las calidades de validación, se realizó la comparación de la distribución porcentual de las prestaciones de salud y distribución porcentual del gasto, correspondientes a los años 2011 y 2012, para los dos regímenes en forma conjunta y en forma desagregada atendiendo a los catorce grupos de riesgo establecidos para efectos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para cada una de estas distribuciones se tuvieron en cuenta los cuatro ámbitos de uso de los servicios, como son: ambulatorio, hospitalario, urgencias y Domiciliario.

D.1. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y GASTO EN AMBOS REGÍMENES

D.1.1. GENERAL

El análisis general muestra que tanto las prestaciones en salud como el gasto asociado entre los años 2011 y 2012 conservan similar distribución en relación con los ámbitos de uso, siendo la mayor proporción de servicios y de gasto la correspondiente al ámbito ambulatorio, seguido por el ámbito hospitalario, urgencias y el denominado ámbito domiciliario.

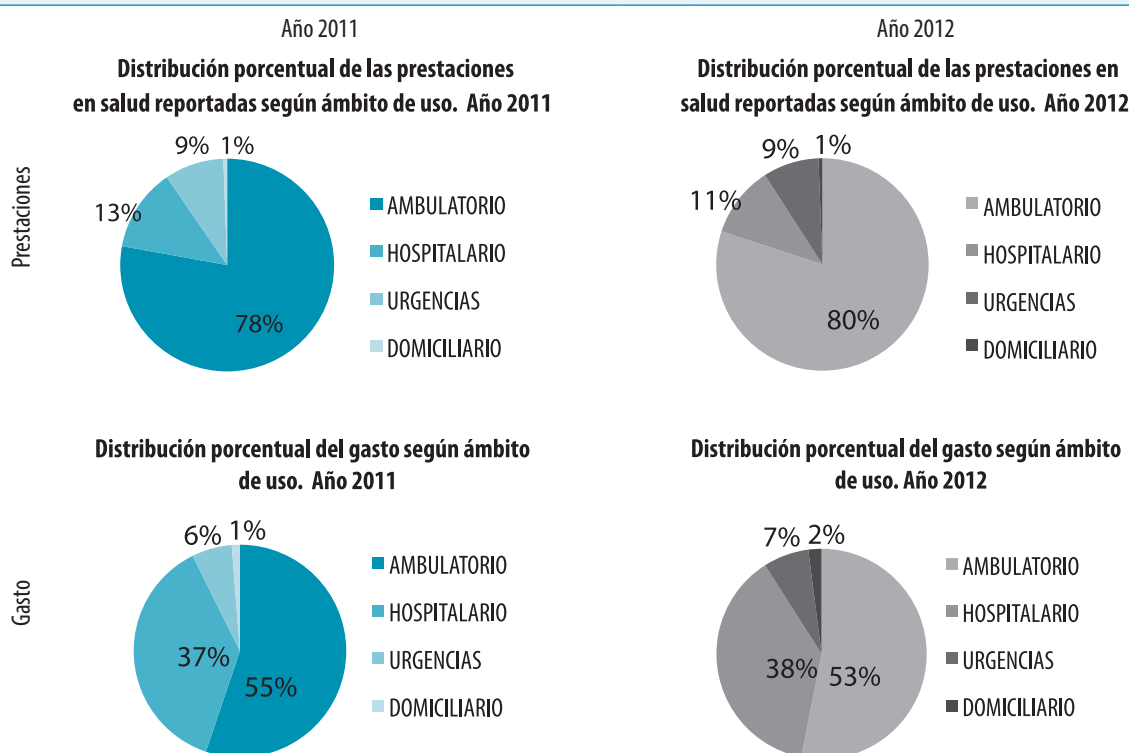
Entre los años 2011 y 2012, en forma específica respecto a las prestaciones, se evidencia el incremento en dos puntos porcentuales para el ámbito ambulatorio y la reducción en igual proporción en el ámbito hospitalario. Contrariamente, respecto al gasto⁹, se encuentra reducción en dos puntos porcentuales en el ámbito ambulatorio e incremento en los demás ámbitos.

La tabla siguiente distribución de prestaciones de salud y gasto por ámbitos 2011-2012 permite evidenciar que la proporción del gas-

to promedio de las prestaciones, entendido como la relación del valor de gasto frente al total de prestaciones para cada año, en el ámbito hospitalario es el mayor de los cuatro ámbitos y se incrementó de 2011 a 2012. En este mismo sentido, le sigue la proporción de gasto promedio de las prestaciones en el ámbito domiciliario, que igualmente se incrementó en cantidad de servicios y gasto entre 2011 y 2012; en tercer lugar se ubica el ámbito de urgencias, que igualmente se incrementa en el año 2012. Por el contrario, las prestaciones en ámbito ambulatorio se incrementaron en cantidad, pero su gasto promedio se redujo aproximadamente 0,05 veces.

De acuerdo con los datos analizados, se evidencia el incremento total de la cantidad de prestaciones, pasando de 198 millones de atenciones a 215 millones, en las que predominan aquellas realizadas con población de sexo femenino en todos los ámbitos. Así mismo, el gasto se incrementó, pasando de \$7.456 millones a \$8.750 millones (pesos corrientes).

⁹ Los análisis de gasto se hacen en términos nominales

Tabla 19. Distribución de prestaciones de salud y gasto por ámbitos 2011-2012

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012.

D.1.2. GRUPOS DE RIESGO

En general, el análisis de la totalidad de grupos de riesgo evidencia el mantenimiento de la distribución de la proporción de prestaciones presentada previamente, ámbito general, siguiendo en todos los grupos y los dos años en comparación el siguiente orden: ambulatorio, hospitalización, urgencias y domiciliario, Anexo 7, distribución de prestaciones y gasto por ámbitos y grupos de riesgo 2011-2012.

Ámbito ambulatorio: La proporción de prestaciones ambulatorias se incrementa de un año al siguiente en todos los grupos de riesgo; sin embargo, se reduce el gasto en los grupos de riesgo de 1 a 64 años de edad y de 75 y más

años se mantiene la proporción de gasto para este ámbito en los grupos menor de un año, 65 a 69 años y 70 a 74 años.

Ámbito hospitalario: Frente a las prestaciones en hospitalización, se evidencia la reducción de 2011 a 2012 en todos los grupos, excepto para los de menor de 1 año y de 50 a 54 años, en los que se mantiene estable esta proporción de prestaciones. En relación con el gasto, se mantiene la misma proporción en los grupos menor de un año, 19 a 44 años en hombres y 45 a 49 años, 55 a 59 años; se incrementa en los grupos de 1 hasta 18 años, 19 a 44 años mujeres; y se reduce en los grupos de 50 a 54 años y de 60 años en adelante. En relación con el gasto, se destaca que en

los grupos extremos de la vida, menor de un año y 75 y más años, el valor de gasto por el ámbito de hospitalización supera el valor del ámbito ambulatorio en las mismas edades.

Ámbito urgencias: Respecto a prestaciones en urgencias, la mitad de los grupos de riesgo redujeron la proporción de estas (menor de 1 año hasta 18 años y de 55 a 59 años), mientras que los restantes grupos de riesgo mantuvieron la misma proporción de prestaciones. Por el contrario, la proporción de gasto se incrementó en los grupos de 1 hasta 18 años hombres, 19 hasta 54 años y de 60 hasta 74 años; en los restantes grupos de riesgo la proporción de gasto en urgencias se mantuvo igual.

Ámbito domiciliario: Las prestaciones se mantuvieron en la misma proporción en la mayor parte de grupos de riesgo, excepto en el grupo de 1 a 4 años, en el que se redujo, aunque llama la atención el incremento del gasto en los grupos de 19 a 44 años para hombres y mujeres y las poblaciones de 60 hasta 75 años, siendo el mayor gasto el evidenciado en el grupo de 75 y más años, que tiene el mayor incremento en la población.

D.2. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS PRESTADOS Y GASTO EN RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

D.2.1. GENERAL CONTRIBUTIVO

Las prestaciones y el gasto en el Régimen Contributivo guardan la misma relación evidenciada en el análisis general para los dos regímenes, donde predominan las prestaciones en el ámbito ambulatorio, seguidas por hospitalización, luego urgencias y por último el ámbito domiciliario, con incremento en las prestaciones en ámbito ambulatorio y del gasto en ámbito hospitalario. En relación con el gasto, se encuentra que para 2011 este se concentra en ambulatorio; sin embargo, proporcionalmente es mayor el gasto por prestación en hospitalización, lo que es esperable dada la

complejidad y diversidad de atenciones que se realizan, seguido por el ámbito domiciliario. En 2012 se encuentra nuevamente que la concentración del gasto está en el ámbito ambulatorio, aunque se redujo frente al año anterior; al revisar las cifras se evidencia que el gasto promedio de cada prestación reportada en ámbito domiciliario supera el valor de gasto de los demás ámbitos y 3,55 veces el valor promedio de gasto de cada prestación en este Régimen.

D.2.2. GRUPOS DE RIESGO, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Los resultados obtenidos por grupo de riesgo en el Régimen Contributivo se presentan en el anexo 8, distribución de prestaciones y gasto por ámbitos y grupos de riesgo Régimen Contributivo 2011-2012, en los que se evidencia que: en los grupos extremos de la vida, menor de un año y 75 años y más, la mayor concentración de gasto se encuentra en hospitalización en los años 2011 y 2012 (77% - 79% y 52%- 56% respectivamente), condiciones que se relacionan con los diagnósticos reportados en los datos de morbilidad atendida, con enfermedades propias del periodo perinatal para los niños y afecciones del sistema respiratorio y circulatorio en los adultos mayores. En el grupo de uno a cuatro años se encuentra en 2011 la mayor proporción de gasto en el ámbito hospitalario; sin embargo, el valor del gasto promedio de cada prestación realizada es superior en el ámbito domiciliario en el año 2012. Por otra parte, el grupo de mujeres de 19 a 44 años reviste, de acuerdo con los datos analizados, el mayor gasto total entre todos los grupos etarios; específicamente al ser comparado con las atenciones y gasto del grupo de hombres de 19 a 44 años, evidencia que la gran diferencia de diagnósticos asociados entre estos dos grupos de riesgos corresponde a un 13% de atenciones relacionadas con enfermedades del sistema genital femenino, fertilidad, gestación, complicaciones de la

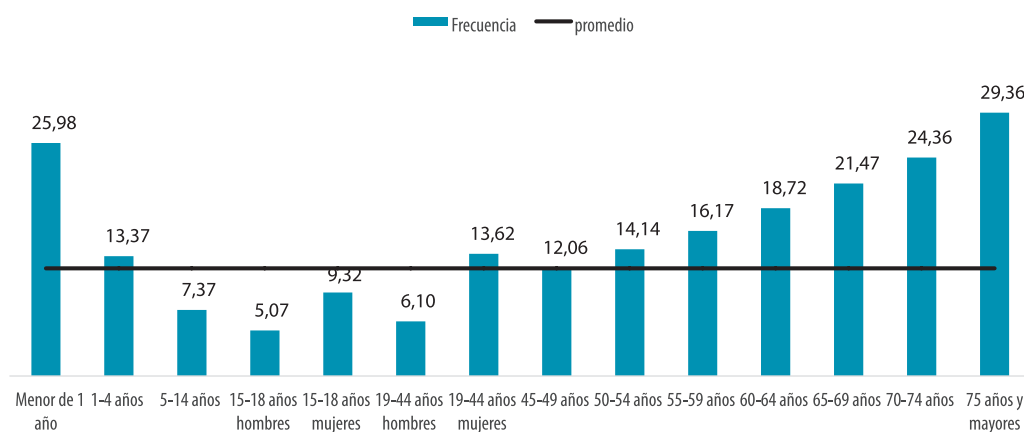
gestación y parto (con excepción de algunos casos de agresión y tularemia identificados), mientras que en los hombres la diferencia de atenciones representa menos del 1% y corresponde a enfermedades propias del sistema genital masculino y lesiones autoinflingidas. En relación con los restantes grupos etarios, el valor de gasto y distribución de las atenciones son similares.

D.3. DESCRIPCIÓN DEL USO DE SERVICIOS EN SALUD, RÉGIMEN CONTRIBUTIVO, AÑO 2012

El promedio de atenciones observadas en el año 2012 en el Régimen Contributivo es de

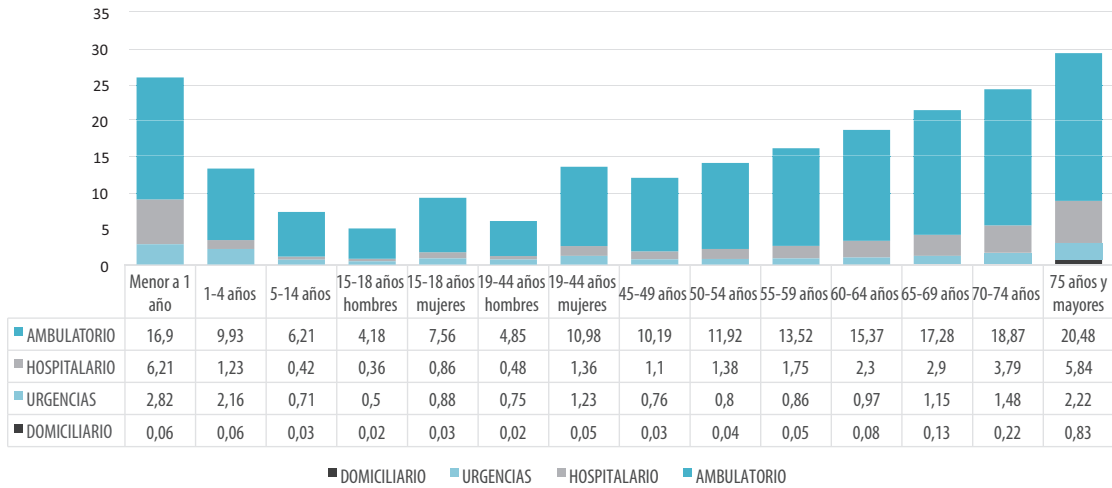
12 atenciones anuales. La mayor cantidad de atenciones reportadas fueron observadas en el grupo de 75 años y mayores, con un promedio de 29, seguido por el grupo de menores de 1 año, en el que se presentan 25,9 atenciones año. Los grupos con menor cantidad de atenciones anuales promedio corresponden a los hombres de 15 a 18 años y los hombres de 19 a 44 años, con 5 y 6 atenciones, respectivamente. Como se evidencia en la gráfica siguiente, los grupo de mayor riesgo, nuevamente corresponden a las edades extremas de la vida.

Gráfica 7. Frecuencia promedio de prestaciones en salud por afiliado año.



Fuente: Elaboración propia de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras del Régimen Contributivo que superaron el análisis de calidad frente a Población Base Única de Afiliados de las EPS contributivas. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2013.

Gráfica 8. Distribución de prestaciones anuales por grupo de riesgo y ámbito de prestación. Año 2012



Fuente: Elaboración propia de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras del Régimen Contributivo que superaron el análisis de calidad frente a Población Base Única de Afiliados de las EPS contributivas. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2013.

La gráfica anterior presenta la distribución observada de la frecuencia de atenciones en cada grupo de riesgo, considerando los cuatro ámbitos de análisis (domiciliario, urgencias, hospitalario, ambulatorio); se evidencia nuevamente que la mayor proporción corresponde a la atención ambulatoria en forma general. Para los grupos de riesgo en las edades extremas, la atención hospitalaria constituye una de las fracciones de importancia que evidencian la complejidad de la atención de las

enfermedades en estos grupos de edad así lo que puede verse correspondido con el mayor gasto en estos dos grupos. Se destaca igualmente la mayor proporción de atenciones de tipo domiciliario en el grupo de 75 años y mayores. De otra parte, es de destacar que el número de atenciones entrega hombres de 18 a 44 años de edad es la menor, así como el incremento progresivo de atenciones a partir del grupo de riesgo de 45 años a 49 años.

Tabla 20. Gasto de procedimientos reportado en Régimen Contributivo para cada grupo de riesgo

Grupo de riesgo	Total afiliados contributivo de las EPS que pasaron validación	SUMATORIA DE GASTO REPORTADO 2012	GASTO PROMEDIO DE CADA AFILIADO
Menores de un año	106.156	237.169.317.659	2.234.158,39
1-4 años	965.707	461.028.091.038	477.399,55
5-14 años	2.755.708	605.401.855.947	219.690,13
15-18 años Hombres	593.862	115.513.154.870	194.511,78

Grupo de riesgo	Total Afiliados Contributivo de las EPS que pasaron validación	SUMATORIA DE GASTO REPORTADO 2012	GASTO PROMEDIO DE CADA AFILIADO
15-18 años mujeres	588.644	181.299.304.788	307.994,82
19-44 años hombres	3.519.086	861.944.904.334	244.934,31
19-44 años Mujeres	3.849.127	1.864.375.425.457	484.363,19
45-49 años	1.246.634	565.799.157.991	453.861,48
50-54 años	1.090.648	604.006.283.947	553.804,97
55-59 años	878.254	599.638.343.371	682.761,87
60-64 años	701.212	596.361.784.605	850.472,87
65-69 años	516.936	537.005.064.193	1.038.823,11
70-74 años	400.645	502.676.012.516	1.254.666,88
75 años y mayores	617.924	1.018.137.607.741	1.647.674,48
Total	17.830.543	5.129.988.646.962,00	

Fuente: Elaboración propia de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras del Régimen Contributivo que superaron el análisis de calidad frente a Población Base Única de Afiliados de las EPS contributivas. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2013.

E. CÁLCULO DE LA UPC

E.1. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

En el Régimen Contributivo se recibió información de 20 EPS, se aplicaron las coberturas en todos los procesos de calidad; y los resultados se observan en la tabla a continuación:

Tabla 21. Coberturas de información en registros y valores en el Régimen Contributivo. Año 2012.						
EPS	Calidad 1,2 y 3		Calidad 4		Final	
	COB REG	COB VAL	COB REG	COB VR	COB REG	COB VR
EAS016	100,00%	100,00%	96,50%	96,96%	98,18%	98,13%
EAS027	100,00%	9,62%	99,56%	9,61%	99,44%	64,38%
EPS001	100,00%	100,00%	98,66%	98,11%	99,49%	89,99%
EPS002	100,00%	100,00%	99,83%	99,72%	99,80%	98,82%
EPS003	99,47%	98,31%	97,52%	95,76%	98,30%	96,80%
EPS005	100,00%	95,16%	97,07%	93,60%	99,21%	94,74%
EPS008	99,85%	99,99%	98,52%	98,63%	98,16%	99,51%
EPS009	99,99%	99,99%	99,18%	98,54%	84,66%	86,61%
EPS010	99,95%	99,81%	99,55%	99,29%	99,13%	98,99%
EPS012	91,66%	99,40%	90,83%	98,51%	89,61%	98,36%
EPS013	99,99%	93,29%	98,09%	91,10%	97,85%	90,54%

EPS	COB% REG	COB% VAL	COB% REG	COB% VR	COB% REG	COB% VR
EPS015	100.00%	75.29%	99.60%	75.01%	99.00%	74.63%
EPS016	100.00%	99.99%	99.37%	99.35%	99.51%	99.42%
EPS017	100.00%	99.57%	99.67%	98.84%	98.91%	98.80%
EPS018	100.00%	100.00%	99.91%	99.86%	99.91%	99.86%
EPS023	99.58%	94.93%	97.37%	92.20%	97.96%	92.59%
EPS033	100.00%	82.76%	96.83%	79.48%	93.03%	74.98%
EPS037	99.88%	101.77%	99.63%	101.36%	97.91%	99.82%
EPS039	100.00%	71.51%	97.49%	69.89%	96.89%	65.41%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios año 2012. Dirección de Regulación de Beneficios, y Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

La selección de aseguradoras se realizó sobre las coberturas estimadas en calidad 7, con el criterio de cobertura de valor mayores al 90%. Las EPS seleccionadas son las que se relacionan en la tabla a continuación:

Tabla 22. EPS seleccionadas para el Estudio de suficiencia UPC 2014 en el Régimen Contributivo.

Final		
EPS	COB% REG	COB% VR
EAS016	98,18%	98,13%
EPS001	99,49%	89,99%
EPS002	99,80%	98,82%
EPS003	98,30%	96,80%
EPS005	99,21%	94,74%
EPS008	98,16%	99,51%
EPS010	99,13%	98,99%
EPS012	89,61%	98,36%
EPS013	97,85%	90,54%
EPS016	99,51%	99,42%
EPS017	98,91%	98,80%
EPS018	99,91%	99,86%
EPS023	97,96%	92,59%
EPS037	97,91%	99,82%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

E.1.1. AJUSTES IBNR E IBNER

Para adelantar este análisis, se lleva a cabo un modelo de regresión lineal con los datos del costo per cápita por mes y EPS de la selección. Para conseguir mejores estimaciones se emplearon variables *dummies* para determinar las diferencias por EPS.

Para garantizar una serie más homogénea que ayudara a mejorar las estimaciones de los costos faltantes por IBNR e IBNER, solo se tuvieron en cuenta los procedimientos con experiencia válida en la base de datos. Para obtener un modelo parsimonioso se emplea una selección tipo *backward* en la que se obtiene la versión resumida, cuyos resultados se adjuntan en el anexo 9, estimación IBNR Régimen Contributivo. Con base en estos resultados, se estima el costo final esperado para cada EPS; se obtuvieron los siguientes resultados:

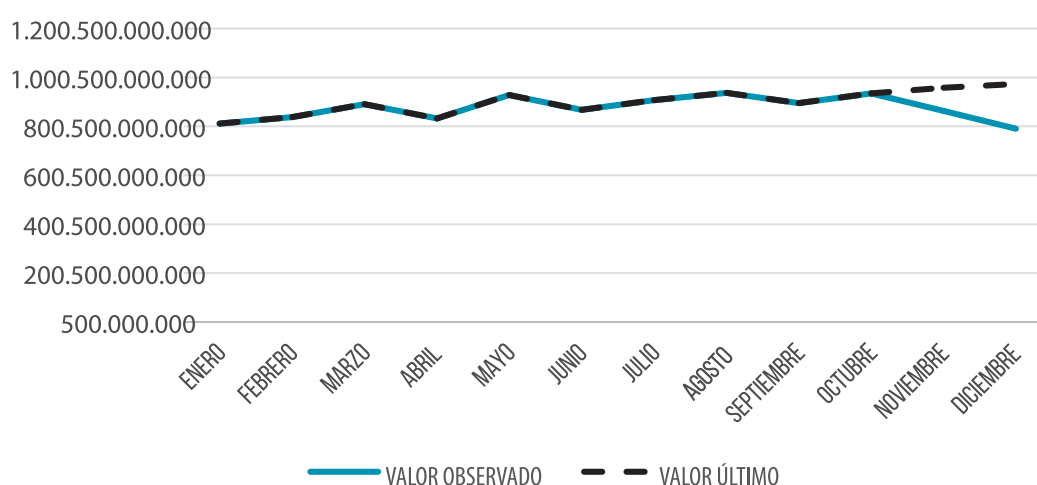
Tabla 23. Estimación <i>IBNR</i> en el Régimen Contributivo			
MES	VALOR OBSERVADO	VALOR ÚLTIMO	<i>IBNR</i>
ENERO	811.624.917.135	811.624.917.135	0
FEBRERO	838.719.252.750	838.719.252.750	0
MARZO	891.358.085.104	891.358.085.104	0
ABRIL	832.504.197.576	832.504.197.576	0
MAYO	928.207.469.430	928.207.469.430	0
JUNIO	867.940.184.435	867.940.184.435	0
JULIO	907.836.973.852	907.836.973.852	0
AGOSTO	937.220.577.574	937.220.577.574	0
SEPTIEMBRE	895.516.458.542	895.516.458.542	0
OCTUBRE	935.258.209.703	935.258.209.703	0
NOVIEMBRE	863.276.378.840	958.194.862.547	94.918.483.707
DICIEMBRE	790.594.617.340	974.006.406.821	183.411.789.481
TOTAL	10.500.057.322.281	10.778.387.595.469	278.330.273.187

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social. No se ha corregido por medicamentos.

De esta manera, el *IBNR* estimado es de 278.330 millones de pesos sobre los procedimientos empleados, equivalente al 2,65% de los costos incurridos. Así, el *IBNR* para efectos de estimaciones se calculó en 2,65%.

Al revisar el comportamiento de la serie de gasto mensual y la serie corregida por el *IBNR*, se observa su consistencia frente a la misma.

Gráfica 9. Estimación *IBNR* en el Régimen Contributivo



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

Para todos los cálculos siguientes se empleará 2,65% como factor de ajuste por IBNR para cada concepto estimado.

E.1.2. TRENDING INFLACIONARIO

Para lograr este ajuste, se emplean los datos de gastos mensuales de las EPS y el compor-

tamiento del índice de precios al consumidor con corte a octubre de 2013. Se llevan los conceptos de los meses de enero a diciembre de 2012 a octubre de 2013 y de allí usando la inflación esperada se llevan hasta el mes correspondiente en 2014.

Tabla 24. Trending en el Régimen Contributivo

Fecha	Valor Total	IPC	Meses de proy.	IPC 2013	Valor al periodo de aplicación	Trending
Jan-12	811.624.917.135	110	3	115.12	849.723.743.335	4,694%
Feb-12	838.719.252.750	111	4	115.52	875.804.458.756	4,422%
Mar-12	891.358.085.104	111	5	115.92	932.908.503.310	4,661%
Apr-12	832.504.197.576	111	6	116.33	873.077.307.087	4,874%
May-12	928.207.469.430	111	7	116.73	973.929.469.616	4,926%
Jun-12	867.940.184.435	111	8	117.14	913.037.008.186	5,196%
Jul-12	907.836.973.852	111	9	117.54	958.583.201.267	5,590%
Aug-12	937.220.577.574	111	10	117.95	992.601.848.115	5,909%
Sep-12	895.516.458.542	112	11	118.36	949.001.947.202	5,973%
Oct-12	935.258.209.703	112	12	118.77	992.960.681.723	6,170%
Nov-12	863.276.378.840	112	13	119.18	920.957.163.769	6,682%
Dec-12	790.594.617.340	112	14	119.60	845.592.658.148	6,957%

Totales

Experiencia	10.500.057.322.281
Proyección	11.078.177.990.513
Ajuste por Trend. Inf	5.51%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

E.1.3. TRENDING POR FRECUENCIAS Y FACTORES NO INFLACIONARIOS

Para hacer este análisis, se emplea el registro histórico mensual por grupo homogéneo de riesgo de los procedimientos con exposición completa en el periodo de análisis (enero de 2007 a diciembre de 2012). Para limpiar el efecto de la inflación, la serie de tiempo de

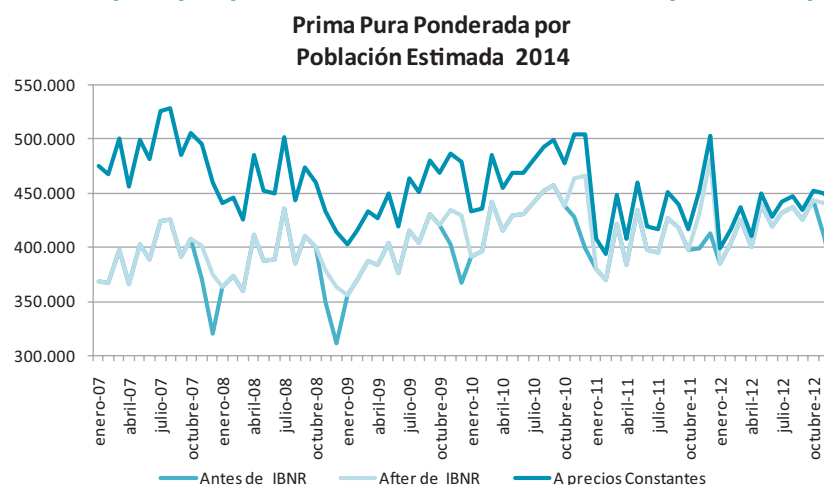
costo por expuesto es deflactada por el IPC y llevada a precios de octubre de 2013.

Cada grupo homogéneo de riesgo está conformado por los 42 grupos de la tarificación actual. De esta manera, se cuenta con 42 series de tiempos individuales para el pronóstico. Adicionalmente, y con base en los resultados del análisis de IBNR, la serie es corregida en

cada punto para evitar la generación de correlaciones espurias por falta de información, las cuales pueden sesgar los pronósticos. Con

base en estas 42 series se crea una única serie como la suma ponderada por población afiliada esperada en 2014.

Gráfica 10. Serie prima pura procedimientos sin modificación en todo el periodo de experiencia

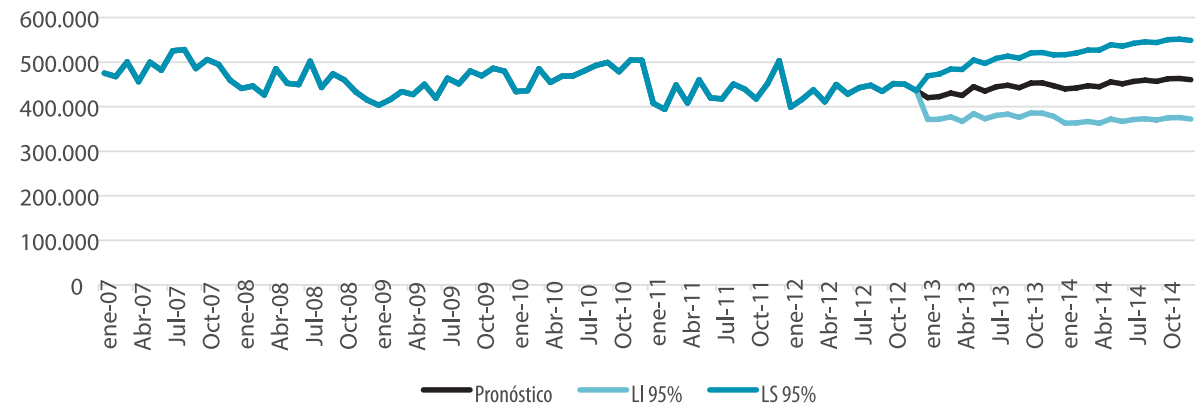


Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

La serie es bastante estable en el tiempo, lo que da a entender un proceso estacionario. Para probar la estacionalidad de esta serie se llevan a cabo los test de raíz unitaria de Dickey-Fuller, Phillips Peron y el test KPSS. En todos los casos se encuentra evidencia a favor de la estacionalidad de la serie.

Mediante el uso de un modelo SARIMA se estima el comportamiento esperado a 2014 de esta serie. Con base en este pronóstico, se compara la prima promedio en cada año para estimar el *trending* esperado por tendencias no inflacionarias.

Gráfica 11. Estimación a 2013 prima pura procedimientos sin modificación en todo el periodo de experiencia
Prima pura pondera por población 2014
(Precios reales octubre 2013 = 100)



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

*IPC fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

Tabla 25. Trending NO INFLACIONARIO en el Régimen Contributivo			
	2012	2013	2014
Enero	398.839	420.158	439.889
Febrero	416.575	422.516	441.977
Marzo	437.795	430.653	447.001
Abril	410.942	424.950	444.818
Mayo	449.865	444.493	455.589
Junio	428.599	434.883	451.277
Julio	442.626	444.686	456.923
Agosto	447.776	448.276	459.318
Septiembre	434.294	442.700	456.945
Octubre	451.906	453.164	462.802
Noviembre	450.258	453.351	463.325
Diciembre	436.248	447.200	460.545
Promedio	433.810	438.919	453.367
Factor de tendencia	4,51%		

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios año 2012. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. *IPC fuente: Departamento Nacional de Estadística (DANE) a octubre de 2013.

E.1.4. AJUSTE POR COMPENSACIONES CAUSADAS Y NO REALIZADAS

Para entender la necesidad de este ajuste, basta con revisar lo que ha sido el proceso de compensación durante un periodo de varios años. Esto permite ver que la compensación de un año es un proceso que se extiende por varios periodos mientras se perfecciona en su totalidad. En la tabla 26, evolución proceso de compensación en el Régimen Contributivo, se presenta en cada fila el año de compensación o, dicho de otra forma, el año en el cual las EPS obtuvieron el derecho a descontar o recibir recursos por sus afiliados de ese periodo y en cada columna se ve la fecha en la que el derecho fue reconocido y los recursos girados en la compensación.

Tabla 26. Evolución proceso de compensación en el Régimen Contributivo

Cifras en miles										
Año compensado	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	Total
	2005	12.481	1.138	0.162	0.003	0.001	0.005	0.004	0.001	0.000
	2006		14.473	0.817	0.008	0.003	0.006	0.008	0.001	0.001
	2007			15.173	0.803	0.300	0.053	0.002	0.000	0.000
	2008				15.919	0.800	0.093	0.006	0.001	0.001
	2009					16.480	0.457	0.198	0.062	0.020
	2010						16.988	0.702	0.085	0.030
	2011							17.894	0.431	0.068
	2012								18.212	0.449
	2013									12.138
Total		12.481	15.611	16.152	16.732	17.585	17.602	18.814	18.792	12.707
										146.478

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

* Las cifras de 2013, con corte a agosto de 2013

Al ver el 2005 como ejemplo, se observa que para ese año se compensaron 12,481 millones de personas por cuenta de sus afiliaciones y aportes al SGSSS. No obstante, para el 2006 se giraron compensaciones por 1,14 millones adicionales correspondientes a las compensaciones de 2005. De igual forma, en 2007, 2008 y así sucesivamente se han venido realizando compensaciones sucesivas sobre este mismo periodo de compensación. Así, a 2013 se ha compensado a 13,80 millones de afiliados del año 2005: el 90% en el transcurso de un año y el restante 10% en los siguientes 5 años.

Dado lo anterior, es necesario corregir el número de expuestos, pues estos estarán siempre subvalorados en la base de compensados a la fecha de corte del estudio, dado que se

guirán incrementándose significativamente durante dos o tres años más. Con corte a agosto de 2013, las EPS de la selección representan un total de 17,8 millones de afiliados; sin embargo, una vez estimado el monto máximo al cual se llegará a compensar, se calcula que este se situará alrededor de 18,11 millones, lo que representa un 1,46% de compensación faltante. De igual manera y como se muestra en la tabla 27, para el total del Régimen Contributivo, las compensaciones del año 2012 crecerán de 18,7 millones a agosto de 2013 a 18,9 millones en su valor último.

Es de notar que este faltante de compensación se encuentra más cargado hacia los meses más recientes (por ejemplo, diciembre), dado que el desarrollo de compensación de esto es más temprano.

Tabla 27. Ajuste por compensaciones causadas y no realizadas en el Régimen Contributivo				
	ACUMULADO	ULTIMO	AJUSTE	% AJUSTE
Jan-12	1.529.058	1.541.965	12.907	0,84%
Feb-12	1.501.913	1.515.785	13.873	0,92%
Mar-12	1.542.134	1.557.721	15.587	1,01%
Apr-12	1.554.199	1.571.390	17.191	1,11%
May-12	1.559.744	1.578.624	18.881	1,21%
Jun-12	1.563.413	1.584.125	20.712	1,32%
Jul-12	1.561.664	1.584.307	22.644	1,45%
Aug-12	1.561.763	1.586.548	24.786	1,59%
Sep-12	1.570.458	1.597.740	27.282	1,74%
Oct-12	1.575.063	1.605.016	29.952	1,90%
Nov-12	1.570.257	1.602.947	32.691	2,08%
Dec-12	1.570.991	1.606.799	35.808	2,28%
TOTAL	18.660.655	18.932.968	272.313	1,46%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

Los factores empleados para la estimación se presentan en el anexo 10, estimación faltantes de compensación y en el anexo 11, Estimación faltantes de compensación suavizamiento.

E.1.5. CUENTA DE ALTO COSTO

La cuenta de alto costo es un mecanismo de redistribución del riesgo entre las distintas EPS del sistema, tanto del Régimen Contributivo como del Régimen Subsidiado, el cual busca reducir los incentivos a la selección adversa, la concentración de riesgos en una EPS y las presiones a la no atención de pacientes con enfermedades de alto costo.

Dado que estos ingresos se destinan a cubrir conceptos cubiertos por el POS, los recursos asignados ya sea del Régimen Subsidiado con destino al Contributivo y viceversa, deben entrar a balancearse dentro de la UPC. En este orden de ideas, la transferencia neta de estos recursos será cargada como ingreso en la ecuación de indicación de tarifa su-

mando para el año 2014 el monto asignado como consecuencia de la aplicación de lo dispuesto en la Resolución 4917 de 2009. Por este concepto se suman ingresos por \$59.233.571.305 como ingresos con cargo a la indicación de UPC.

E.1.6. INGRESOS POR COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS

Para estimar los ingresos por cuenta de estos conceptos, se toma como fuente los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2012 y la información reportada por las EPS como valores asumidos por los usuarios. La primera fuente de este cálculo es la información reportada por las EPS; en los casos en que no se disponga o que esta sea inconsistente, se empleará la información de los estados financieros. Con base en esta información se estima la relación entre estos ingresos y los costos en base de datos para de esta manera proyectar los recaudos futuros por este concepto. Por este total se cargan ingresos para el año 2014 un \$3.73% de los costos.

Tabla 28. Cuotas moderadoras y copagos

COD EPS	Copagos	CP	Cuotas Moderadoras	CM
EPS001	2.609.736.000	1,23%	7.530.735.000	3,55%
EPS002	13.432.788.000	1,52%	14.886.180.000	1,69%
EPS003	5.472.923.000	1,41%	11.719.281.000	3,02%
EPS005	6.857.982.000	1,19%	29.253.768.000	5,08%
EPS008	13.032.536.000	2,31%	15.451.391.000	2,74%
EPS010	12.878.466.000	1,63%	31.552.570.000	3,99%
EPS012	4.201.452.000	2,15%	4.317.175.000	2,21%
EPS013	32.990.206.000	1,86%	59.837.347.000	3,38%
EPS016	16.974.110.000	1,13%	8.415.704.000	0,56%
EPS017	10.148.509.000	1,32%	15.401.150.000	2,01%
EPS018	3.380.842.000	0,75%	5.293.500.000	1,17%
EPS023	3.978.018.000	1,44%	8.799.610.000	3,19%
EPS037	16.020.224.000	0,74%	39.001.317.000	1,81%
TOTAL	141.977.792.000	1,35%	251.459.728.000	2,38%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

E.1.7. OTROS INGRESOS

Para estimar los ingresos por cuenta de estos conceptos, se toma como fuente los estados financieros con corte al 31 de diciembre de 2012 y la información reportada por las EPS como valores totales. Se toman las siguientes cuentas contables asociadas con los otros ingresos:

- Recobros ARL
- Cuotas de inscripción y afiliación
- Recobro a empleadores
- Sanción por inasistencia
- Ingresos por duplicados de carnés y certificaciones

Con base en esta información se estima la relación entre estos ingresos y los costos en base

de datos, para de esta manera proyectar los recaudos futuros por este concepto.

Por este total se cargan ingresos para el año 2014 un 0,21% de los costos.

Tabla 29. Otros ingresos

COD EPS	Recobros ARP	Recobro a empleadores	Cuotas de inscripción y afiliación	Ingresos por duplicado de carné y certificaciones	Sanción por inasistencia
EAS016	0	0	0	0	0
EPS001	0	0	0	10.044.000	0
EPS002	3.924.401.000	18.465.000	0	54.001.000	762.058.000
EPS003	598.032.000	0	0	16.277.000	167.795.000
EPS005	1.136.631.000	0	0	251.038.000	42.798.000
EPS008	284.097.000	0	0	0	0
EPS010	566.289.000	0	0	0	0
EPS012	528.456.000	0	0	0	0
EPS013	6.523.950.000	0	0	20.005.000	740.185.000
EPS016	2.076.851.000	12.862.000	0	663.000	48.223.000
EPS017	2.335.273.000	0	0	31.403.000	0
EPS018	794.019.000	140.555.000	0	6.913.000	0
EPS023	222.318.000	0	0	9.969.000	132.551.000
EPS037	1.010.674.000	0	0	0	0
TOTAL	20.000.991.000	171.882.000	0	400.313.000	1.893.610.000

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios año 2012. Dirección de Regulación de Beneficios, y Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.

E.1.8. HOMÓLOGOS

Para cubrir los costos de la prestación del servicio en lo que se refiere a mejores tecnologías, se hizo una estimación con base en la información de los recobros al Fosyga. Por este concepto se carga un total de \$16.335.804.463.

E.1.9. IMPACTO DEL PONDERADOR POR CONCENTRACIÓN ETARIO

Dado que el ponderador definido en el Acuerdo 026 de 2011 afecta la indicación de incremento, se estimó el impacto de su aplicación. El monto asociado con esta asignación se estima (antes de incremento UPC) en \$134.570.142.582.

E.1.10. INDICACIÓN DE INCREMENTO

Al tomar en cuenta todos elementos, los requerimientos de prima para cubrir las distintas obligaciones, así como todos los ingresos, se estima que para el año 2014, con base en la UPC de 2013, se contaría con un total de \$13.482.505.636.174 de ingresos exclusivos de esta fuente equivalente a una UPC promedio por afiliado de \$694.193.

Al considerar el factor de ajuste por concentración de riesgo etario, los ingresos por UPC alcanzarían \$13.617.075.778.756 es decir, se incrementarían en 1,0% para aquellas EPS que cumplan las condiciones establecidas para este factor de ajuste.

E.2. RÉGIMEN SUBSIDIADO

Se recibió información de 28 EPS. El proceso de calidad 7 se realizó sobre todas las ase-

guradoras. A continuación se muestra la tabla de cobertura de valor y la cobertura de registros.

Tabla 30. Coberturas brutas de información en registros y valores en el Régimen Subsidiado. Año 2012

EPS	Calidad 1, 2 y 3		Calidad 4		Final	
	COB REG	COB VAL	COB REG	COB VALOR	Registros	Valor
CCF002	95,83%	49,69%	95,46%	49,38%	95,09%	57,10%
CCF015	100,61%	81,75%	100,22%	81,47%	93,75%	69,86%
CCF018	100,00%	80,41%	96,77%	78,30%	90,73%	83,35%
CCF023	100,00%	112,81%	87,58%	101,12%	81,25%	94,54%
CCF024	99,99%	70,37%	97,74%	68,86%	96,55%	96,87%
CCF027	96,99%	80,26%	95,44%	79,07%	87,51%	68,85%
CCF045	100,00%	26,89%	96,91%	26,20%	91,22%	26,12%
CCF053	95,09%	113,57%	94,87%	113,43%	94,05%	114,48%
CCF055	97,16%	14,47%	94,19%	14,13%	93,91%	15,14%
CCF101	100,00%	65,82%	97,83%	64,99%	95,09%	99,06%
EPSS09	100,01%	69,18%	96,64%	67,00%	81,56%	49,70%
EPS020	78,58%	59,47%	72,24%	56,03%	68,07%	51,84%
EPS025	72,54%	8,77%	71,55%	8,66%	70,31%	7,93%
EPSS33	100,00%	53,12%	96,86%	51,11%	96,74%	51,03%
EPSI01	100,00%	65,20%	75,88%	49,23%	63,90%	38,08%
EPSI02	100,00%	86,68%	97,90%	85,30%	93,77%	73,68%
EPSI03	100,00%	89,90%	98,11%	88,33%	91,62%	75,51%
EPSI04	88,89%	82,29%	83,05%	76,71%	79,84%	74,81%
EPSI05	100,00%	73,30%	97,79%	71,81%	97,22%	69,54%
EPSI06	100,00%	110,69%	95,71%	104,39%	93,96%	96,22%
ESS024	100,00%	100,03%	97,46%	96,93%	97,84%	81,72%
ESS062	100,00%	94,32%	96,25%	89,92%	96,06%	85,97%
ESS076	100,07%	98,23%	94,01%	91,72%	78,32%	61,49%
ESS091	100,00%	91,15%	98,29%	89,70%	98,54%	94,52%
ESS118	100,00%	79,48%	98,71%	78,53%	99,02%	81,64%
ESS133	98,11%	79,99%	94,10%	77,66%	90,65%	76,14%
ESS207	100,00%	88,15%	96,81%	85,80%	93,38%	90,78%
CCF009	100,00%	74,18%	97,71%	73,09%	93,29%	97,76%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

Al revisar la cobertura en registros y la cobertura de valor, se encuentra que las EPS de la tabla 31 cumplen con el criterio de selección para realizar un análisis de la suficiencia de UPC. Se debe señalar que dada su representatividad geográfica y por representar solo el 9,96% de la población afiliada al régimen subsidiado, no se continúa con el análisis.

Tabla 31. EPS seleccionadas con cobertura en valor y registros

EPS	FINAL	
	REGISTROS	VALOR
CCF023	81,25%	94,54%
CCF024	96,55%	96,87%
CCF101	95,09%	99,06%
EPSI06	93,96%	96,22%
ESS091	98,54%	94,52%
ESS207	93,38%	90,78%
CCF009	93,29%	97,76%

Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la base de prestación de servicios año 2012. Dirección Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Protección Social.

V. CONCLUSIONES

A. MORBILIDAD

La morbilidad atendida que se registra en la base de prestación de servicios año 2012 representa los problemas de salud por los cuales demanda con mayor frecuencia la población y permite analizar otros aspectos de uso de los servicios en los diferentes ámbitos de atención, que contribuyen a caracterizar la situación de salud de los afiliados al Sistema. Esta información a su vez, guarda una estrecha relación con las veinte primeras causas por AVISAS de carga de la enfermedad y las principales causas de mortalidad para el país. En consecuencia, el análisis y uso de esta información para el cálculo de la UPC le introduce una variable intrínseca que representa el comportamiento epidemiológico de los principales problemas de salud en cada subgrupo poblacional.

El 46,65% de la información de la base de prestación de servicios se concentra en diagnósticos relacionados con factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud y síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, los cuales representan una morbilidad expresada por la población demandante que debe ser reconocida y analizada, toda vez que, por una parte, contiene motivos, circunstancias o diagnósticos sintomáticos no clasificables científicamente en categorías específicas para alguna patología o que se relacionan con actividades de promoción de la salud o prevención de la enfermedad cubiertas por el plan de Beneficios,

y que llevan a demandar y atender un servicio de salud. Por otra parte, porque permite ir reconociendo nuevos motivos de contacto con los servicios de salud que puedan ser manifestaciones de patologías o síndromes emergentes. No obstante lo anterior, se evidencia que prevalece una proporción de aproximadamente el 20% de diagnósticos imprecisos, particularmente en los ámbitos hospitalario y domiciliario.

De igual manera, los análisis presentados evidencian los perfiles o patrones de riesgo para cada uno de los subgrupos de población incluidos en el estudio de suficiencia, así como la tendencia de algunos problemas de salud relevantes para el SGSSS. Así, se observa la predominancia en los menores de 1 año de las afecciones perinatales y enfermedades infecciosas el VIH/sida en los grupos de riesgo entre 19 y 44 años el ascenso progresivo y marcado de las enfermedades crónicas del sistema circulatorio y respiratorio y sus complicaciones a partir de los 45 años, principalmente por hipertensión arterial y enfermedad pulmonar obstructiva crónica el predominio de las enfermedades respiratorias en las edades extremas de la vida (menores de 4 años y mayores de 75 años) la alta prevalencia de los problemas de la cavidad bucal tipo caries dental, gingivitis aguda y crónica y trastornos de las encías y tejidos de sostén en los grupos de riesgo entre los 5 y 44 años de edad con predominio en el género masculino, así como una preponderancia de factores de contacto con los servicios de salud asociados a la etapa reproductiva en mujeres entre 15

y 44 años y un comportamiento homogéneo de los síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte, transversal a todos los grupos de riesgo.

En relación con el gasto y prestaciones realizados, se concluye que el ámbito ambulatorio es el que realiza la mayor proporción de atenciones y gasto en todos los grupos de riesgo, con excepción de las edades extremas (menor de un año y 75 y más años), el gasto por hospitalización supera el de las atenciones ambulatorias. De otra parte, llama la atención el incremento en la proporción de gasto y prestaciones en el ámbito denominado domiciliario entre los años 2011 y 2012, aunque más de la tercera parte de los diagnósticos asociados se relacionan con signos, síntomas y factores que influyen en el estado de salud, siendo el más frecuente entre estas causas de morbilidad desconocidas o no especificadas.

B. RÉGIMEN SUBSIDIADO

El análisis de la suficiencia de la UPC del régimen subsidiado no se realiza con las EPS seleccionadas debido a que estas representan el 9,6% de la población afiliada al Régimen Subsidiado, su representatividad geográfica está de prestación de servicios de salud no es concluyente frente a la morbilidad atendida y la unificación del plan de Beneficios, inició a partir de julio del 2012. Por tanto todavía no se tienen las observaciones necesarias que permitan realizar un análisis del plan obligatorio de salud (POS).

C. RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El radio de pérdida estimado para la UPC del Régimen Contributivo es de 93,8%, por lo que el nivel actual de la UPC para el 2014 sería insuficiente para financiar el POS; por tanto la indicación de incremento es la razón es 4,4%.

Este radio de pérdida incluye la financiación de

- Las actividades, las intervenciones, los procedimientos, los medicamentos y los insumos contenidos en el POS vigente para el año 2014.
- La corrección por *IBNR*.
- La corrección por *trending* inflacionario, frecuencias y factores no inflacionarios.
- El impacto del ponderador por concentración etaria, Acuerdo 026.
- El impacto de la cuenta de alto costo.

La estimación de los factores de ajuste de riesgo etarios permitió establecer que las relatividades actuales de la UPC reflejan las diferencias en los costos asociados con esta variable.

VI. RECOMENDACIONES

- Incorporar criterios de validación frente a la calidad de la información de prestación de servicios reportada por las aseguradoras que permitan mejorar el reporte de los diagnósticos registrados principalmente en los ámbitos hospitalario y domiciliario.
- Fortalecer el equipo técnico que contribuya al mejoramiento de la oportunidad, la calidad y la completitud de la información.
- Desarrollar un mecanismo para incentivar la mejora de la información de la prestación de servicios de salud de las IPS beneficiadas de la medida de giro directo.
- Desarrollar estudios para identificar el comportamiento y cambio en el tiempo de la morbilidad atendida y la mortalidad asociada de los afiliados al sistema, así como la medición del impacto sobre las necesidades en salud de la misma población.
- Realizar estudios de análisis de situación de salud nacional que permitan recolectar información para conocer la morbilidad no atendida y sentida.
- Analizar los actuales ponderadores

de riesgo de edad, sexo y zona geográfica para los Contributivo y régimen Subsidiado.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTUARIAL STANDARD BOARD. "Actuarial Standard of Practice No. 5: Incurred Health and Disability Claims". December 2000 Doc, No. 0.76

ARROW KENNETH J. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". The American Economic Review. Volume 53. Issue 3. December 1963 págS. 941-973.

ARROW KENNETH J. "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care: Reply The Implication of Transaction Cost and Adjustment Lags)". The American Economic Review. Volume 55. IssueS 1/2. March 1965 pág. 154-158.

BOWERS NEWTON L. et al. "Actuarial Mathematics". The Society of Actuaries. Second Edition. 1997.

DÍAZ MONROY LUIS G. "Estadística Multivariada: Inferencia y Métodos". Universidad Nacional de Colombia. Primera edición, 2002.

DUNCAN ANDERSON, SHOLOM FELDBLUM, CLAUDINE MODLIN, DORIS SCHIRMACHER, ERNESTO SCHIRNACHER AND NEEZA THANDI. "A practitioner's Guide to Generalized Linear Models". Casualty Actuarial Society. Third edition, 2007.

FRIEDLAND JACQUELINE, "Estimating Unpaid Claims Using Basic Techniques". Casualty Actuarial Society July 2010.

GREENE WILLIAM H. "Análisis Econométrico", Prentice Hall. Tercera edición, 1998.

HASSETT M AND STEWART D. "Probability for Risk Management" Actex Publications. 1999.

HERZOG THOMAS. "Credibility Theory". Actex Publication. Third edition, 1994.

JAMES D. HAMILTON. "Time Series Analysis" Princeton University Press. 1994.

KELLISON STEPHEN. "The Theory of Interest". IRWIN. Second edition. 1991.

KLUGMAN S. PANJER H, AND WILLMOT G. "Lost Models. From Data to Decision". John Wiley y Sons Inc. 1998.

MAS-COLELL A. WHINSTON M. AND GREEN J. "Microeconomics Theory". Oxford University Press. 1995.

MATIAS L. AND SEVESTRE P. "The Econometrics of Panel Data. A handbook of the theory with application". Kluwer Academics Publishers. Second revised edition. 1996.

NOVALES ALFONSO. "Econometría" McGraw Hill. Segunda edición. 1996.

ROB KAAS, MARC GOOVAERTS JAN DHAENE. MICHAEL DENUIT. "Modern Actuarial Theory", Kluwer Academic Publishers. 2001.

ROTHSCHILD M. AND STIGLITZ J. "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An essay on the Economics of Imperfect Information" Quarterly Journal of Economics. Volume 90. Issue 4. November 1976.

THERESA W. BOURDON, KEITH PASSWATER AND MARK PRIVEN. "An Introduction to Capitation and Health Care Provider Excess Insurance". CAS. 1997.

WERNER AND MODLIN. Basic Ratemaking Fourth edition Casualty Actuarial Society. October 2010.

ZWEIFEL P. AND BREYER F. "Health Economics". Oxford University Press. 1997.

VIII. ANEXOS

A) ANEXO 1. VARIABLES DE POBLACIÓN DEL ESTUDIO DE SUFICIENCIA POS - UPC 2013

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

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Fecha de afiliación al SGSSS	Fecha de afiliación al SGSSS	Cálculo de la antigüedad en el SGSSS	Análisis de afiliación	Características de aseguramiento

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Colombia 2013

B) ANEXO 2. VARIABLES PLANES DE BENEFICIO DEL ESTUDIO DE SUFICIENCIA POS - UPC 2013

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Prestador de servicios de salud	Código del Prestador de Servicios de Salud	Análisis por prestador de servicios de salud	Análisis por prestador de servicios de salud de: indicadores de morbilidad, frecuencias de uso y costos de los servicios	Utilización y costo
Tipo de identificación	Tipo de identificación del afiliado	Llave principal, Identificar persona		
Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	Verificar derechos identificación registros duplicados Clasificar diagnósticos para prevalencia	Cobertura, intensidad	
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado			
Sexo usuario	Identificador de sexo del afiliado	Cálculo de edad y grupos etario y análisis por grupo etario y sexo	Análisis por grupo etario y sexo de: morbilidad, indicadores de frecuencias de uso y costo, modelos de ajuste, equidad	Características población, uso y costos
Código departamento	Código del departamento en donde reside el afiliado			
Código municipio usuario	Código del municipio en donde reside el afiliado	Análisis por zona geográfica; variable de ajuste	Análisis por zona geográfica de: morbilidad, indicadores de frecuencias de uso y costo, modelos de ajuste, equidad	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste
Zona geográfica	Zona normal o especial donde reside el afiliado			

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Código del diagnóstico	Código del diagnóstico principal	Perfil epidemiológico	Morbilidad	Perfil epidemiológico, costo, factores de ajuste
		Coberturas, Tendencias, Variable de ajuste	Incidencia Prevalencia Indicadores de SP Modelos de ajuste	
Fecha de prestación del servicio	Fecha en que fue prestado el servicio	Validación de correspondencia al periodo; identificación registros duplicados; cálculos incidencia; periodicidad de las atenciones o diagnósticos	Morbilidad	Perfil epidemiológico, utilización
			Incidencia	
			Prevalencia	
Código de actividad, intervención o procedimiento, y medicamentos	Código de actividad, intervención o procedimiento, medicamentos de acuerdo con las tablas del Acuerdo 29 de la CRES	Utilización de servicios Tendencias	Frecuencias de uso	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste
			Coberturas	
			Intensidad de uso	
Ámbito de prestación de la actividad, intervención, procedimiento o medicamento	Identificador para determinar el ámbito de prestación según la ubicación funcional	Utilización de servicios Tendencias	Tendencias	Utilización, costo, ingresos, factores de ajuste
			Frecuencias de uso	
			Coberturas	
Forma de reconocimiento y pago de la actividad, intervención o procedimiento, medicamento	Clasificar la actividad o el procedimiento según tipo de forma reconocimiento y pago	Utilización de servicios Tendencias	Intensidad de uso	Utilización, costo
			Tendencias	
			Costo total por forma de reconocimiento y pago	
Número de días estancia normal	Suma de los días de estancia facturados en cualquier servicio	Relación entre procedimientos y estancia	Costo promedio	Utilización
	En caso de medicamentos la cantidad de unidades	Cantidad unitaria de medicamentos	Valor unitario del medicamento	
		Estructura de costos	Valor per cápita	

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Valor actividad, intervención y procedimiento, medicamento	Valor reconocido por la aseguradora al prestador por concepto de la atención prestada	Estructura de costos	Costo promedio Valor per cápita Distribución de los costos	Costo
Valor asumido por el usuario (cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	Estructura de costos	Costo promedio Valor per cápita	Costo
Valor a recobrar	Valor de la factura que corresponde a evento POS irrecobrable por concepto de tutelas y CTC y no reconocido por el Fosyga	Estructura de costos	Costo promedio, valor per cápita	Costo

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Colombia 2013.

c) ANEXO 3. VARIABLES DE LA UPC DEL ESTUDIO DE SUFICIENCIA POS - UPC 2013

VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Tipo de identificación	Tipo de identificación del afiliado	Llave principal, Identificar persona		
Identificación	Número de identificación del afiliado según el tipo de identificación	Verificar derechos, identificación, registros, duplicados	Cobertura, intensidad	
Fecha de nacimiento	Fecha de nacimiento del afiliado	Cálculo y análisis de edad y grupos etario	Análisis por grupo etario y sexo de: ingresos per cápita y gasto per cápita	Características ingreso y egreso
Sexo	Sexo del grupo de afiliados			
Código de departamento	Código del departamento donde reside el afiliado			
Código municipio	Código del municipio donde reside el afiliado	Análisis por zona geográfica	Análisis por zona geográfica de: ingresos per cápita y gasto per cápita	Características regionales, factor de ajuste
Zona geográfica	Zona normal o especial donde reside el afiliado			

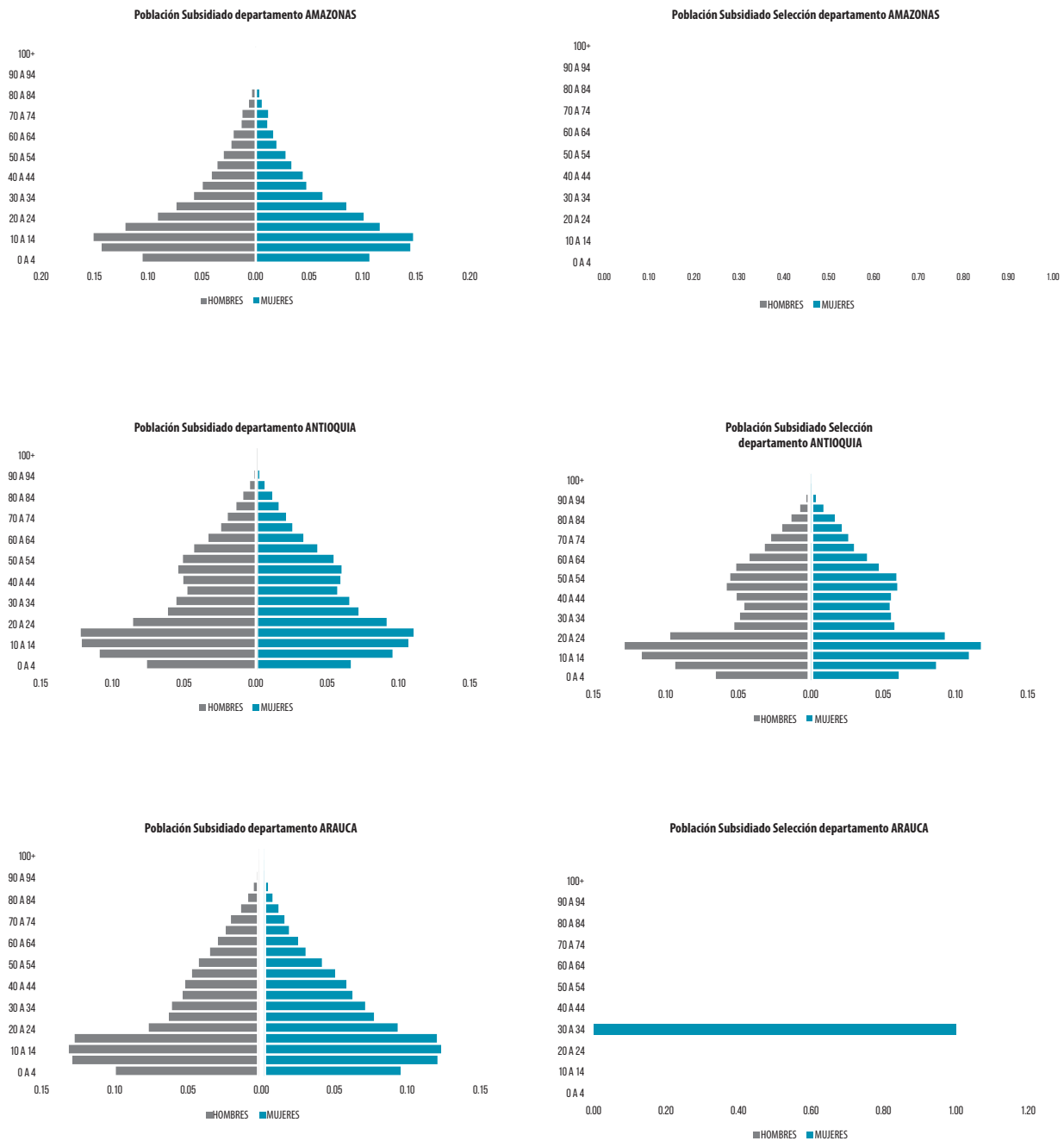
VARIABLE	DESCRIPCIÓN	USO DE LA VARIABLE	INDICADOR O ANÁLISIS AL QUE SE RELACIONA	TIPO DE INFORMACIÓN QUE GENERA
Días compensados (RC)	Suma de días compensados por todos los afiliados en cada grupo etario y sexo en el periodo	Cálculo de equivalencia en afiliados	Cobertura % de rotación	Factor de ajuste
Días liquidados (RS)	Suma de días compensados por todos los afiliados en cada grupo etario y sexo en el periodo	Cálculo de equivalencia en afiliados	Cobertura % de rotación	Factor de ajuste
Afiliados compensados equivalentes (RC)	Usuarios compensados equivalentes por grupo etario y sexo para el periodo	Denominador de la población con derecho a la atención	Ingreso per cápita y gasto per cápita	Características población
Afiliados liquidados equivalentes (RS)	Usuarios liquidados equivalentes por grupo etario y sexo para el periodo	Denominador de la población con derecho a la atención	Ingreso per cápita y gasto per cápita	Características población
Ingresos servicios de salud UPC	Ingresos recibidos por UPC por Régimen	Denominador de la suficiencia	Ingreso de UPC total y per cápita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC
Ingresos servicios de salud PyP	Ingresos recibidos por PyP por Régimen	Denominador de la suficiencia	Ingreso de PyP total y per cápita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC
Valor asumido por el usuario (cuota y copago)	Valor asumido por el usuario por concepto de la atención	Denominador de la suficiencia	Ingreso de copagos y cuotas total y per cápita, distribución porcentual	Suficiencia de la UPC
Costos servicios de salud	Costos por servicios de salud por Régimen pagados, reservados o causados	Numerador de la suficiencia	Suficiencia de la UPC	Suficiencia de la UPC

Fuente: Elaboraciones propias de los autores. Ministerio de Salud y de la Protección Social. Colombia 2012.

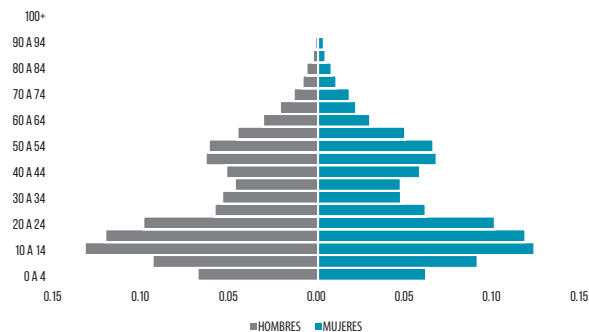
d) ANEXO 4 SOLICITUD DE INFORMACIÓN A ASEGURADORAS PARA EL “ESTUDIO DE LA SUFICIENCIA Y DE LOS MECANISMOS DE AJUSTE DE RIESGO DE LA UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN PARA GARANTIZAR EL PLAN OBLIGATORIO DE SALUD EN EL AÑO 2014”

El archivo magnético se encuentra en <http://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/Estudios-de-Suficiencia-UPC-POS.aspx>.

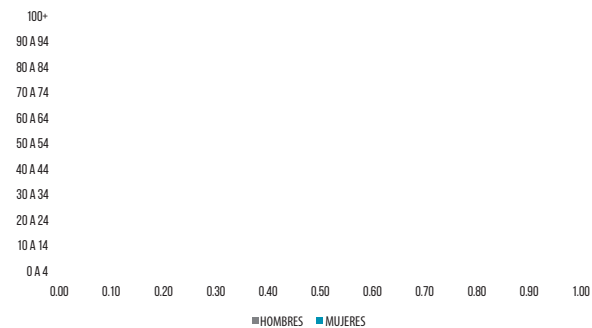
e) ANEXO 5 DINÁMICA POBLACIONAL POR DEPARTAMENTOS AÑO 2012 EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO



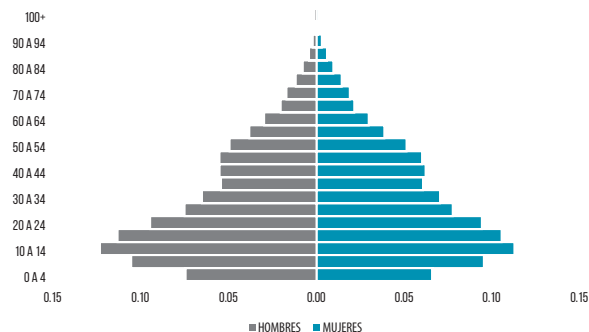
Población Subsidiado departamento SAN ANDRÉS



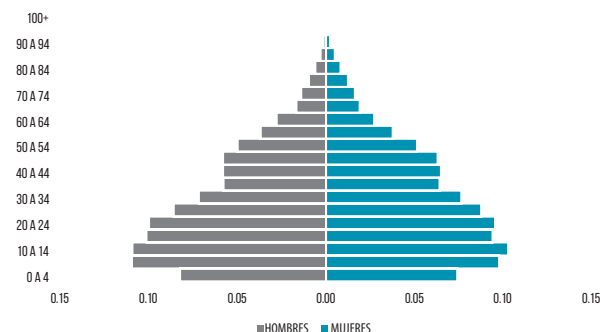
Población Subsidiado Selección departamento SAN ANDRÉS



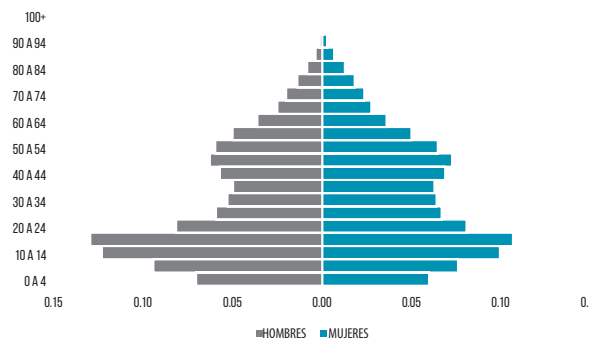
Población Subsidiado departamento ATLANTICO



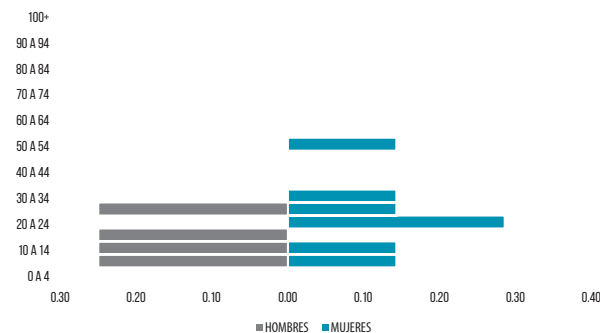
Población Subsidiado Selección departamento ATLANTICO



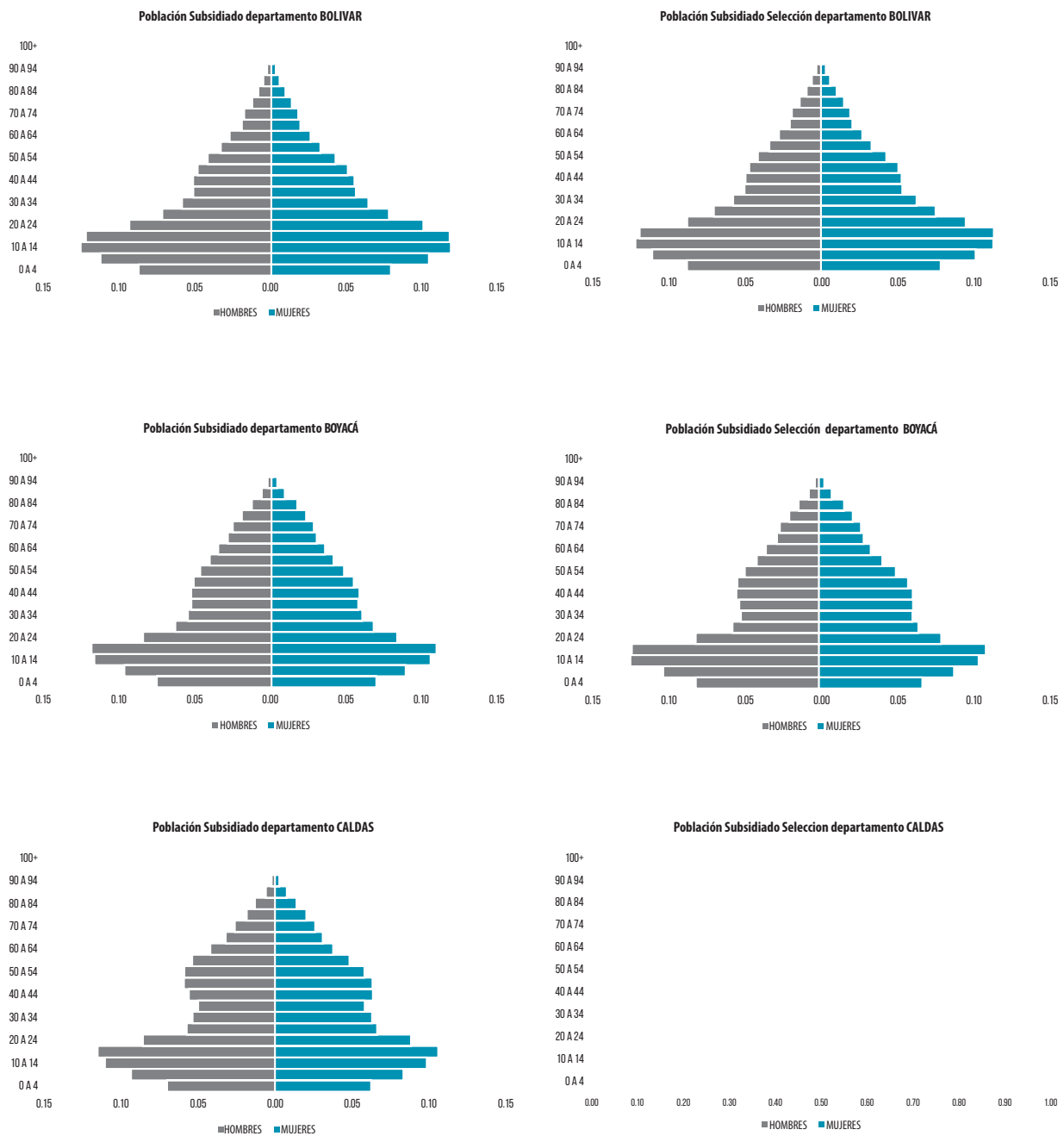
Población Subsidiado departamento BOGOTÁ

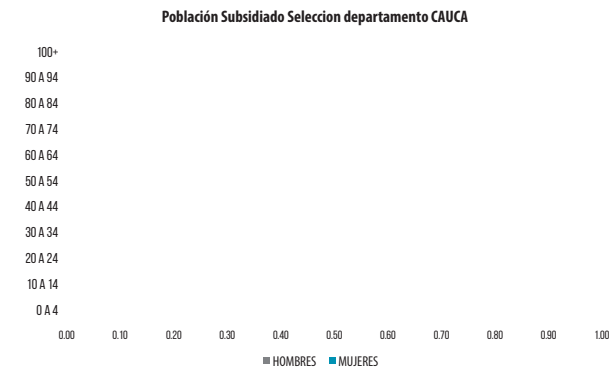
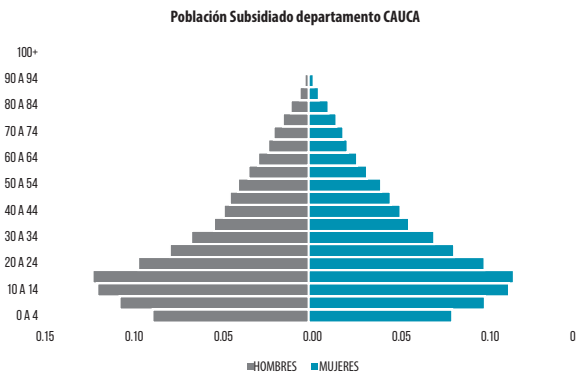
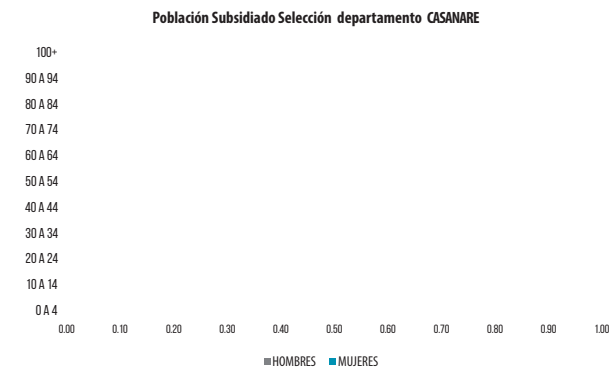
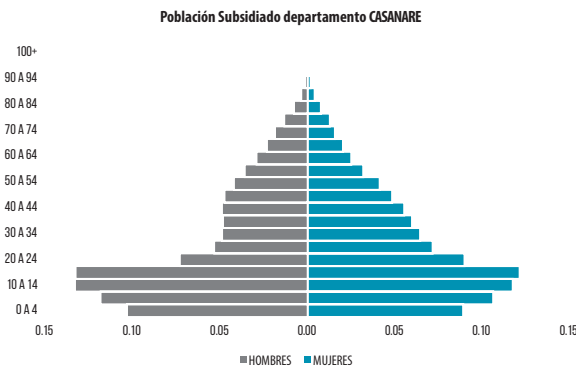
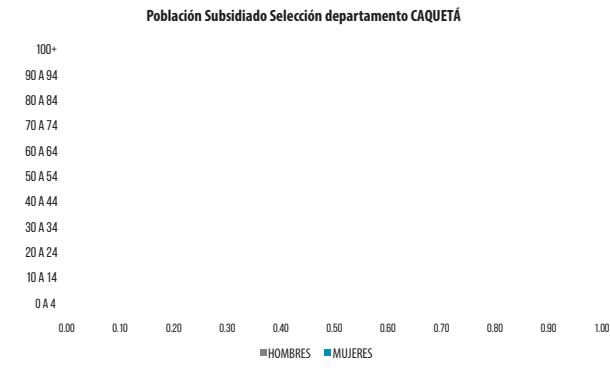
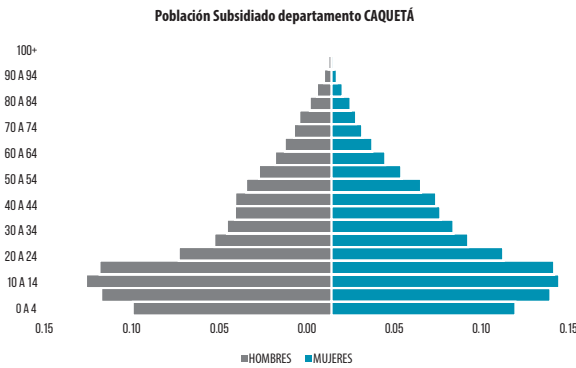


Población Subsidiado Selección departamento BOGOTÁ

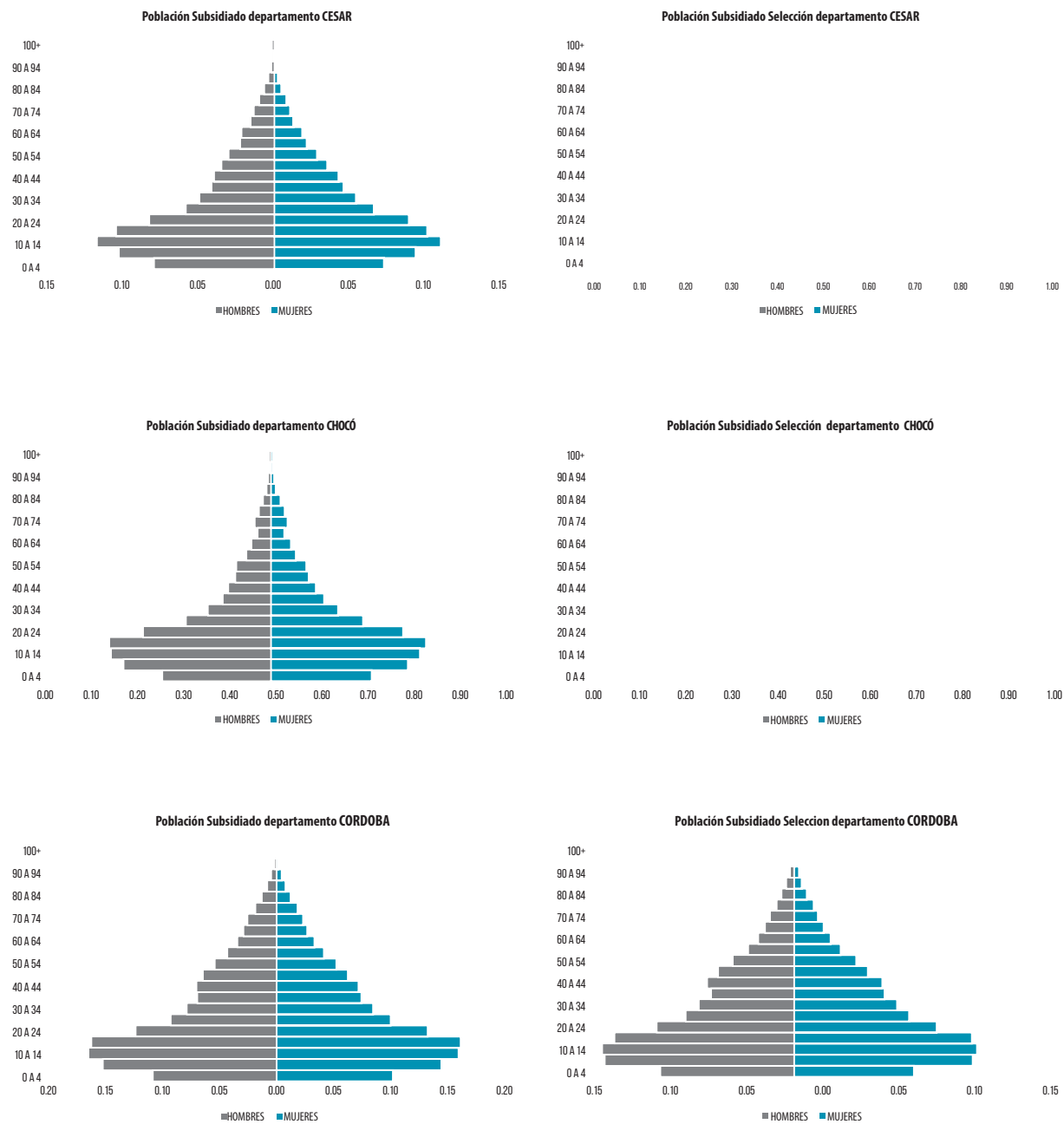


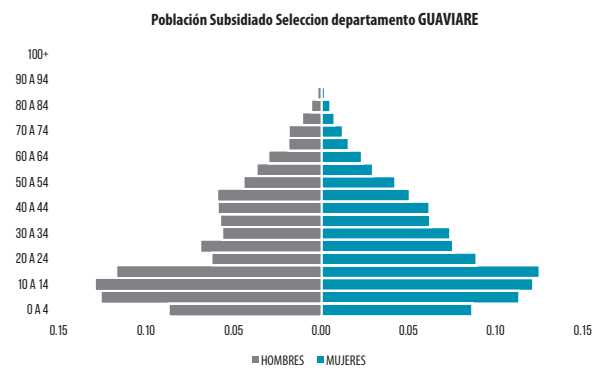
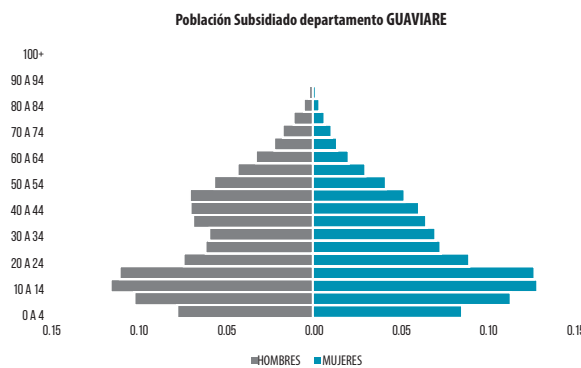
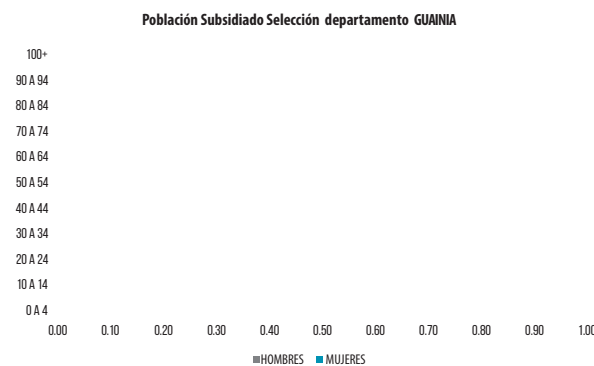
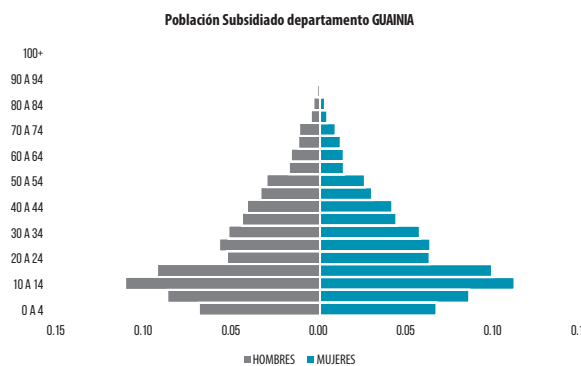
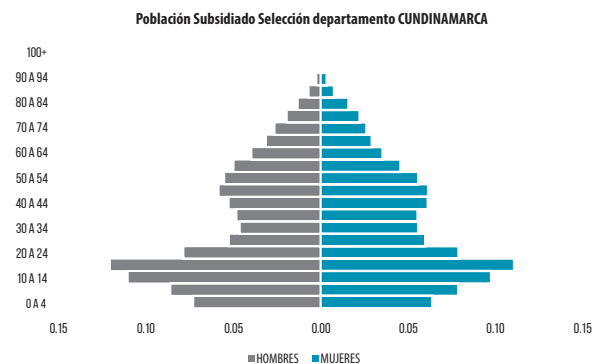
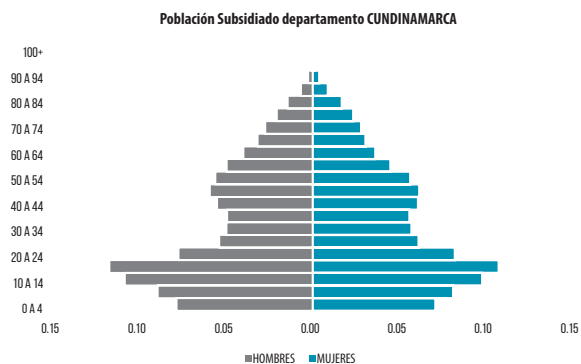
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



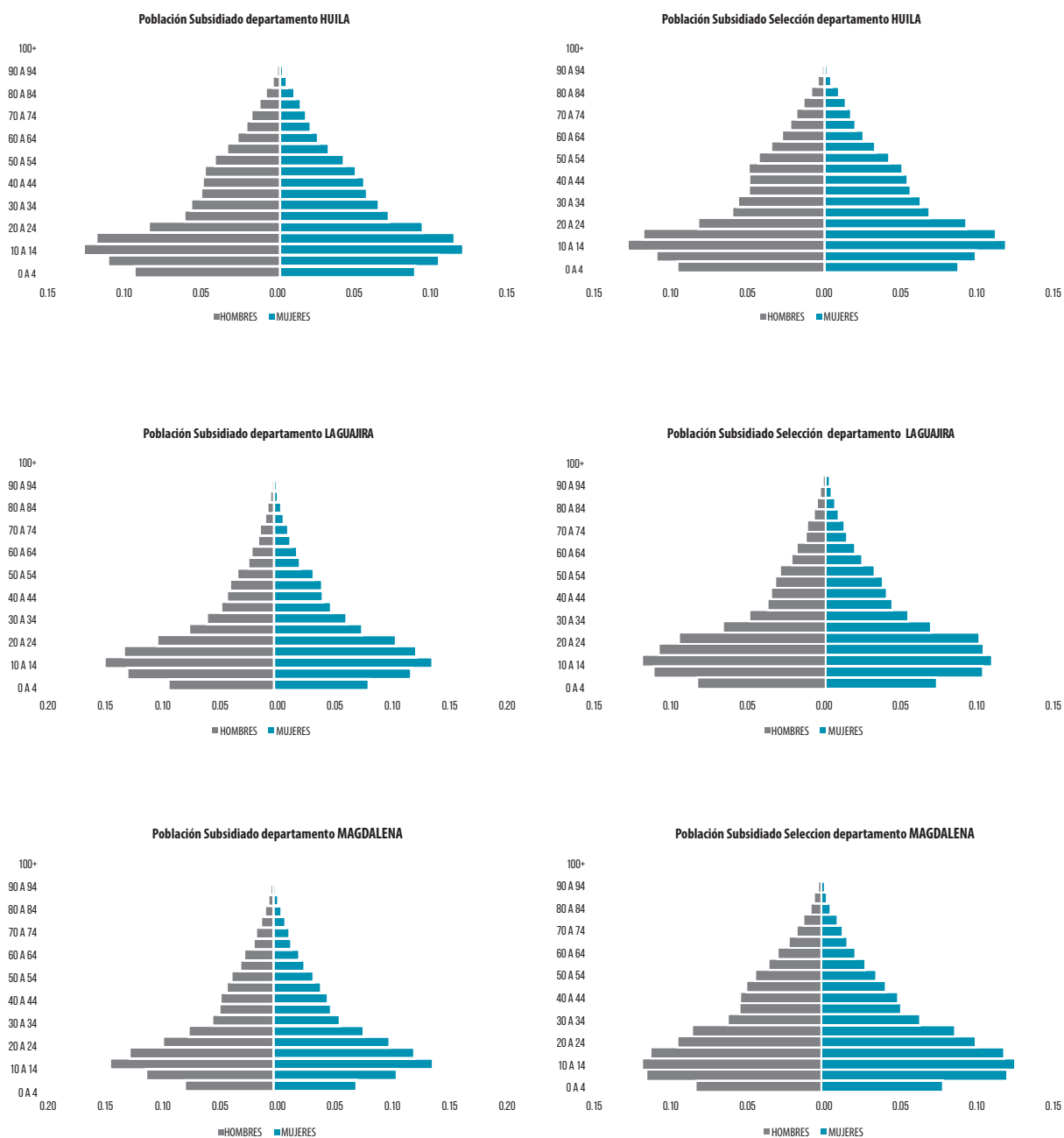


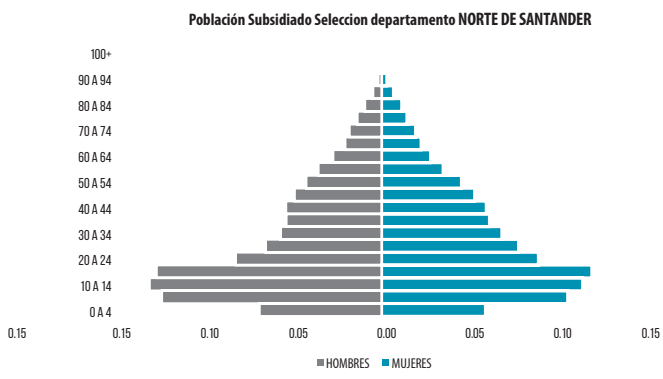
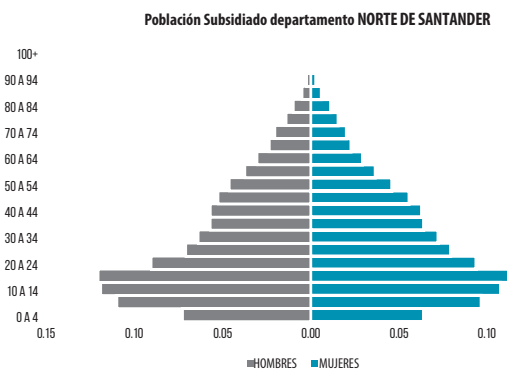
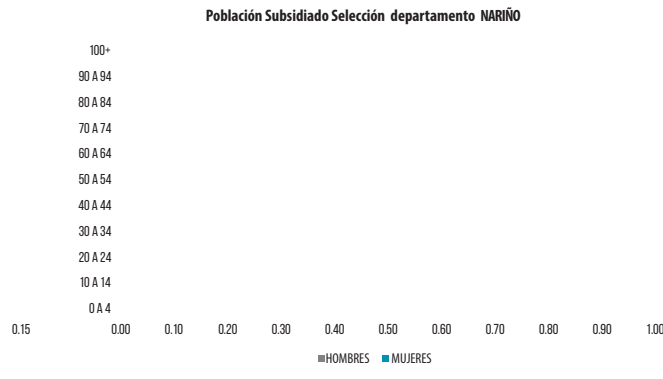
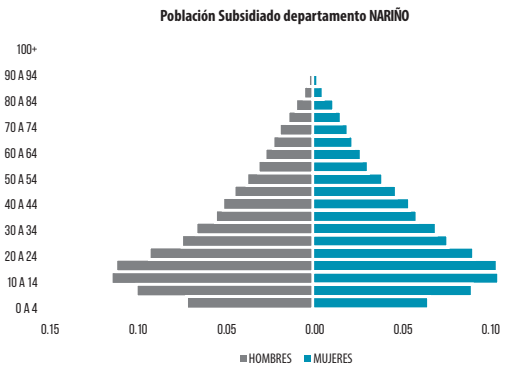
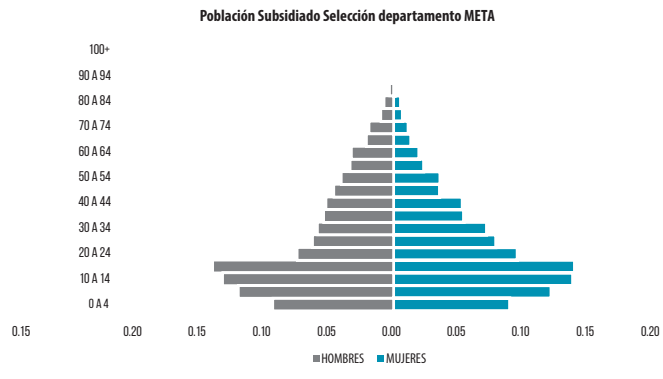
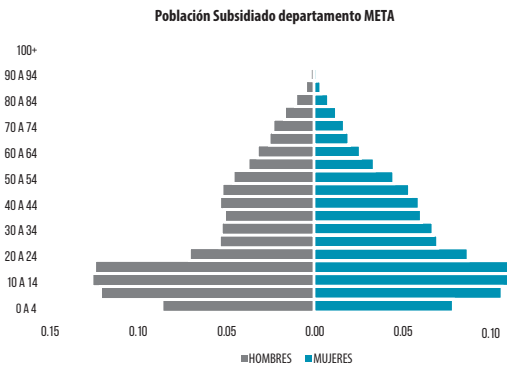
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



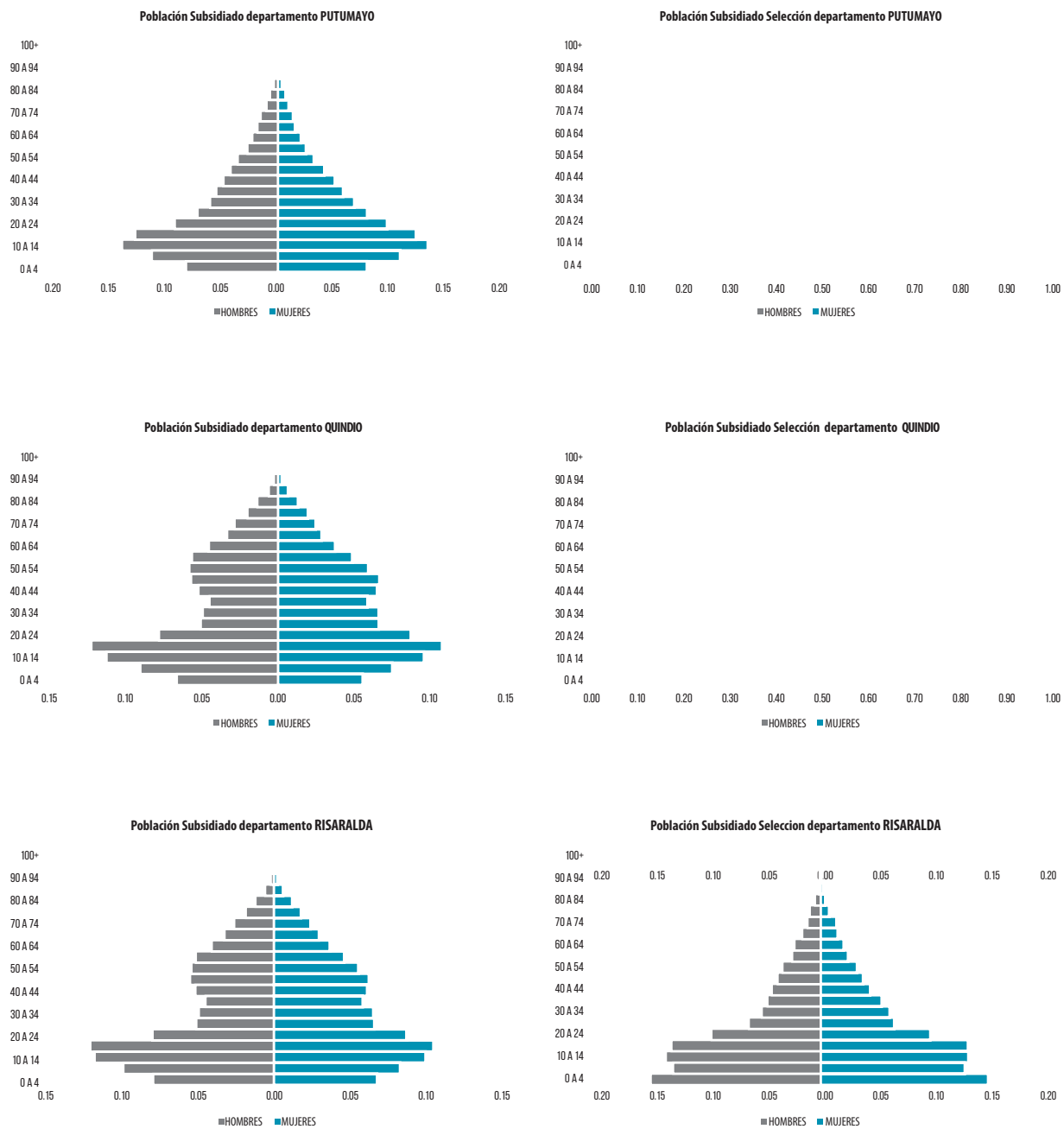


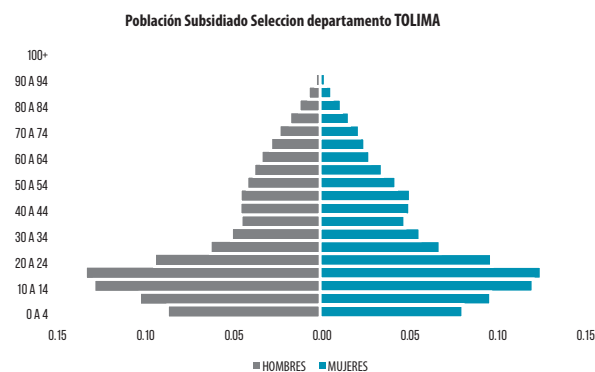
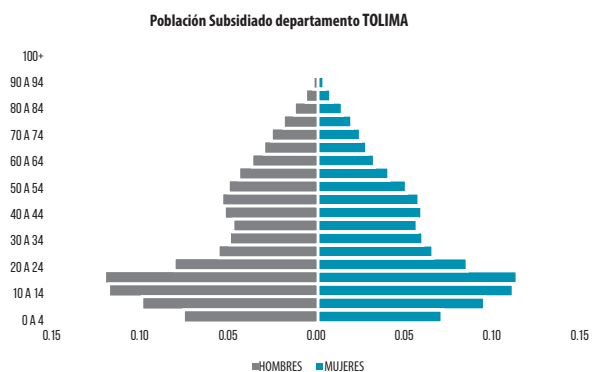
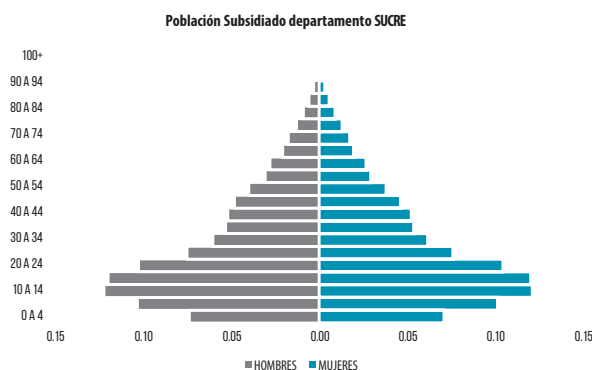
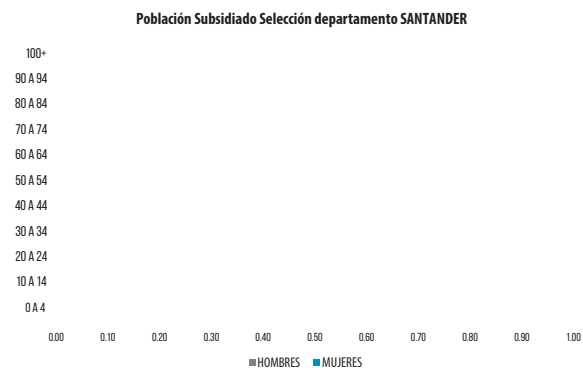
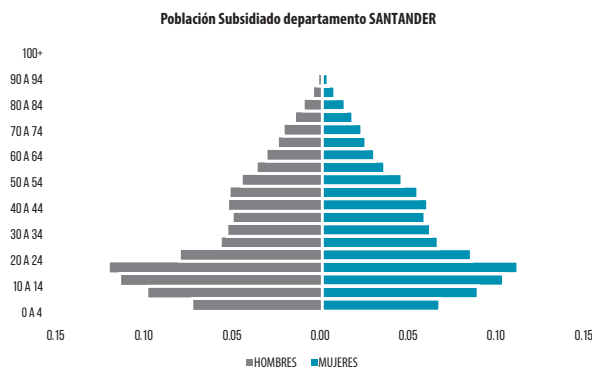
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



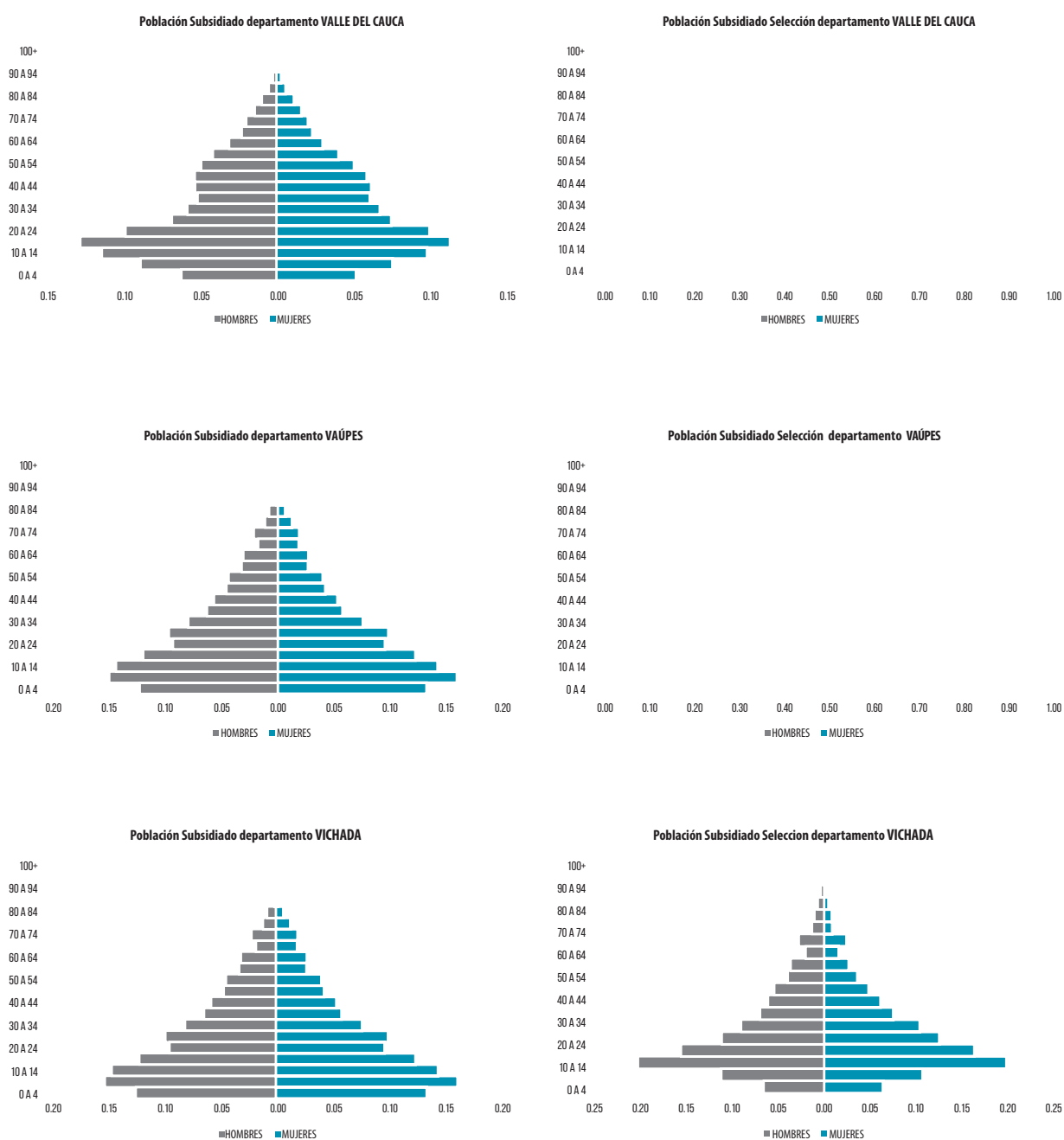


Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



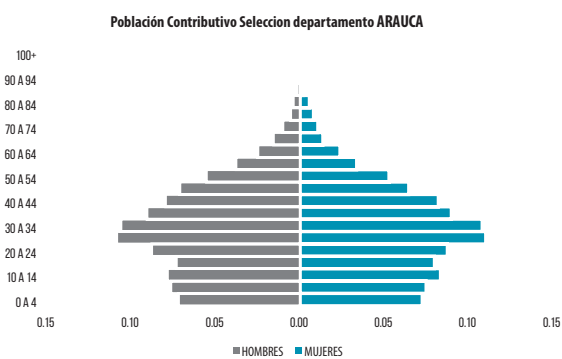
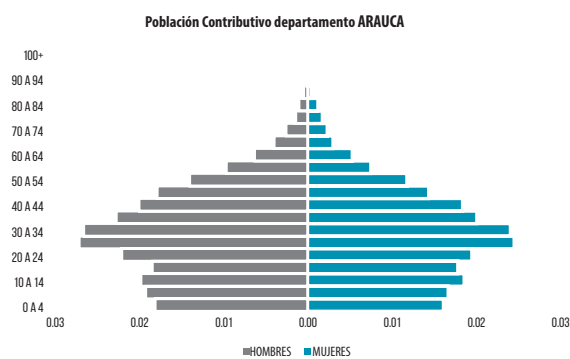
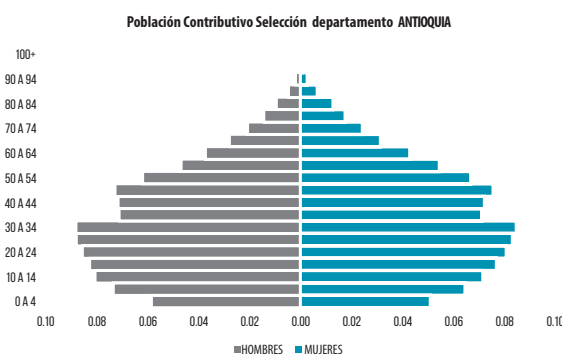
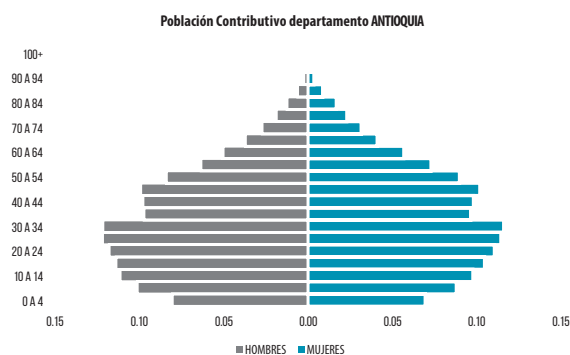
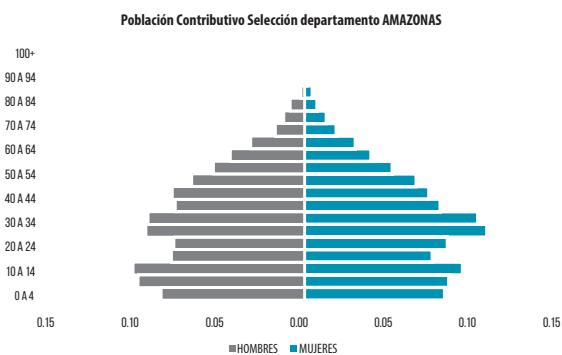
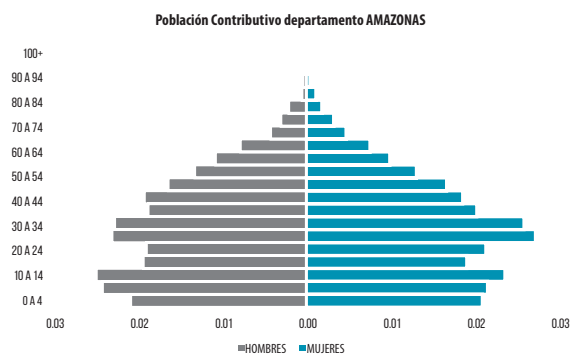


Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014

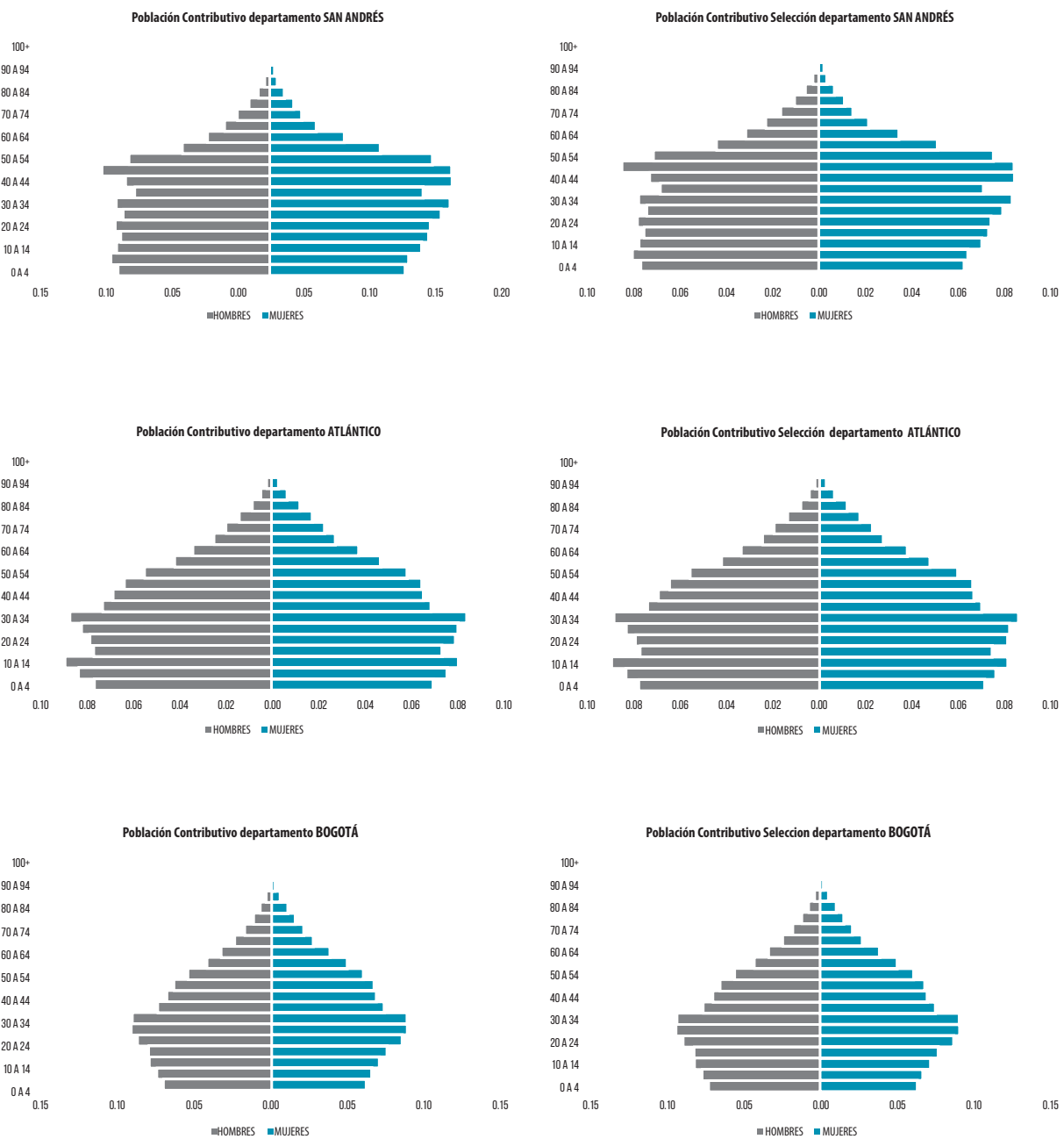


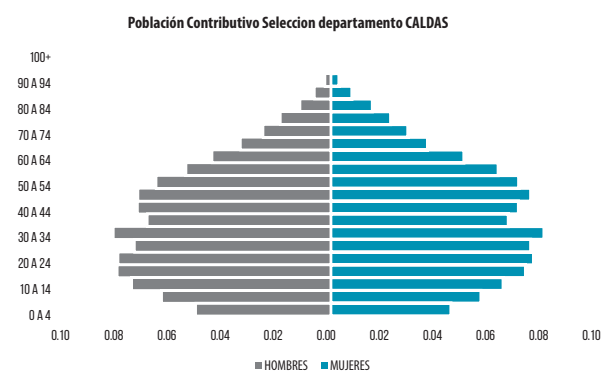
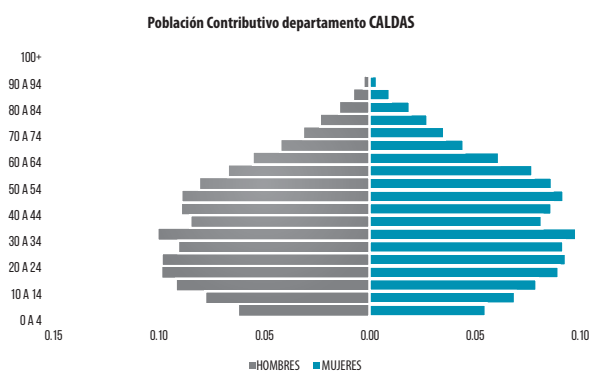
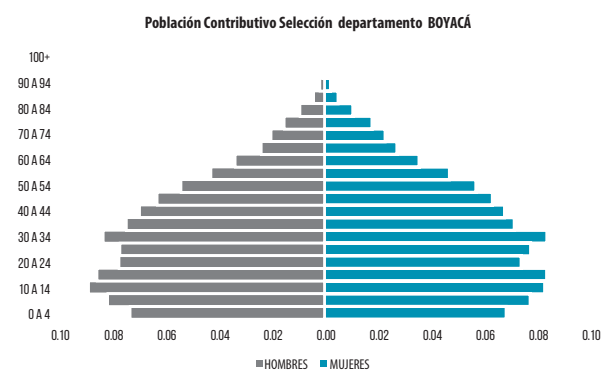
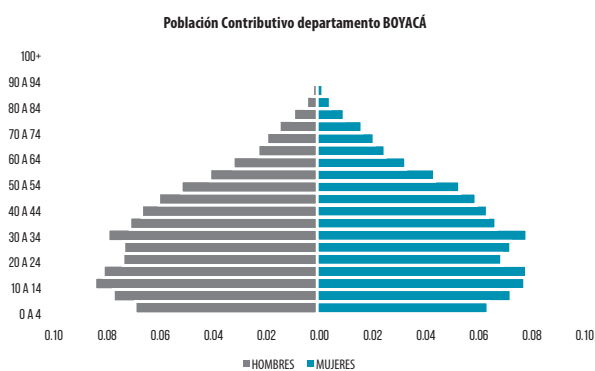
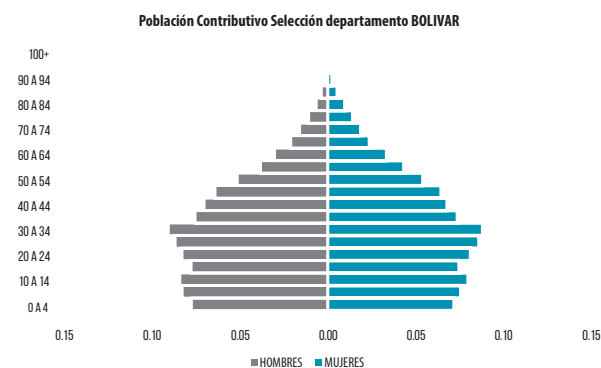
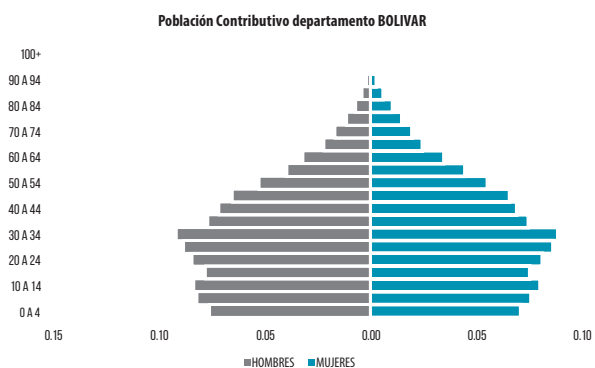
Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012

f) ANEXO 6 DINÁMICA POBLACIONAL POR DEPARTAMENTOS AÑO 2012 PARA EL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

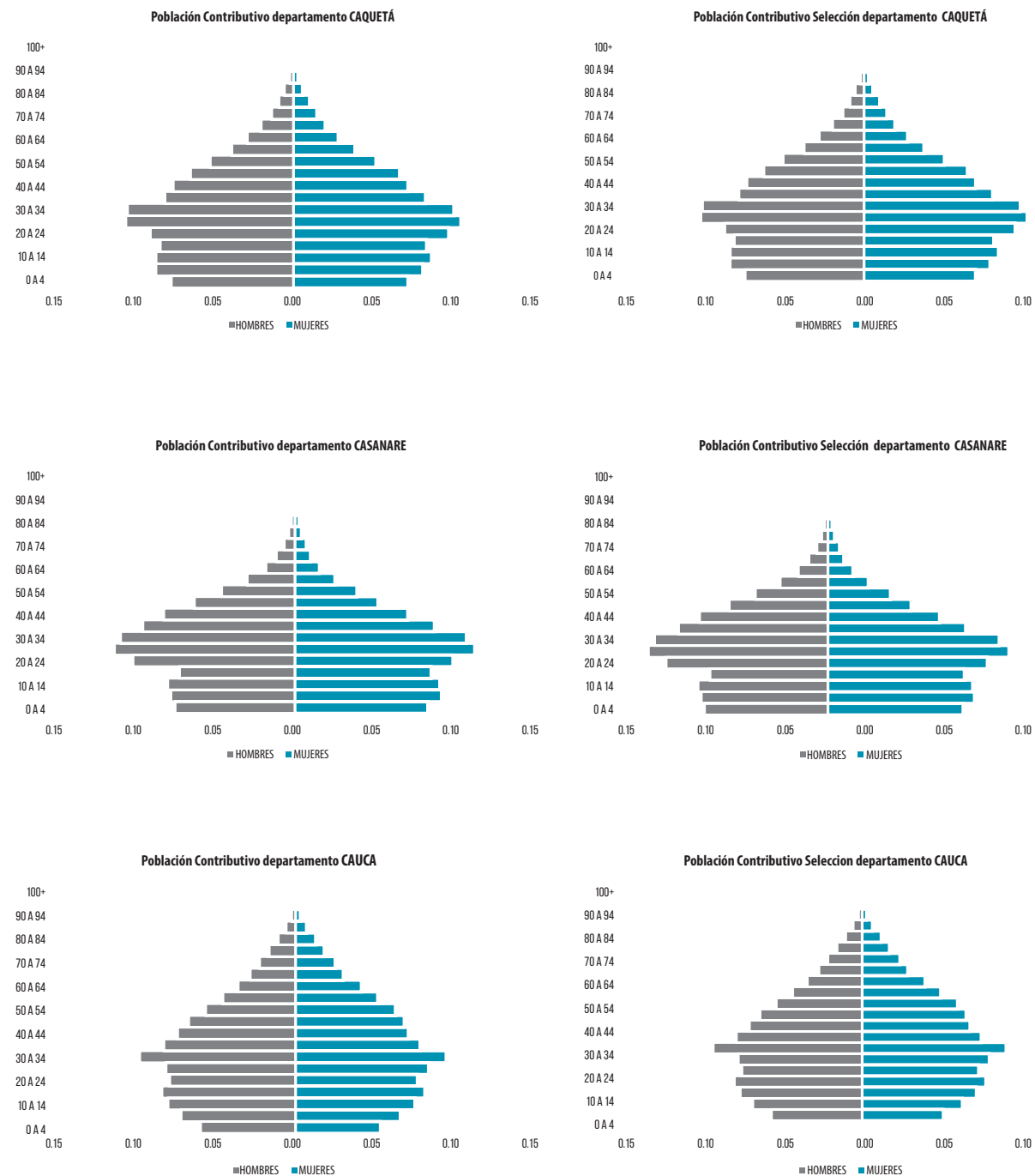


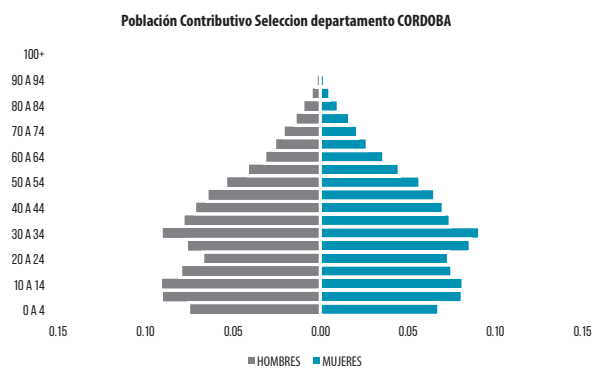
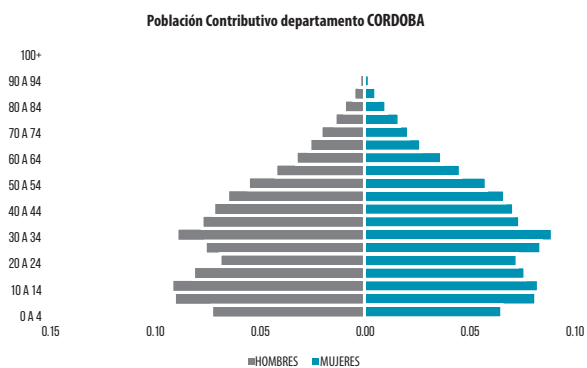
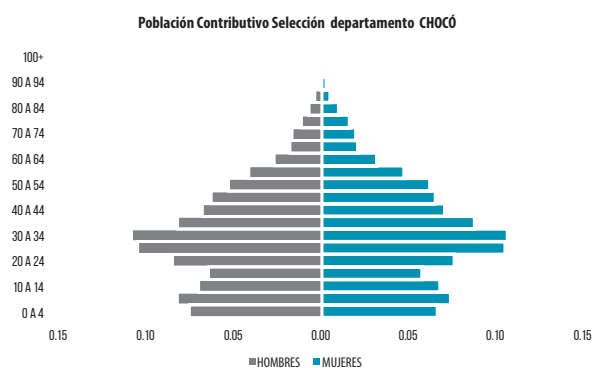
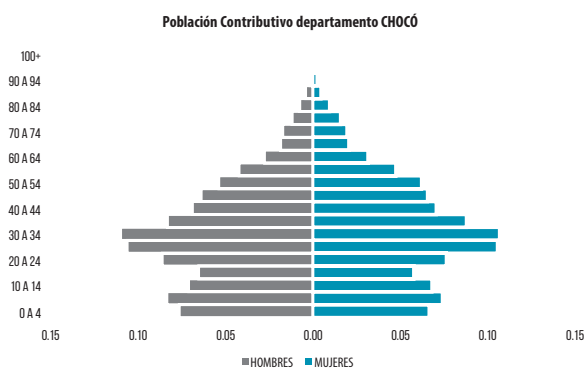
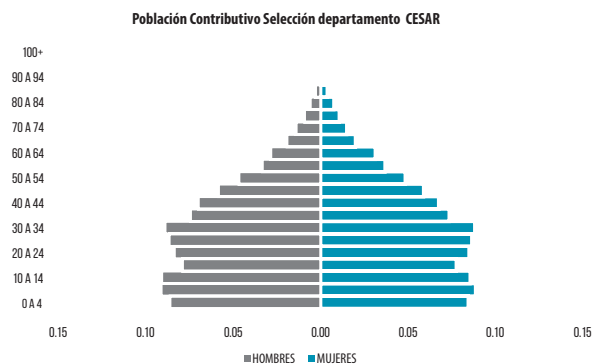
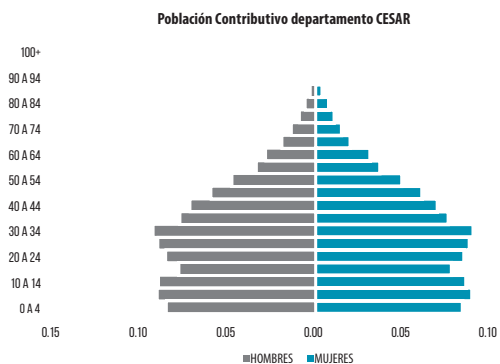
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



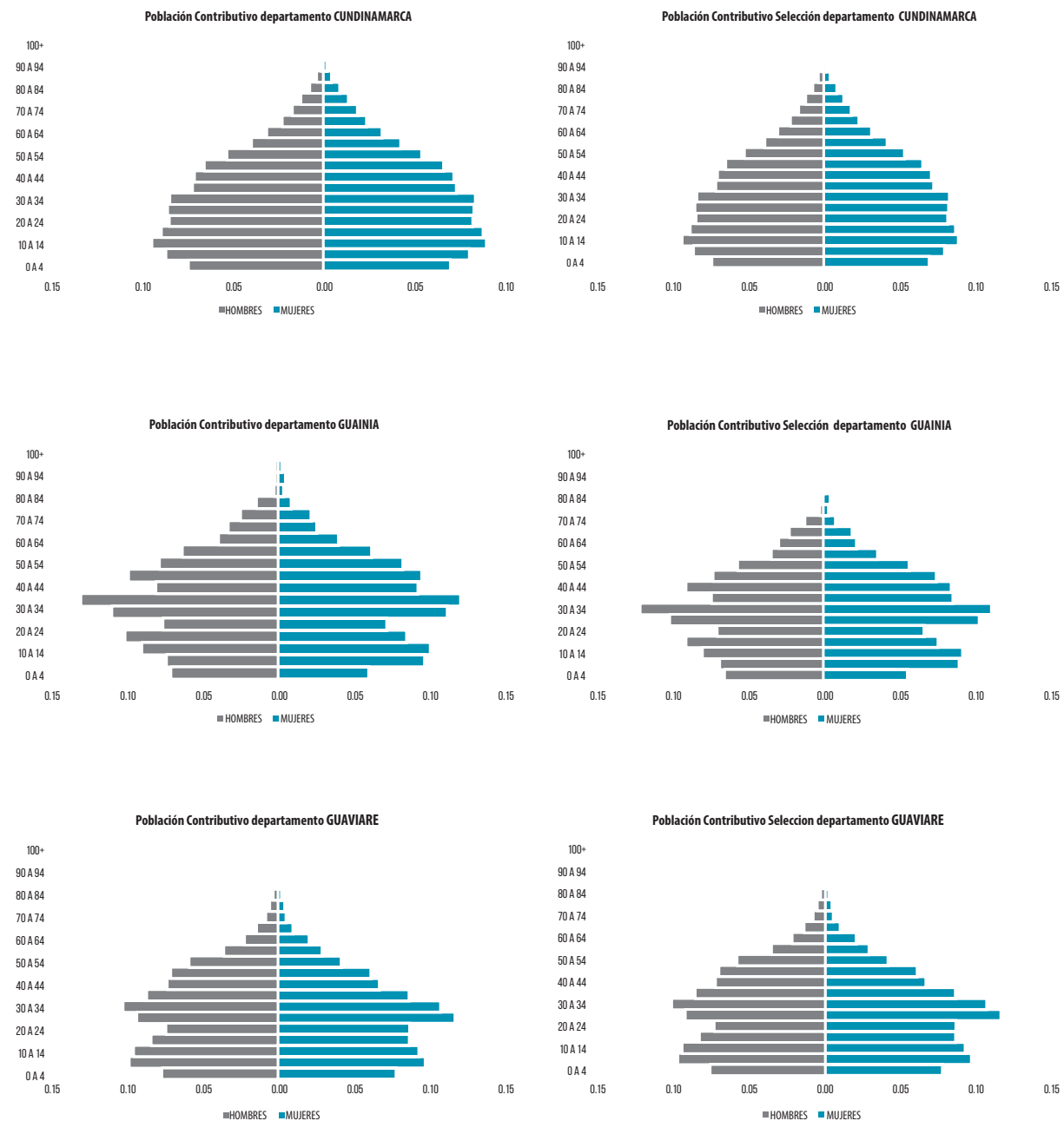


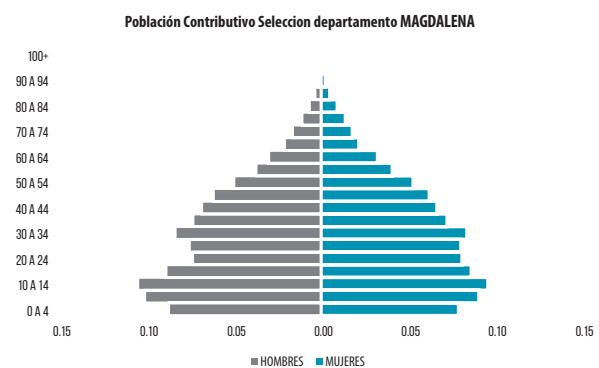
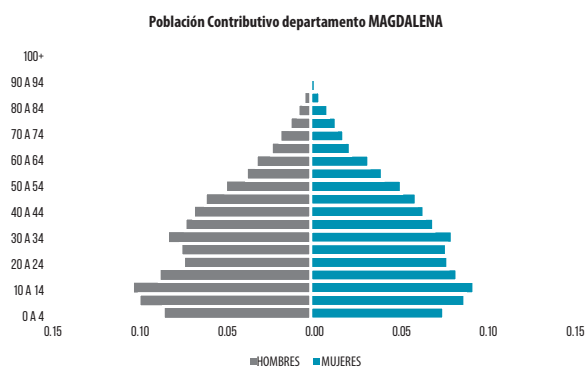
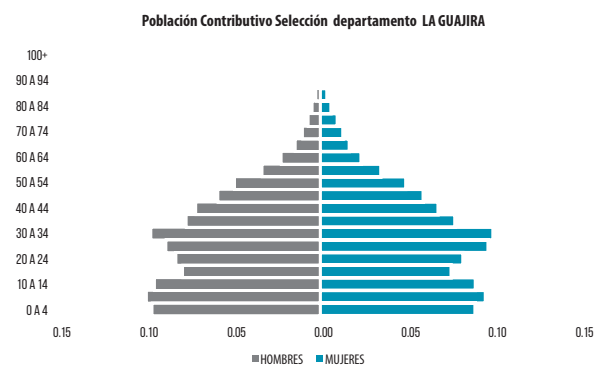
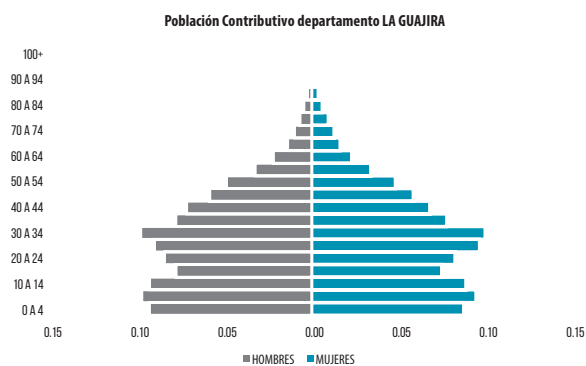
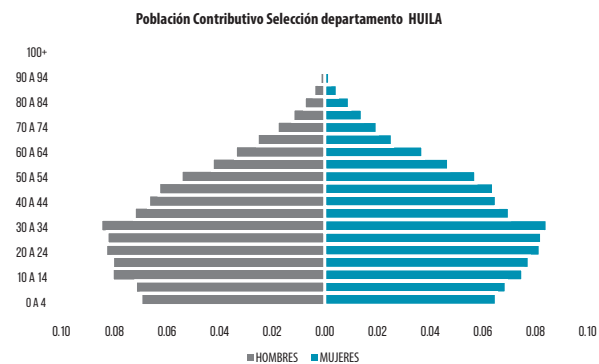
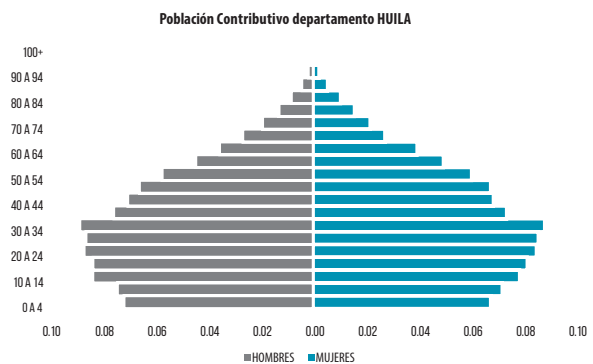
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



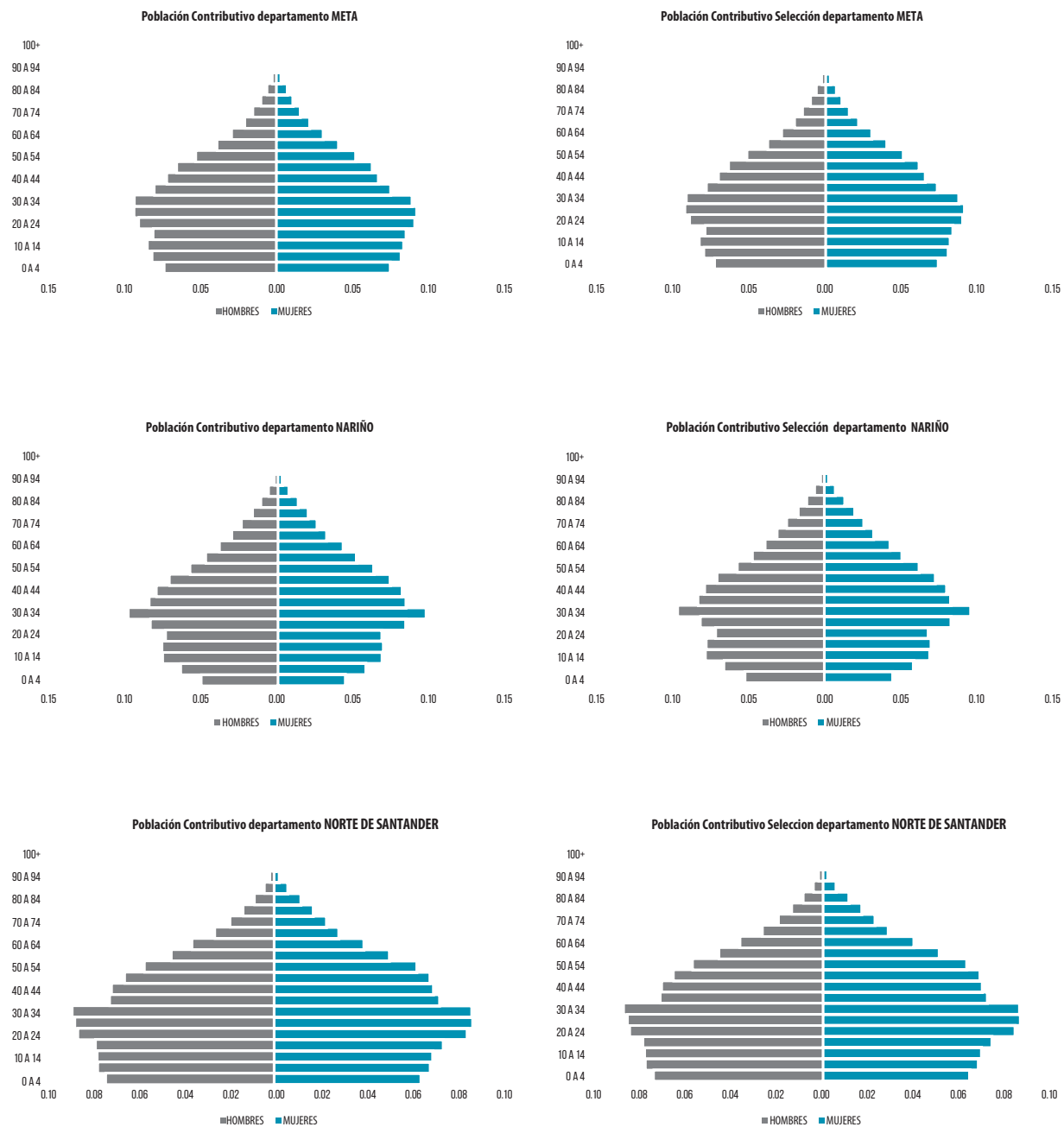


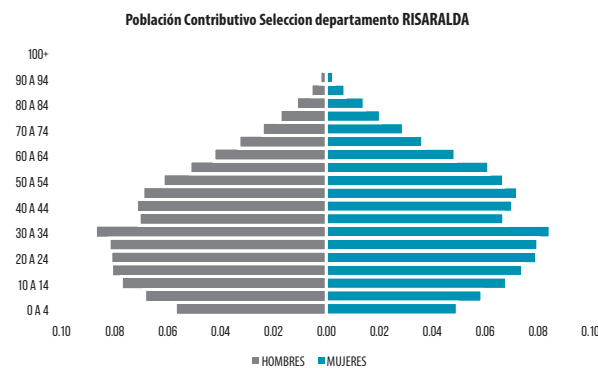
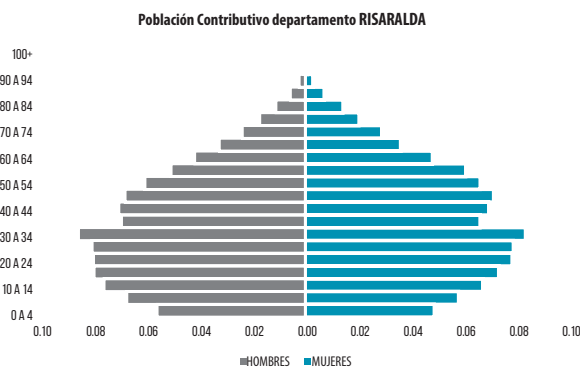
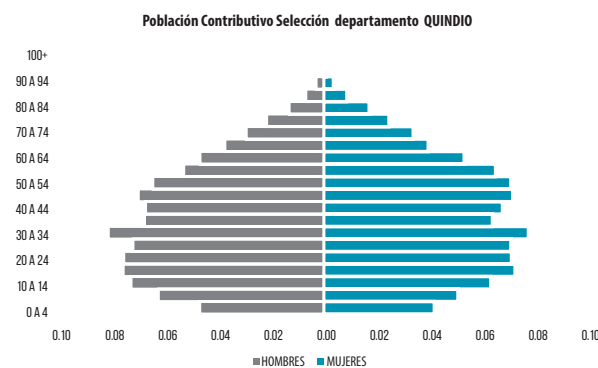
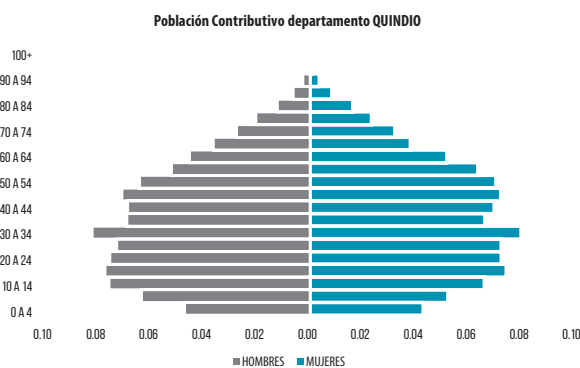
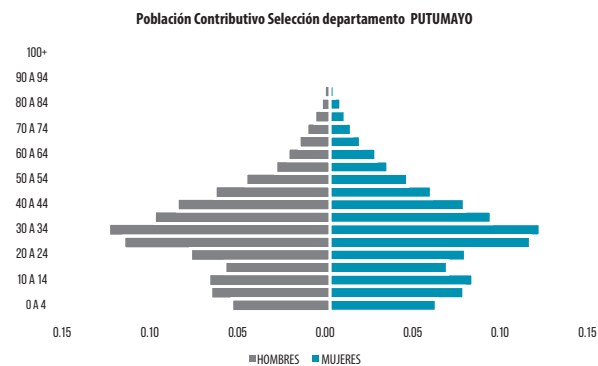
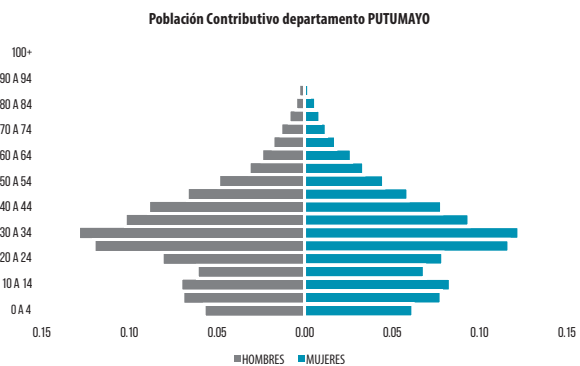
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014



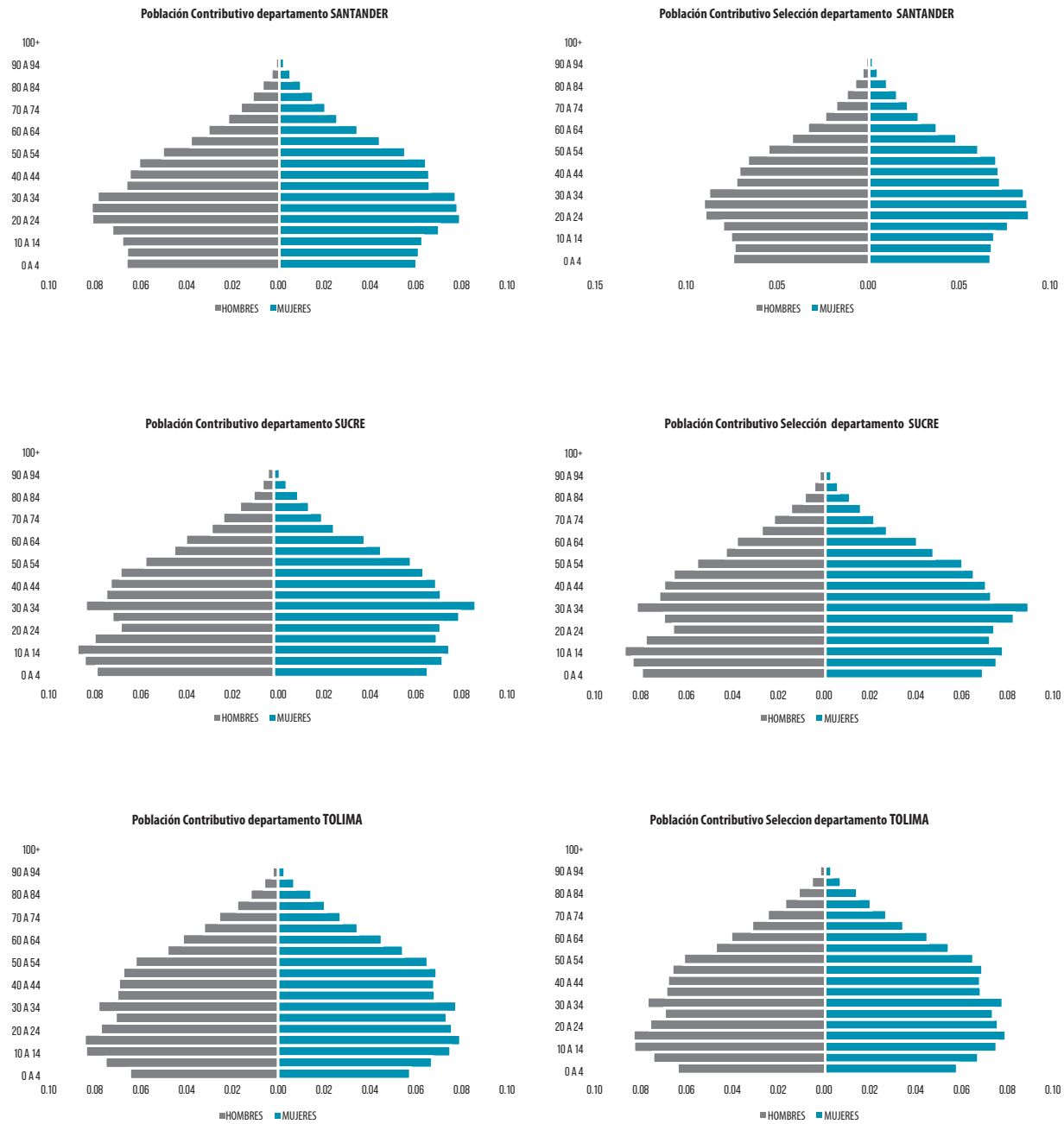


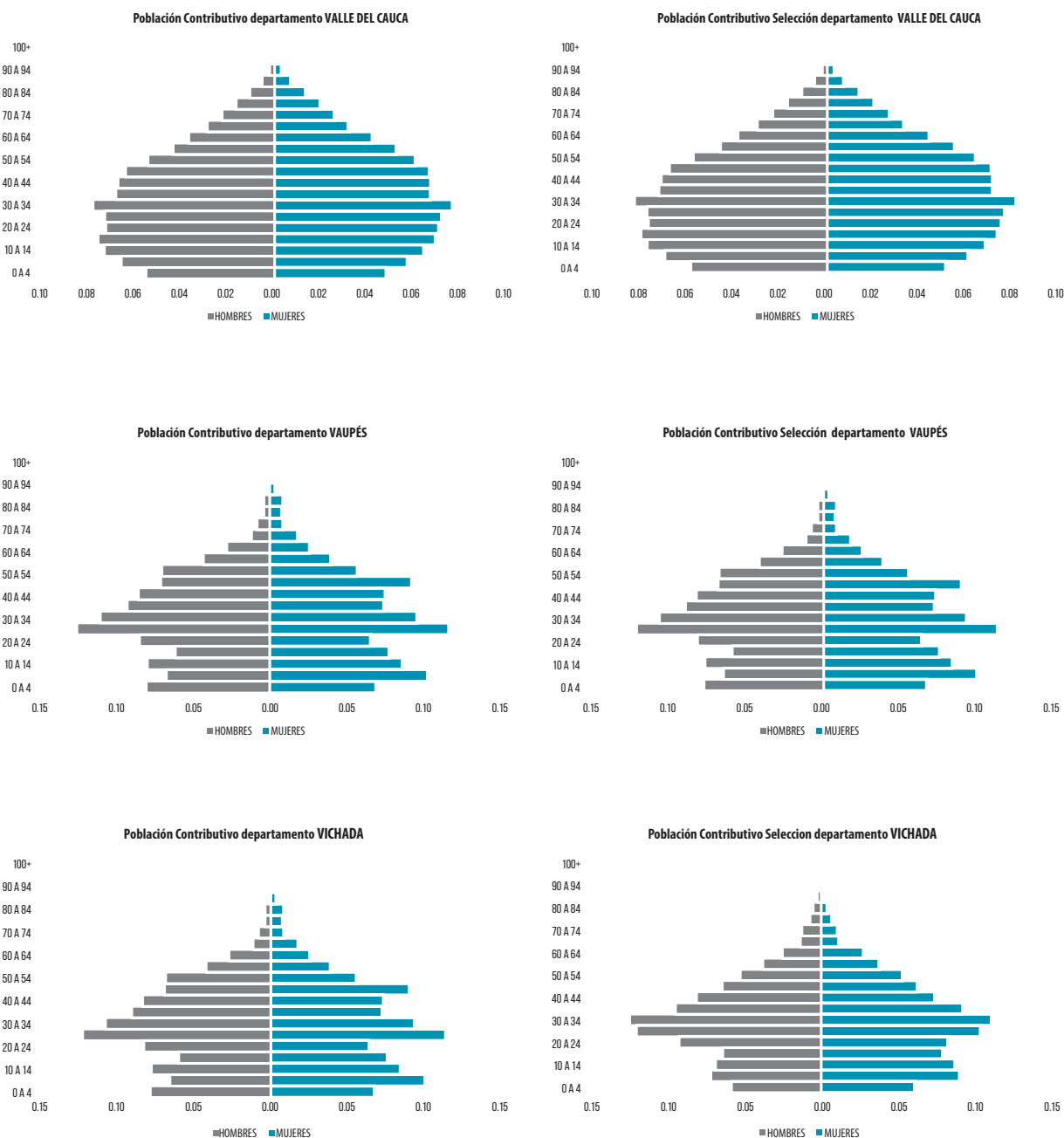
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014





Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014





Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012

g) **ANEXO 7 DISTRIBUCIÓN DE PRESTACIONES Y GASTO POR ÁMBITOS Y GRUPOS DE RIESGO 2011-2014**

Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012

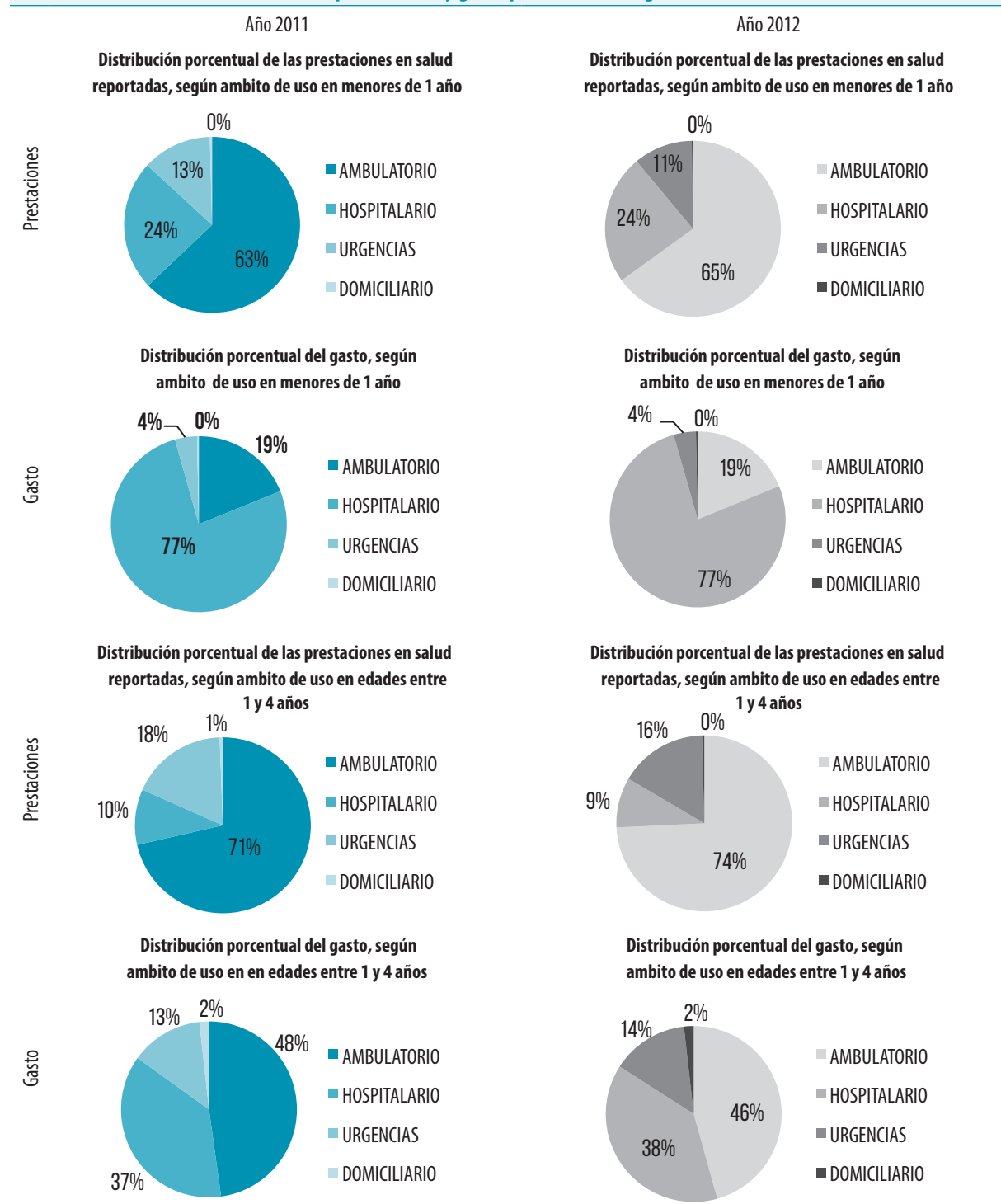


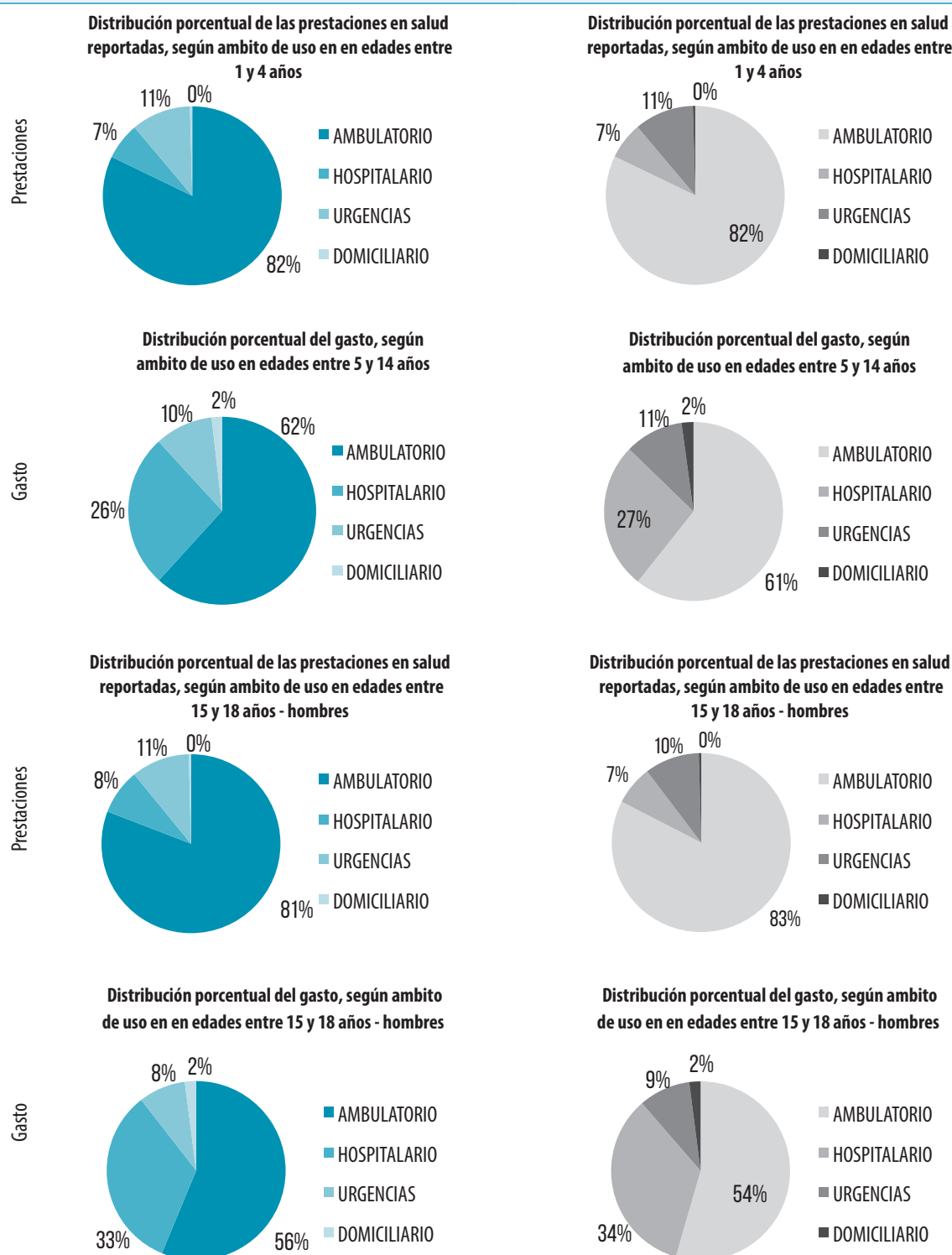
Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012


Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012

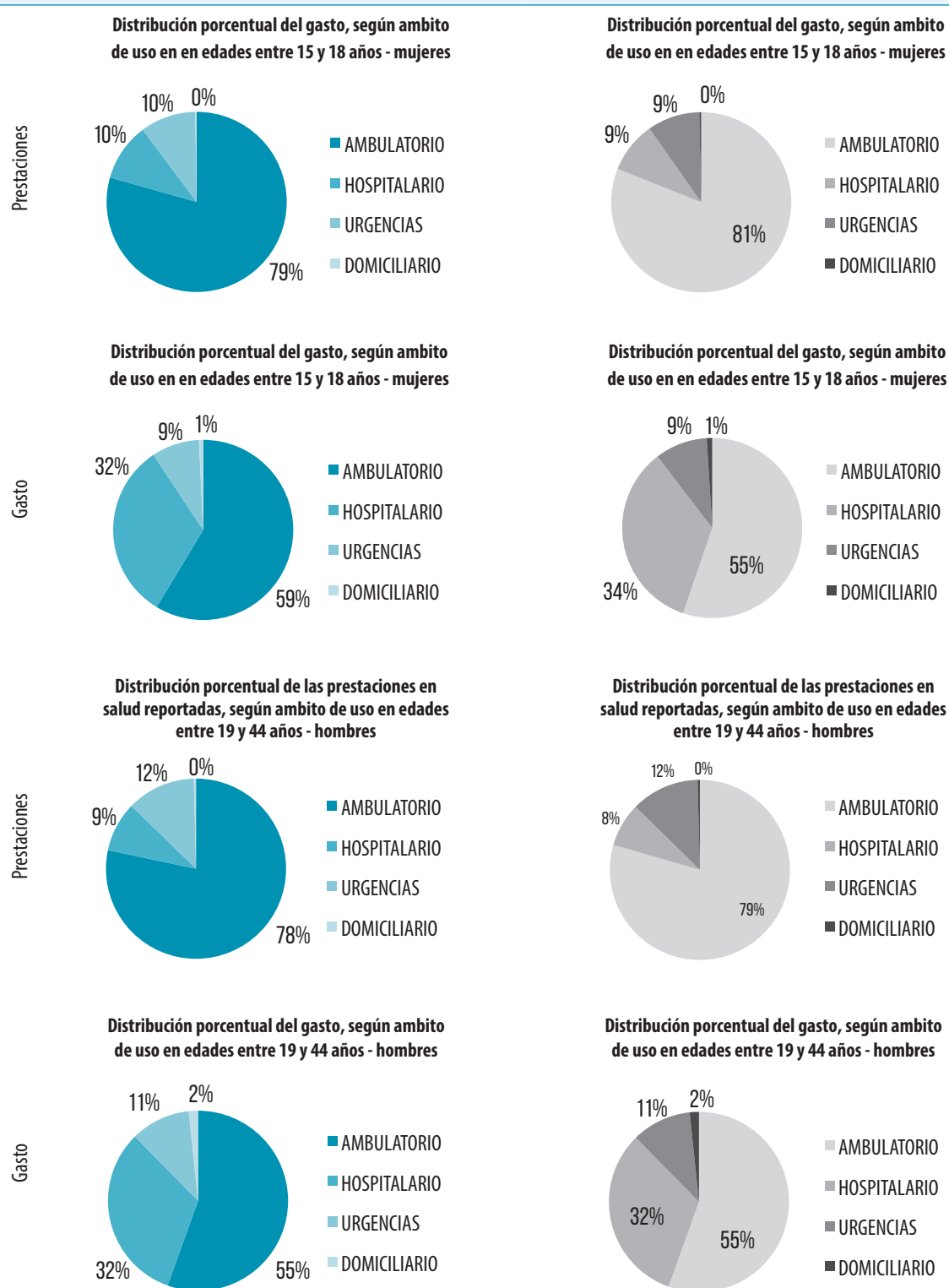


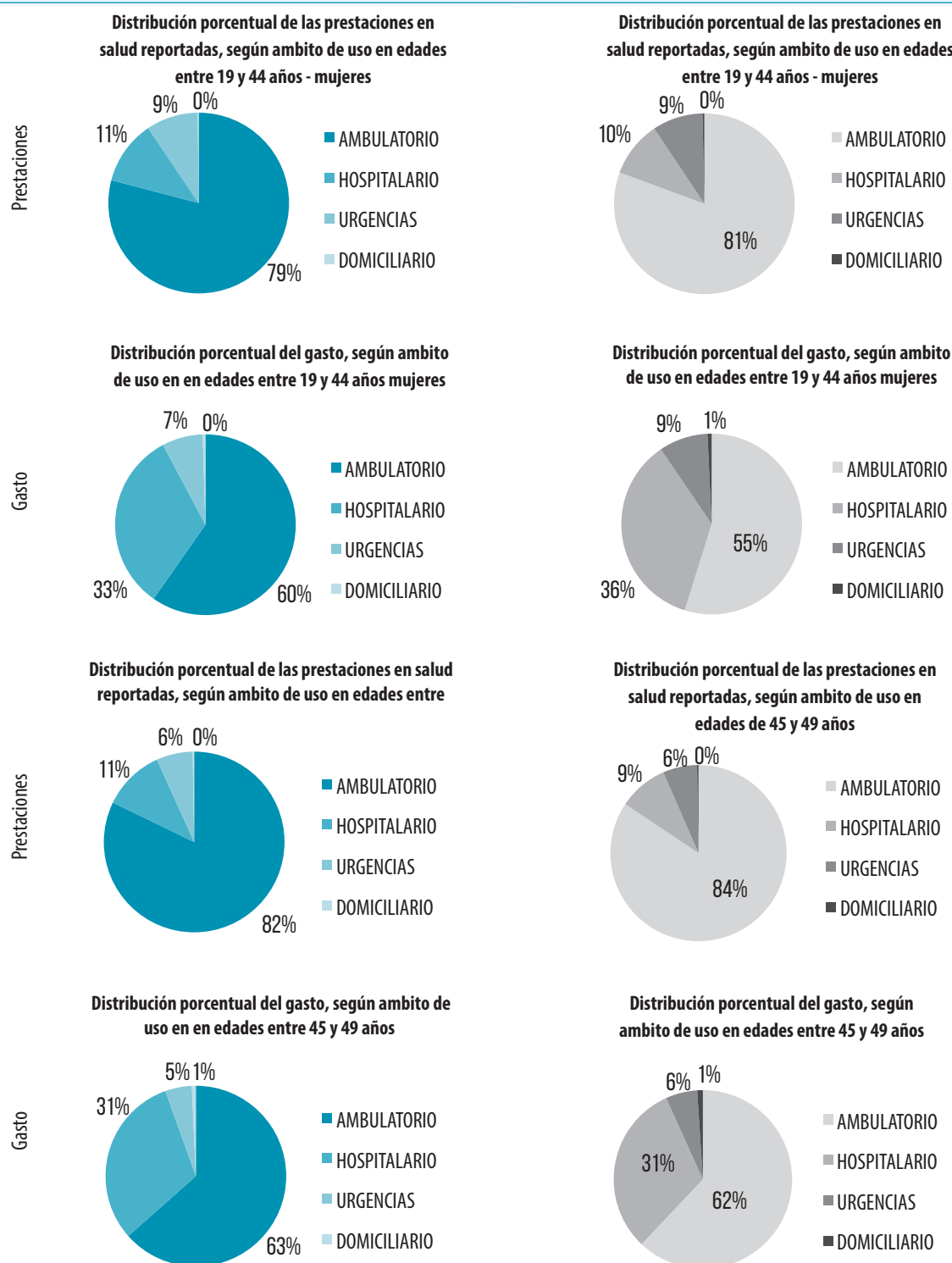
Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012


Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012

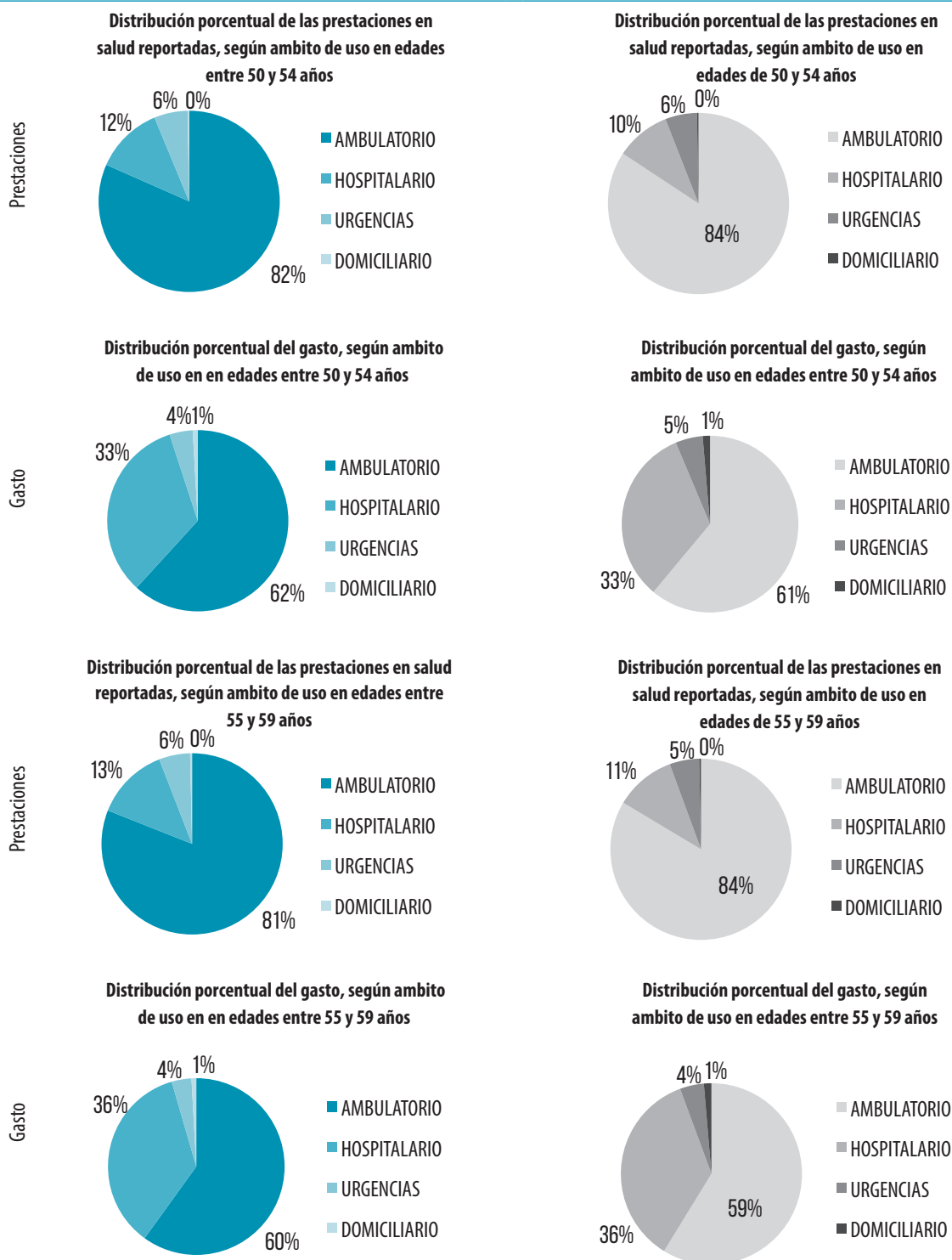


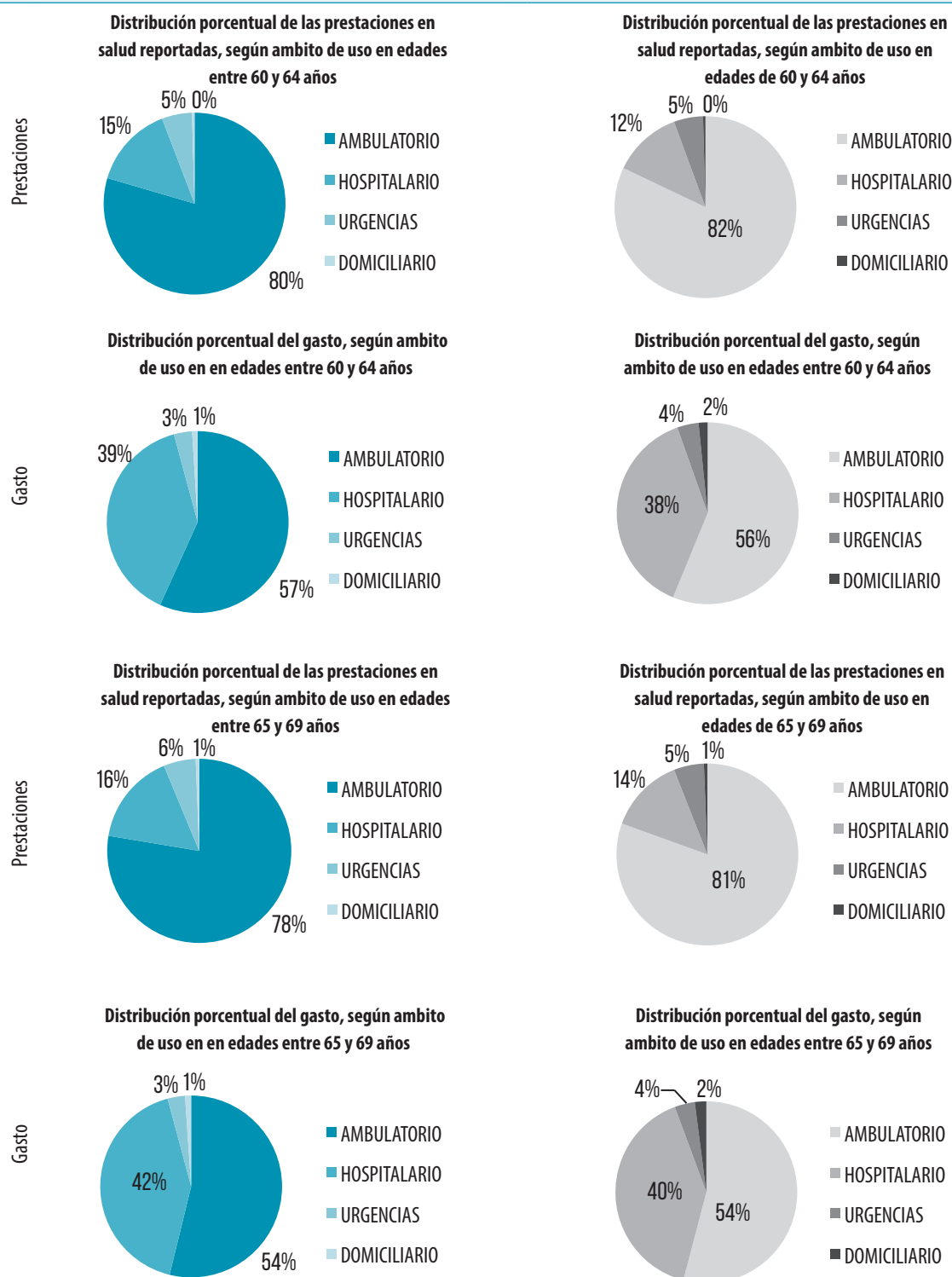
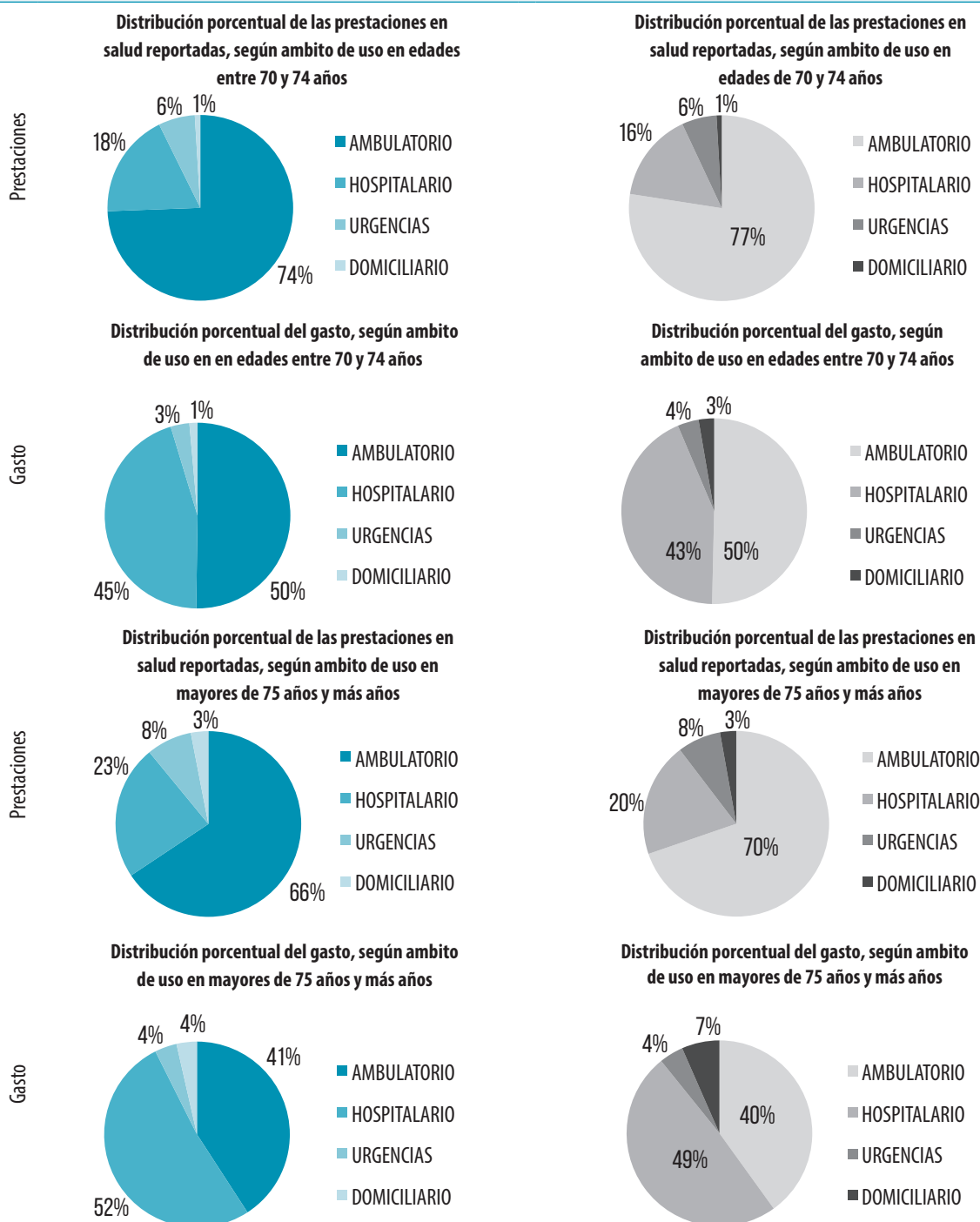
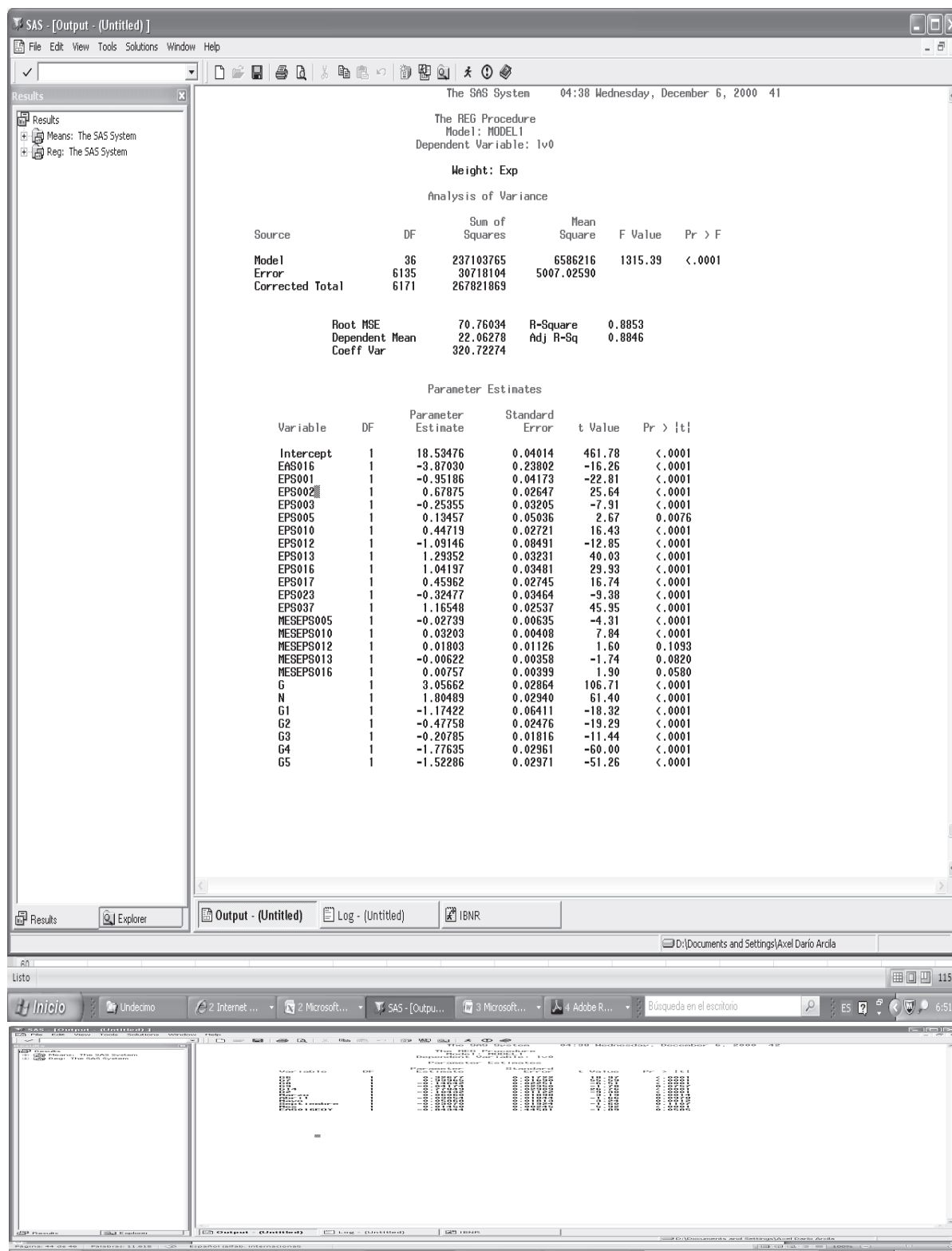
Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012


Tabla 20. Distribución de prestaciones y gasto por ámbitos Régimen Contributivo 2011-2012



Fuente: Elaboraciones propias de los autores con la información de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Aseguradoras. Dirección de Regulación de Beneficios,, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2012



i) ANEXO 9 ESTIMACIÓN FALTANTES DE COMPENSACIÓN

	SELECCIÓN	SUAVIZADO	ACUMULADO	COMPLETITUD
0	1,097	1,097407	1,174366	85,2%
1	1,020	1,020309	1,070128	93,4%
2	1,008	1,008421	1,048827	95,3%
3	1,006	1,005502	1,040069	96,1%
4	1,004	1,003709	1,034377	96,7%
5	1,003	1,003007	1,030555	97,0%
6	1,002	1,002447	1,027465	97,3%
7	1,002	1,002116	1,024957	97,6%
8	1,002	1,001934	1,022793	97,8%
9	1,002	1,001768	1,020819	98,0%
10	1,002	1,001617	1,019017	98,1%
11	1,001	1,001478	1,017372	98,3%
12	1,001	1,001351	1,015870	98,4%
13	1,001	1,001235	1,014500	98,6%
14	1,001	1,001129	1,013248	98,7%
15	1,001	1,001032	1,012105	98,8%
16	1,001	1,000944	1,011061	98,9%
17	1,001	1,000863	1,010108	99,0%
18	1,001	1,000789	1,009237	99,1%
19	1,001	1,000721	1,008441	99,2%
20	1,001	1,000659	1,007714	99,2%
W21	1,001	1,000603	1,007050	99,3%
22	1,001	1,000551	1,006444	99,4%
23	1,000	1,000504	1,005890	99,4%
24	1,000	1,000461	1,005383	99,5%
25	1,000	1,000421	1,004920	99,5%
26	1,000	1,000385	1,004497	99,6%
27	1,000	1,000352	1,004111	99,6%
28	1,000	1,000322	1,003757	99,6%
29	1,000	1,000294	1,003435	99,7%
30	1,000	1,000269	1,003139	99,7%
31	1,000	1,000246	1,002870	99,7%
32	1,000	1,000225	1,002623	99,7%
33	1,000	1,000205	1,002398	99,8%

	SELECCIÓN	SUAVIZADO	ACUMULADO	COMPLETITUD
34	1,000	1,000188	1,002192	99,8%
35	1,000	1,000172	1,002004	99,8%
36	1,000	1,000157	1,001832	99,8%
37	1,000	1,000144	1,001675	99,8%
38	1,000	1,000131	1,001531	99,8%
39	1,000	1,000120	1,001399	99,9%
40	1,000	1,000110	1,001279	99,9%
41	1,000	1,000100	1,001169	99,9%
42	1,000	1,000092	1,001069	99,9%
43	1,000	1,000084	1,000977	99,9%
44	1,000	1,000077	1,000893	99,9%
45	1,000	1,000070	1,000817	99,9%
46	1,000	1,000064	1,000747	99,9%
47	1,000	1,000059	1,000683	99,9%
48	1,000	1,000054	1,000624	99,9%
49	1,000	1,000049	1,000571	99,9%
50	1,000	1,000045	1,000522	99,9%
51	1,000	1,000041	1,000477	100,0%
52	1,000	1,000037	1,000436	100,0%
53	1,000	1,000034	1,000398	100,0%
54	1,000	1,000031	1,000364	100,0%
55	1,000	1,000029	1,000333	100,0%
56	1,000	1,000026	1,000304	100,0%
57	1,000	1,000024	1,000278	100,0%
58	1,000	1,000022	1,000254	100,0%
59	1,000	1,000020	1,000233	100,0%
60	1,000	1,000018	1,000213	100,0%
61	1,000	1,000017	1,000194	100,0%
62	1,000	1,000015	1,000178	100,0%
63	1,000	1,000014	1,000163	100,0%
64	1,000	1,000013	1,000149	100,0%
65	1,000	1,000012	1,000136	100,0%
66	1,000	1,000011	1,000124	100,0%
67	1,000	1,000010	1,000114	100,0%
68	1,000	1,000009	1,000104	100,0%
69	1,000	1,000008	1,000095	100,0%
70	1,000	1,000007	1,000087	100,0%
71	1,000	1,000007	1,000079	100,0%
72	1,000	1,000006	1,000072	100,0%

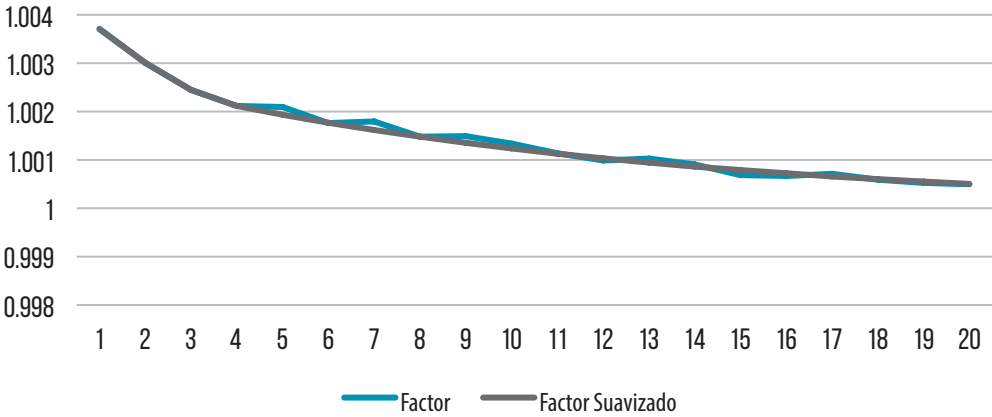
Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud 2014

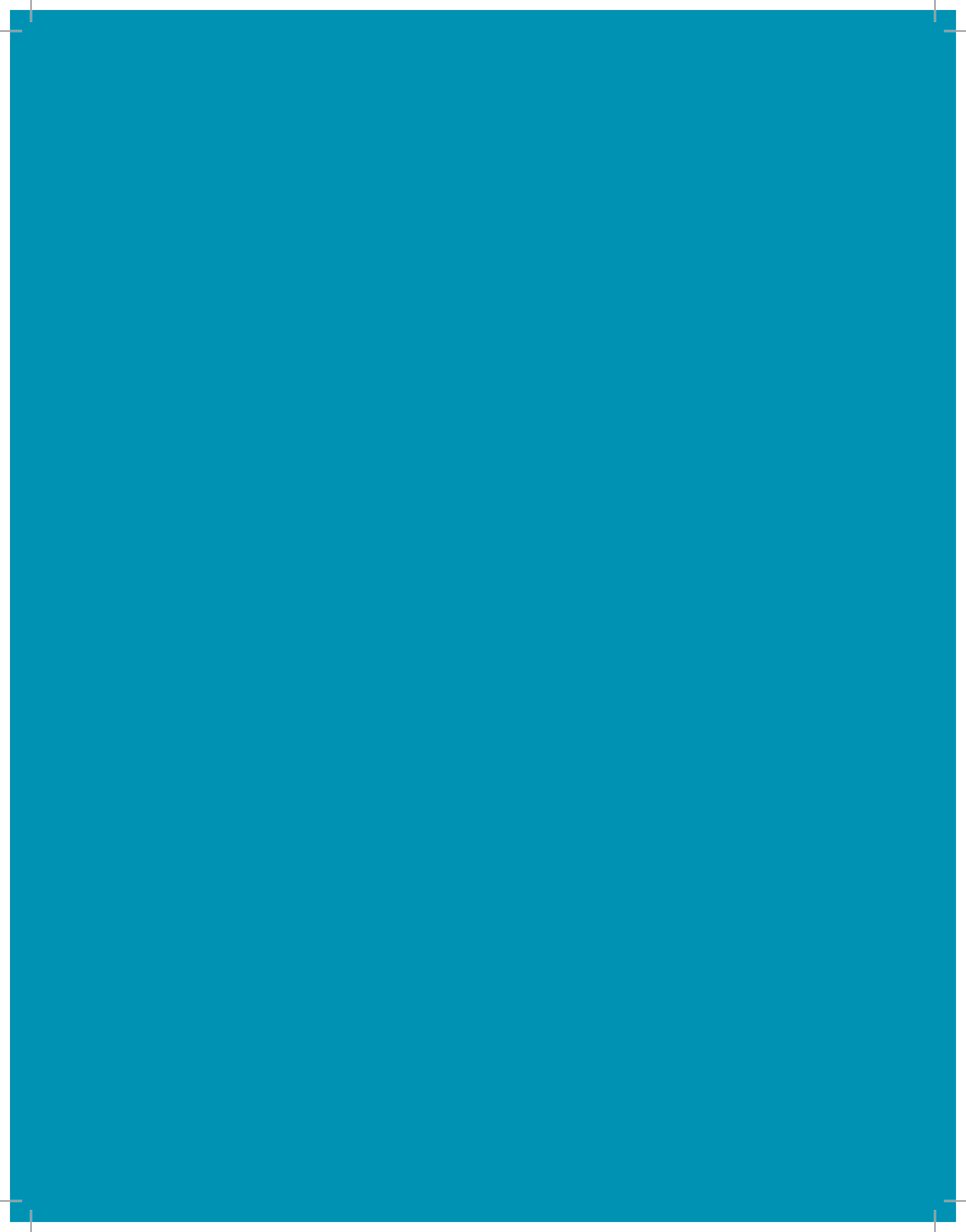
	SELECCIÓN	SUAVIZADO	ACUMULADO	COMPLETITUD
73	1,000	1,000006	1,000066	100,0%
74	1,000	1,000005	1,000061	100,0%
75	1,000	1,000005	1,000055	100,0%
76	1,000	1,000004	1,000051	100,0%
77	1,000	1,000004	1,000046	100,0%
78	1,000	1,000004	1,000042	100,0%
79	1,000	1,000003	1,000039	100,0%
80	1,000	1,000003	1,000035	100,0%
81	1,000	1,000003	1,000032	100,0%
82	1,000	1,000003	1,000030	100,0%
83	1,000	1,000002	1,000027	100,0%
84	1,000	1,000002	1,000025	100,0%
85	1,000	1,000002	1,000023	100,0%
86	1,000	1,000002	1,000021	100,0%
87	1,000	1,000002	1,000019	100,0%
88	1,000	1,000001	1,000017	100,0%
89	1,000	1,000001	1,000016	100,0%
90	1,000	1,000001	1,000014	100,0%
91	1,000	1,000001	1,000013	100,0%
92	1,000	1,000001	1,000012	100,0%
93	1,000	1,000001	1,000011	100,0%
94	1,000	1,000001	1,000010	100,0%
95	1,000	1,000001	1,000009	100,0%
96	1,000	1,000001	1,000008	100,0%
97	1,000	1,000001	1,000008	100,0%
98	1,000	1,000001	1,000007	100,0%

J) ANEXO 10 ESTIMACIÓN FALTANTES DE COMPENSACIÓN SUAVIZAMIENTO

N	36
X'X	0,0000
X'Y	0,0000
_,0,9142	
s²	0,000
T-Test	63,103
P-Valor	0,0000

Smoothing Factors







MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Estudio de la sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2014



MINSALUD

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro de la Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Directora de Financiamiento Sectorial

Agradecimientos

Estudio realizado en el año 2014 y publicado en el año 2015

Este estudio se realizó durante la administración del año 2014.

Se agradece el trabajo mancomunado de todos los directivos.

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE

Ministro de Salud y Protección Social

NORMAN JULIO MUÑOZ MUÑOZ

Viceministro Técnico

FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO

Directora de Financiamiento Sectorial

Autores del estudio

MIGUEL GARCÍA CANCINO

Asesor Viceministerio de la Protección Social

ALEXANDER LAGOS SANTAMARÍA

Asesor Viceministerio de la Protección Social

OTONIEL CABRERA ROMERO

Profesional Especializado. Dirección de Financiamiento Sectorial

Diseño, diagramación e impresión

Imprenta Nacional de Colombia

ISBN : 978-958-8903-49-1

ISBN Colección: 978-958-8838-77-9

Contenido

INTRODUCCIÓN.....	11
1. NOTA METODOLÓGICA.....	13
1.1 Fuentes de información	13
1.2 Cuantificación de Variables	13
2 OPERACIÓN DE LA COMPENSACIÓN INTERNA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	15
2.1 Subcuenta de Compensación	15
2.1.1 Fuentes De Financiamiento	15
2.1.2 Utilización de los recursos.....	16
2.2 Subcuenta de Promoción De La Salud	16
2.2.1 Fuentes De Financiamiento	16
2.2.2 Utilización de los recursos	18
2.2.3 Proceso de Compensación de Promoción y Prevención	18
3. VARIABLES DEL PROCESO DE GIRO Y COMPENSACIÓN	21
3.1 Régimen Contributivo	21
3.1.1 Afiliados Compensados.....	21
3.1.2 Indicadores de Densidad Familiar y Densidad Salarial.....	24
3.1.3 Ingreso Base de Cotización	25
3.1.4 Cotizaciones	26
3.1.5 Ponderador de la UPC	28
4 METODOLOGÍA DEL MODELO UNIFICADO DE FINANCIACION	31
4.1 Periodo de Análisis y Proyección	31
4.2 Análisis de Variables y Supuestos	31
A. Población País.....	31
B. Población Régimen Contributivo	33

C.	Densidad Familiar y salarial Régimen Contributivo	35
D.	Tendencia de crecimiento normal en el número de cotizantes y beneficiarios	36
E.	Población Régimen Subsidiado.	37
F.	Unidad de Pago por Capitación del Régimen Contributivo	39
G.	Unidad de Pago por Capitación Regimen Subsidiado.....	40
H.	Proyección de Costos Régimen Subsidiado	41
	1. Costo	41
	2. Total Costo RS	43
I.	Fuentes del Régimen Subsidiado.....	43
	1. Sistema General de Participaciones	44
	2. Esfuerzo propio territorial EPT	45
	3. Cajas de Compensación Familiar	45
	4. Recursos FOSYGA.....	45
	4.1 Cotizaciones al SGSSS	45
	4.2 Cotizaciones Solidaridad Régimenes de Excepción y Especiales	46
	4.3 Recursos de Cajas que no administra el Régimen Subsidiado	46
	4.4 Rendimientos Financieros y Rendimientos Cuentas de Recaudo EPS	46
	4.5 Excedentes ECAT adicionales.....	46
	4.6 Aporte Nación (incluye Paripassu) según MFMP.....	46
	5. Recursos fiscales adicionales.....	46
	6. Total fuentes del Régimen Subsidiado.....	46
J.	Balance Régimen Subsidiado	48
K.	Proyección de Costos del Régimen Contributivo	49
	1. Reconocimiento de UPC	49
	2. Prestaciones económicas (Licencias de Maternidad y Paternidad e Incapacidades por enfermedad general).....	49
	3. Total Costos el Régimen Contributivo.....	55
L.	Fuentes del Régimen Contributivo	56
	1. Ingreso Base de Cotización	56
	2. Monto anual de cotización	57
	3. Régimen de excepción	57
	4. Total fuentes del Régimen Contributivo	57

LL. Balance Régimen Contributivo.....	58
5. ANALISIS EPS Y EOC SUPERAVITARIAS Y DEFICITARIAS 2009 - 2013	59
5.1 EPS y EOC Superavitarias o Deficitarias	59
5.2 Caracterización por grupos de entidades superavitarias o deficitarias	60
5.3 Índices de Densidad Familiar y salarial	61
5.4 Número de afiliados	65
5.5 IBC promedio.....	68
5.6 Cotizantes según el Ingreso Base de Cotización IBC	70
5.7 Resultado corriente	71
6. CONCLUSIONES	77
7. SERIES HISTÓRICAS	79
8. ESCENARIO CON UNIFICACIÓN DE PLANES DE Beneficios, E IGUALACIÓN DE PRIMAS	81

Índice de tablas

Tabla 1.	Promoción y Prevención	18
Tabla 2.	Variables Proceso Compensación, Promoción y Prevención	19
Tabla 3.	Variaciones de afiliados al Régimen Contributivo y de los recursos reconocidos a las EPS o EOC para programas de Promoción y Prevención.....	20
Tabla 4.	Proyección de la población país, 2005 -2020.....	33
Tabla 5.	Proyección de las variables poblacionales del Régimen Contributivo	35
Tabla 6.	Número de cotizantes y beneficiarios por crecimiento normal.....	36
Tabla 7.	Comportamiento de la población de los niveles I, II y III del Sisbén, millones de personas.....	37
Tabla 8.	Proyección de usuarios afiliados al Régimen Subsidiado	38
Tabla 9.	Meta de población por afiliar para lograr la universalización, millones de personas ...	38
Tabla 10.	Proyección de usuarios afiliados por período, millones de personas	38
Tabla 11.	Valor proyectado de la UPC para Contributivo.....	39
Tabla 12.	Valor proyectado de la UPC Régimen Subsidiado	40
Tabla 13.	Prima Régimen Subsidiado	41
Tabla 14.	Prima Régimen Contributivo.....	41
Tabla 15.	Costo anual del aseguramiento y el valor a transferir a la Superintendencia Nacional de Salud	42
Tabla 16.	Costos Régimen Subsidiado.....	43
Tabla 17.	Fuentes del Régimen Subsidiado	43
Tabla 18.	Necesidades presupuesto de inversión para la igualación de la prima	44
Tabla 19.	Total fuentes Régimen Subsidiado	47
Tabla 20.	Fuentes FOSYGA.....	47
Tabla 21.	Ingresos fiscales adicionales	47
Tabla 22.	Pagos por tipo de Licencias	50
Tabla 23.	Suficiencia Estimada de la Provisión por Incapacidad.....	52
Tabla 24.	Indicadores del reconocimiento de Incapacidades, 2007- 2011.....	53
Tabla 25.	Resultado según el modelo de proyección.	54

Tabla 26.	Estimación provisión de IEG, 2014.	54
Tabla 27.	Proyección de las principales variables para la formulación de escenario 2014	54
Tabla 28.	Ingreso Proyectado IEG.....	55
Tabla 29.	Gasto proyectado.....	55
Tabla 30.	Total costos Régimen Contributivo.....	56
Tabla 31.	Montos anuales de Cotización	57
Tabla 32.	Total fuentes del Régimen Contributivo	58
Tabla 33.	EPS y EOC Superavitarias y deficitarias 2009 – 2013.....	60
Tabla 34.	Índice Densidad Familiar EPS- EOC superavitarias 2009 – 2013	62
Tabla 35.	Índice Densidad Familiar EPS- EOC deficitarias 2009 – 2013	62
Tabla 36.	Índice de Densidad Salarial EPS superavitarias 2009 – 2013	64
Tabla 37.	Índice de Densidad Salarial EPS deficitarias 2009 – 2013	65
Tabla 38.	EPS - EOC superavitarias, porcentaje de participación en el total de afiliados 2009-2013	66
Tabla 39.	EPS y EOC deficitarias, porcentaje de participación en el total de afiliados 2009-2013	67
Tabla 40.	Ingreso Base Cotización promedio EPS Superavitarias 2009 – 2013	69
Tabla 41.	Ingreso Base de Cotización Promedio EPS deficitarias 2009 – 2013.....	70
Tabla 42.	Resultado Corriente EPS superavitarias 2009 – 2013	72
Tabla 43.	Resultado Corriente EPS deficitarias 2009 – 2013	73
Tabla 44.	Ponderador de UPC EPS y EOC Superavitarias	75
Tabla 45.	Ponderador de UPC EPS y EOC Deficitarias	76
Tabla 46.	Serie histórica	80
Tabla 47.	Escenario con Unificación de Planes de Beneficios, e Igualación de Primas	82

Índice de gráficas

Grafica 1.	Comportamiento de la Subcuenta de Promoción y Prevención 2001-2012.....	20
Grafica 2.	Evolución afiliados promedio compensados en el Régimen Contributivo de Salud 2001 – 2013	22

Grafica 3.	Tasa de crecimiento de los cotizantes Compensados dentro del sistema, 2000- 2013	22
Grafica 4A.	Comportamiento de la varianza en los afiliados, 2000 -2005	23
Grafica 4B.	Comportamiento de la varianza en los afiliados, 2006 -2013	23
Grafica 5.	Comportamiento de los cotizante por trimestre 2001- 2013	23
Grafica 6.	Evolución Índice de Densidad Familiar DF y Densidad Salarial DS– 2000 – 2013	24
Grafica 7.	Evolución Ingreso Base de Cotización IBC y PIB.....	25
Grafica 8.	Ingreso Base Cotización por Cotizante, 2001 -2013.....	26
Grafica 9.	Cotizaciones	27
Grafica 10A.	Cotizaciones trimestrales.....	28
Grafica 10B.	Comportamiento trimestral recaudo	28
Grafica 11.	Comportamiento Ponderador UPC – 2005 -2013	29
Grafica 12.	Comportamiento afiliación Regímenes Contributivo y Subsidiado.....	32
Grafica 13.	Proyección afiliados del Régimen Contributivo.....	33
Grafica 13A.	Proyección cotizantes del Régimen Contributivo.....	34
Grafica 14.	Proyección beneficiarios Régimen Contributivo	34
Grafica 15.	Proyección beneficiarios adicionales Régimen Contributivo	35
Grafica 16.	Composición ingresos Subcuenta de Solidaridad	36
Grafica 17.	Comportamiento provisión de incapacidades e incapacidades pagadas, 2012- 2013	48
Grafica 18.	Índice de Densidad Familiar 2009 – 2013a/	51
Grafica 19.	Índice de Densidad Familiar 2009 – 2013a/	61
Grafica 20.	Distribución Porcentual de afiliados 2009 – 2013	63
Grafica 21.	Evolución Ingreso Base de Cotización Promedio (base 2013=100) y Variación IBC 2009 – 2013a/	66
Grafica 22.	Distribución porcentual de los cotizantes por nivel de ingresos 2012 – 2013	68
Grafica 23.	Número de cotizantes según Ingreso Base de Cotización 2009 – 2013a/	71
Grafica 24.	Resultado corriente EPS –EOC a precios corrientes y constantes, base 2013=100.	71
Grafica 25.	Evolución del ponderador de la UPC 2009 – 2013	72

INTRODUCCIÓN

Con la unificación de los planes de Beneficios, de salud (POS) entre el Régimen Subsidiado (RS) y el Régimen Contributivo (RC), es decir, los afiliados al (RS) pueden acceder a los mismos servicios de salud que tienen los afiliados al (RC), se avanzó en uno de los propósitos principales de la política del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que es la universalidad del aseguramiento en salud como derecho y en la equidad en el acceso a la prestación de servicios de salud a toda la población colombiana.

Así, en este proceso resulta fundamental para el Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud y Protección Social la evaluación y estudio de los componentes que soportan la unificación de los POS, teniendo como objetivo la sostenibilidad financiera del SGSSS que permita que la operación del RC y RS mejore sus niveles de eficiencia en la calidad y oportunidad del servicio, para lo cual se plantea la decisión de igualar las Unidades de Pago por Capitación del RS respecto del RC a partir del 1° de enero de 2013, adelantando la proyección que se tenía en el estudio de unificación de planes de realizarla a partir del año 2014.

De acuerdo con lo anterior, el presente estudio analizará la sostenibilidad de la financiación del aseguramiento en salud RS y el RC con los fundamentos dados de universalización de la afiliación y la unificación total de los planes de Beneficios,.

El análisis partirá de la actualización del modelo integrado de proyección de fuentes y costos del aseguramiento en el marco del SGSSS para los años 2013-2020, incorporando los nuevos recursos definidos en la ley.

1. METODOLOGÍA

1.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Para la realización del presente ejercicio se utilizaron las fuentes de información relacionadas a continuación:

Reporte	Periodo consultado	Fuente
Consulta Proceso de Compensación Decreto 1013 de 1998	Enero de 2005 Al corte del 10 de noviembre de 2008	Módulo de Consultas Versión 2005.01.02
Bases de datos HAC Proceso de Compensación Decreto 2280 de 2004	Febrero de 2005 – Diciembre de 2011, corte de noviembre de 2013	Consortio SAYP
Bases de datos Proceso de Compensación Decreto 4023 de 2011	Octubre y noviembre de 2013	Consortio SAYP
Informe de Ejecución Presupuestal FOSYGA	2005 – 2013	Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social
Información Base Liquidación Mensual de afiliados LMA del Régimen Subsidiado	Mayo 2011 noviembre 2013	
Afiliados registrados BDUA del Régimen Contributivo y Subsidiado	A noviembre de 2013	
Población País	Proyección 2012 – 2020	DANE

Fuente: Elaboración propia de los autores. Ministerio de Salud y Protección Social.

1.2 VARIABLES

A partir de las fuentes de información señaladas, se procesaron las variables que relacionan la población afiliada al RC de Salud desagregada en cotizantes, beneficiarios y beneficiarios adicionales, y las variables inherentes al proceso de compensación: Ingreso Base de Cotización (IBC), cotizaciones y recaudos; y en relación con los egresos, los

derivados del reconocimiento por Unidad de Pago por Capitación (UPC), prestaciones económicas como son los reconocimientos por licencias de maternidad e incapacidades por enfermedad general, aportes por solidaridad para la financiación del Régimen Subsidiado de salud y recursos para el desarrollo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El periodo de análisis cuenta con una serie histórica representativa de 167 periodos, que permite analizar las tendencias de las principales variables del proceso de giro y compensación y el efecto financiero en el RC, entre el año 2001 y el año 2013.

De igual forma, se procesaron y analizaron los datos correspondientes a la población

del Régimen Subsidiado (RS) registrada en la BDUA y los valores correspondientes de giro directo de UPC por esta población, que se registran en la base de Liquidación Mensual de Afiliados (LMA).

A partir de este análisis se realiza la simulación para el escenario de sostenibilidad del RC y el RS para los años 2014 a 2020.

2. OPERACIÓN DE LA COMPENSACIÓN INTERNA DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

2.1 SUBCUENTA DE COMPENSACIÓN

La Subcuenta de Compensación, de acuerdo con la ley, tiene por objeto permitir el proceso de compensación interna entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC), con el fin de reconocer la Unidad de Pago por Capitación y demás recursos a que tienen derecho las EPS y demás EOC para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al RC con sujeción a los contenidos del Plan Obligatorio de Salud y las prestaciones económicas a que hubiere lugar, de acuerdo con lo dispuesto en la ley y sus reglamentos.

En el proceso de compensación ante el FOSYGA, se destinan los recursos del punto de cotización para financiar el RS de salud (1,5 puntos de la cotización según la Ley 1122 de 2007, lo cual se puede modificar de acuerdo con lo establecido en el artículo 44 de la Ley 1438 de 2011), el porcentaje del Ingreso Base de Cotización para la financiación de la Subcuenta de Promoción (0,3% del IBC según última decisión) y la provisión para pago de incapacidades por enfermedad general (0,29% del IBC).

2.1.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO¹

Las fuentes de financiamiento de la Subcuenta son las siguientes:

- a. Los recursos provenientes del recaudo

de cotizaciones que se destinan a la Subcuenta de Compensación, con o sin situación de fondos.

- b. Las transferencias de la Subcuenta de Solidaridad del Régimen de Subsidios en Salud y los rendimientos financieros de las otras subcuentas del FOSYGA que se destinan a financiar las Unidades de Pago por Capitación (UPC) del régimen especial de las madres comunitarias.
- c. Los rendimientos financieros de la Subcuenta de Compensación Interna del RC del SGSSS.
- d. Los rendimientos financieros generados por las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades EOC.
- e. Los intereses de mora por pago de cotizaciones en forma extemporánea y sus respectivos rendimientos financieros.
- f. Las sanciones, multas e intereses moratorios a favor de la Subcuenta de Compensación interna del RC.
- g. Los recursos provenientes del pago que realizan los cotizantes dependientes de que tratan el Decreto 1703 de 2002, modificado por los Decretos 2400 de 2002 y 3615 de 2005, y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.

¹ Artículo 3. del Decreto 2280 de 2004, modificado por el Decreto 4023 de 2011.

- h. Los recursos provenientes de los aportes de los afiliados a los regímenes de excepción de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002 y las demás normas que lo modifiquen, adicionen o sustituyan.
- i. Los recursos de las cotizaciones correspondientes a los registros presentados y glosados en las declaraciones de giro y compensación, según el procedimiento definido en el presente decreto.
- j. Los excedentes financieros de la Subcuenta de Compensación que se generen en cada vigencia.
- k. Los demás recursos que de acuerdo con las disposiciones vigentes correspondan al RC.

2.1.2 UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS²

Los recursos de la Subcuenta de Compensación se utilizarán para:

- a. El reconocimiento de la UPC a cada EPS-EOC, como resultado del proceso de giro y compensación.
- b. El pago del déficit a cada EPS-EOC, como resultado del proceso de giro y compensación.
- c. El reconocimiento del valor para la provisión de incapacidades a cada EPS-EOC, para atender las incapacidades por enfermedad general de los afiliados.
- d. El pago de las prestaciones económicas por licencias de maternidad, paternidad, de acuerdo con la normatividad vigente.

² Artículo 3º del Decreto 2280 de 2004 modificado por el Decreto 4023 de 2011.

2.2 SUBCUENTA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

La Subcuenta de Promoción de la Salud del FOSYGA tiene por objeto financiar las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, de acuerdo con las prioridades que al efecto defina el Ministerio de Salud y Protección Social³.

A través de la Subcuenta, se financia el valor anual per cápita destinado al pago de las actividades de prevención de la enfermedad que realizan las EPS; al igual que los programas y campañas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que directamente realiza el Ministerio de Salud y Protección Social.

La promoción de la salud y su financiamiento se viene realizando por apropiación a partir del reconocimiento porcentual anual que se le hace a cada EPS por los afiliados compensados en el año dentro del sistema. A partir del año 2009 se ha incluido en los acuerdos de definición anual del valor de la UPC el porcentaje de recursos de la cotización que se transfiere a la Subcuenta de Promoción y Prevención así como el valor de la UPC per cápita reconocida por esta Subcuenta.

2.2.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La Subcuenta de Promoción de la Salud del FOSYGA se financia⁴ con un porcentaje de la cotización del RC. El artículo 26 del Decreto 1283 de 1996 define que la Subcuenta se financiará con un porcentaje de la cotización determinado por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud hasta el 2008 y los incluidos en los acuerdos desde el 2009; este porcentaje en ningún caso podrá ser superior a un punto de la cotización de los afiliados al RC.

³ Artículo 26 del Decreto 1283 de 1996.

⁴ Artículo 222 de la Ley 100 de 1993.

Este porcentaje del IBC de los cotizantes ha fluctuado en 0,5% en 2001; 0,16% en 2002, 2003 y 2004; 0,41% de 2005 a 2008; 0,30% en 2009; 0,25% en 2010; 0,4% en 2011; y 2012 y 0,3% en 2013, dado el comportamiento superavitario de la Subcuenta y la posibilidad de tener mayores recursos en la Subcuenta de Compensación.

Los otros recursos que financian esta Subcuenta del FOSYGA, están determinados en el artículo 224 de la Ley 100 de 1993, que, estableció el "Impuesto Social a las Armas y Municiones", e indicó: "A partir del 1° de enero de 1996, créase el impuesto social a las armas de fuego que será pagado por quienes las porten en el territorio nacional, y que será cobrado con la expedición o renovación del respectivo permiso y por el término de éste. El recaudo de este impuesto se destinará al Fondo de Solidaridad previsto en el artículo 221 de esta Ley. El impuesto tendrá un monto equivalente al 10% de un salario mínimo mensual legal vigente. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad-valorem con una tasa del 5%".

El artículo 27 del Decreto 1283 de 1996 reglamentó que los recursos provenientes del impuesto social a las municiones y explosivos de que trata el artículo mencionado anteriormente ingresarán a la Subcuenta de Promoción de Salud y se destinarán a la financiación de campañas de prevención de la violencia y de promoción de la convivencia pacífica, a nivel nacional y territorial. Este impuesto será recaudado por INDUMIL y deberá girarse al FOSYGA dentro de los primeros quince días calendario de cada mes.

Dichos porcentajes fueron modificados por la Ley 1438 de 2011, la cual estableció: "El impuesto tendrá un monto equivalente al 30% de un salario mínimo mensual. Igualmente, créase el impuesto social a las municiones y explosivos, que se cobrará como un impuesto ad valorem con una tasa del 20%".

Además, existen recursos que ingresan a esta subcuenta en virtud de lo definido en artículo 14 del Decreto 1703 de 2002, relacionado con aquellos cotizantes que se encuentran vinculados al Régimen de Excepción para el acceso a servicios de salud y que están obligados a efectuar los aportes de ley directamente al FOSYGA, de acuerdo con los ingresos que perciben.

Asimismo, hacen parte de los recursos que ingresan a esta Subcuenta los rendimientos financieros de las cuentas de recaudo de cotizaciones que administran las EPS o EOC y que están obligadas a girar según lo establecido en los artículos 3° y 4° del Decreto 2280 de 2004 y los rendimientos de las inversiones de la Subcuenta, de acuerdo con el artículo 3° del Decreto 1283 de 1996.

Por último, se encuentran los excedentes financieros de vigencias anteriores que se incorporan al cierre de la vigencia fiscal anterior y además se registran otros conceptos de ingresos con menor participación y menor frecuencia (sanciones, reintegro liquidación convenios y contratos vigencias anteriores, reintegro por no ejecución de programas de promoción y prevención, otros ingresos y transferencia de la subcuenta de solidaridad - otros recursos con situación de fondos).

2.2.2 UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS

Desde el Decreto 1283 de 1996, en el artículo 28 se estableció el valor anual per cápita para los planes de promoción y prevención, el cual será definido anualmente, valor que reconoce el FOSYGA a cada EPS y EOC por cada uno de sus afiliados aprobados en los procesos de compensación, según se reglamentó en el artículo 17 del Decreto 2280 de 2004. Cuando los recursos reconocidos son inferiores al porcentaje del IBC definido ante-

riormente, se denomina “superávit”, y las EPS deben girar este superávit al FOSYGA con los procesos de compensación; en caso contrario, el FOSYGA girará el déficit resultante.

Se detalla a continuación el aumento en promedio por año del 5,22% para el periodo 2000 – 2013. Se resalta que para el año 2005, según el Acuerdo 282 de 2004, el CNSSS acordó mantener igual el valor definido para el año anterior.

Tabla 1. Promoción y Prevención

Periodo de vigencia	Diaria en pesos	Anual en pesos	Mensual en pesos	% Promoción y Prevención
2001	32,64	11.750	979	0,50
2002	35,25	12.690	1.058	0,16
2003	37,47	13.489	1.124	0,41
2004	39,76	14.312	1.193	0,41
2005	39,76	14.312	1.193	0,30
2006	42,07	15.145	1.262	0,41
2007	44,17	15.901	1.325	0,41
2008	47,04	16.934	1.411	0,41
2009	51,04	18.374	1.531	0,30
2010	52,93	19.055	1.588	0,25
2011	55,18	19.865	1.655	0,40
2012	56,00	20.160	1.680	0,40
2013	58,18	20.945	1.745	0,30

Fuente: Base datos Compensación FOSYGA.

2.2.3 PROCESO DE COMPENSACIÓN DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

El proceso de compensación de la Subcuenta de Promoción de que trata el artículo 17 del Decreto 2280 de 2004, desde el año 2001 hasta el 2013, puede analizarse de la siguiente manera a partir del resultado de las declaraciones de giro y compensación.

En la siguiente tabla se evidencia que para los años 2002, 2005, 2009 y 2010 se registra déficit en la Subcuenta, siendo este más alto para el año 2002 cuando fue mayor la disminución del porcentaje del IBC que se le destinó, el cual fue de 0,16%. En contraposición a lo anterior, la situación de superávit de la Subcuenta tuvo su repunte en el año 2011, en el que se decidió pasar el porcentaje de recursos de cotizaciones del 0,25 al 0,4.

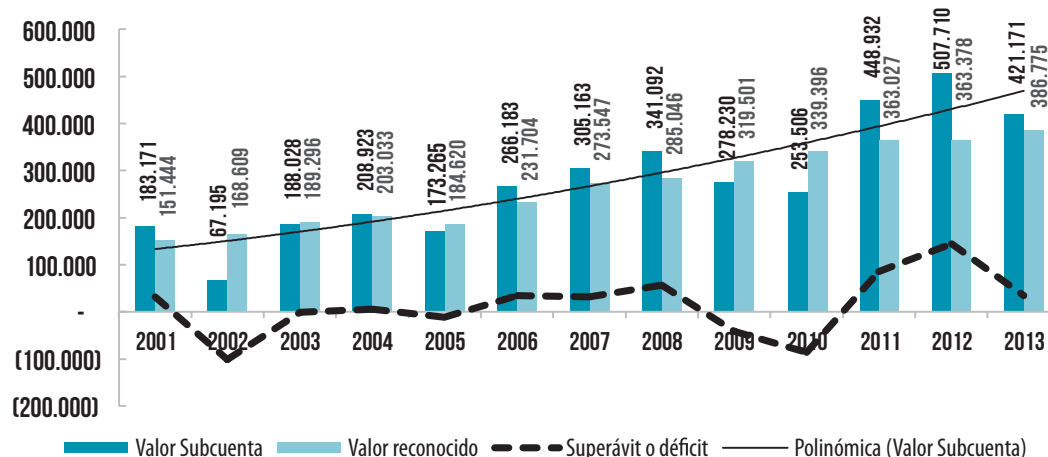
Tabla 2. Variables Proceso Compensación, Promoción y Prevención, millones de pesos

Periodo	Promedio de afiliados	IBC	Valor Subcuenta	Valor reconocido	Superávit o déficit
2001	13.044.308	36.633.037	183.171	151.444	31.727
2002	13.735.172	41.867.510	67.195	168.609	(101.414)
2003	14.094.619	45.812.103	188.028	189.296	(1.268)
2004	14.408.562	50.957.815	208.923	203.033	5.890
2005	15.521.729	57.496.891	173.265	184.620	(11.355)
2006	16.366.375	64.739.629	266.183	231.704	34.479
2007	17.510.880	74.261.797	305.163	273.547	31.616
2008	18.066.476	83.033.627	341.092	285.046	56.046
2009	18.802.672	92.722.659	278.230	319.501	(41.271)
2010	19.377.419	101.386.385	253.506	339.396	(85.890)
2011	20.094.444	112.204.949	448.932	363.027	85.905
2012	20.465.189	124.723.119	507.710	363.378	144.332
2013	20.681.599	135.948.199	421.171	386.775	34.396

Fuente: Base datos Compensación FOSYGA.

Teniendo en cuenta el comportamiento superavitario que ha mostrado esta Subcuenta y la posibilidad de poder contar con mayores recursos en la Subcuenta de Compensación, para el año 2013 el porcentaje del IBC destinado a Promoción y Prevención se reduce al 0,20; en ese sentido el resultado que se obtiene en 2013 es un superávit de \$34.369 millones.

En la siguiente gráfica puede verse el crecimiento constante de los recursos reconocidos por el FOSYGA a las EPS para desarrollar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de sus afiliados; así mismo se registra el comportamiento similar del superávit o déficit frente a los ingresos de la Subcuenta.

Gráfica 1. Comportamiento de la Subcuenta de Promoción y Prevención 2001-2012


Fuente: Base de datos Compensación, FOSYGA

Los valores reconocidos a las EPS o EOC desde el año 2000 hasta el 2013 han tenido crecimiento constante, el cual en promedio llegó al 8,63%, exceptuando los años 2004 y 2005, en los que por decisión del CNSSS el valor per cápita de reconocimiento fue igual.

En la tabla 3 se registran las variaciones de

afiliados al RC y las de los recursos reconocidos a las EPS o EOC para programas de promoción y prevención, en los últimos 8 años. Se observa que el 2007 fue el año con el mayor aumento de afiliados, con el 7%, coincidiendo con el mayor aumento en los recursos reconocidos a las EPS-EOC, con el 18,06%.

Tabla 3. Variaciones de afiliados al Régimen Contributivo y de los recursos reconocidos a las EPS o EOC para programas de promoción y prevención

Periodo/Concepto	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Afiliados promedio anual	16.366.375	17.510.880	18.066.476	18.802.672	19.377.419	20.094.444	20.465.189	20.691.599
Variación afiliados	5%	7,0%	3,2%	4,1%	3,1%	3,7%	1,8%	1,1%
Valor reconocido P y P en millones de pesos	231.704	273.547	285.046	319.501	339.396	363.027	363.378	386.775
Variación recursos	26,2%	18,1%	4,2%	12,1%	6,2%	7,0%	0,1%	6,4%

Fuente: Declaraciones de compensación - Bases de datos del FOSYGA.

3. VARIABLES DEL PROCESO DE GIRO Y COMPENSACIÓN

3.1 RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

3.1.1 AFILIADOS COMPENSADOS

La gráfica 2 muestra la evolución tanto de los afiliados compensados como de los cotizantes y beneficiarios durante el período comprendido entre enero de 2001 y noviembre 2013.

La gráfica nos podría llevar al reconocimiento de dos períodos en lo concerniente a nivel y variabilidad de la serie: El primero hasta 2004 y el segundo desde 2005 hasta 2013. No obstante, tal partición no garantiza que la determinación de las dos submuestras sea única, es decir, los regímenes podrían estar asociados a períodos un poco diferentes. El primer período se caracteriza por una alta variabilidad primero en los beneficiarios, seguida por afiliados y finalmente la variable que presenta la menor variabilidad en este período es el número de cotizantes no obstante, tiene una alta variabilidad, entre los años 2000 y 2001. El segundo período se caracteriza por tener una variabilidad menor tanto en cotizantes como en beneficiarios y afiliados. Es importante mencionar que otra característica de este período es la disminución de la brecha entre cotizantes y beneficiarios, es decir, los cotizantes mostraron un mayor crecimiento frente a sus similares beneficiarios.

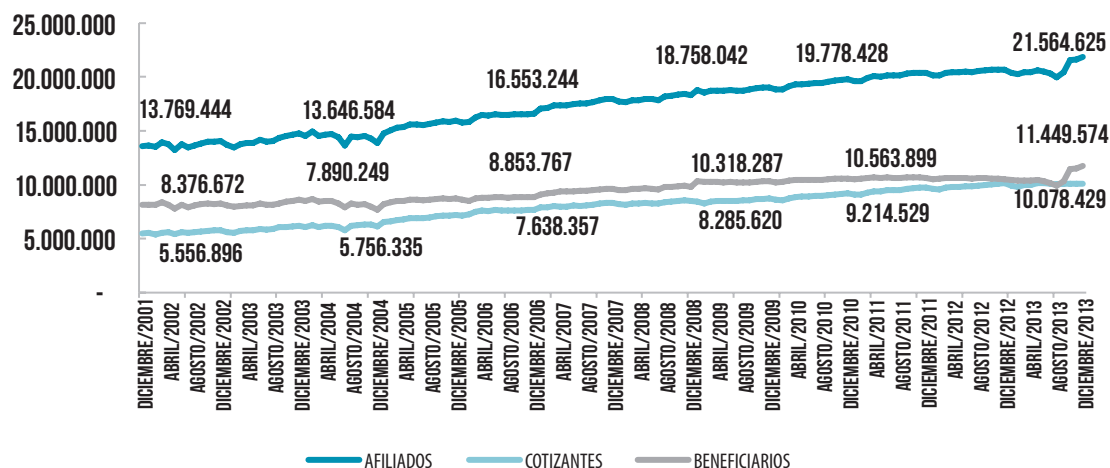
En el año 2005, el número total de afiliados sufre una contracción debido a la implementación del Decreto 2280 de 2004, a partir del período compensado febrero de 2005 registra un aumento sostenido de los afiliados, concentrado en el grupo de tipo cotizantes, mientras los beneficiarios vienen decreciendo.

Para el cierre de 2013 se calcula que los afiliados compensados alcancen los 20,69 millones de personas, es decir un 1,11% más que en el año 2012, que en cifras absolutas corresponde a 226 mil personas. Por el lado de los cotizantes, se espera mantengan una tendencia creciente con un incremento cercano al 1,71%, mientras que por el lado de los beneficiarios se espera un crecimiento del 0,54%.

En el 2012 los afiliados compensados ascendieron a 20,46 millones, con un crecimiento del 1,76% frente al 2011, que en cifras absolutas representa 370.745 afiliados adicionales. Por tipo de afiliado, los cotizantes suman 9,8 millones y registran un incremento del 4,2%, es decir, 403.861 personas más que en el 2011. Los beneficiarios superan el número de cotizantes, en el 2012 sumaron 10,6 millones, lo que representa un descenso de 0,33% frente al año 2011, es decir, 35.029 beneficiarios menos.

Gráfica 2. Evolución afiliados promedio compensados en el Régimen Contributivo de Salud 2001-2013

(número de personas)



Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013. Gráfica: DFS – MSPS.

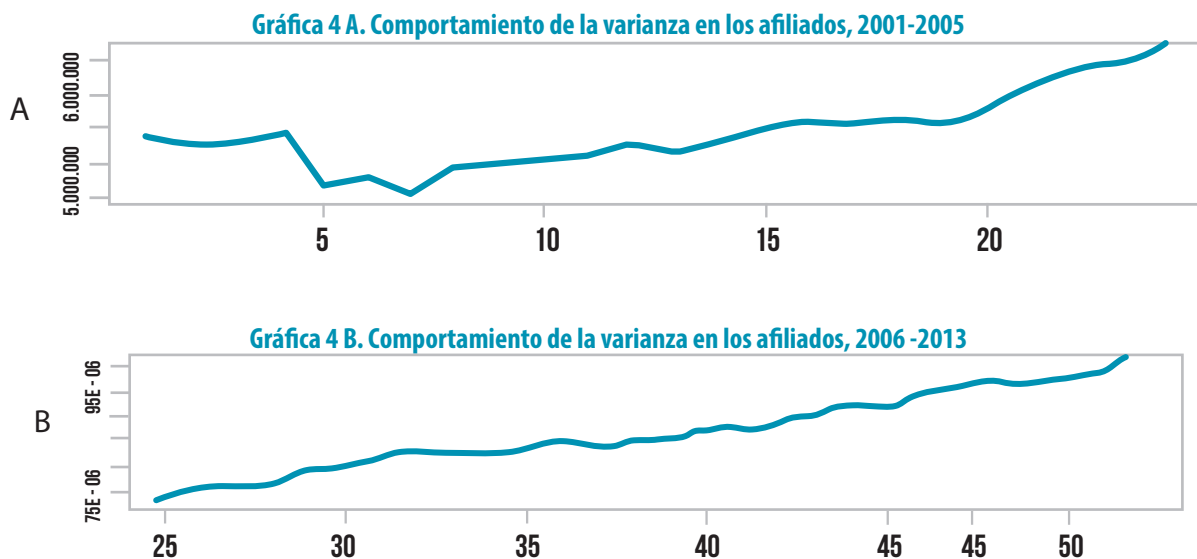
En las gráficas 3 y 4 se muestran la tasa de variación de los cotizantes y el comportamiento de la varianza para dos períodos diferentes (2001 - I – 2005 - IV) y (2006 - I – 2013 - II). Se evidencia una fluctuación fuerte hasta el segundo trimestre de 2005 (ver gráfica 4 panel A), periodo en el cual la variación de los cotizantes tiene un comportamiento creciente (línea tendencia gráfica 3). Para el periodo

(2006 - I -2013 - II), la variación de los cotizantes muestra un leve descenso entre el primer trimestre de 2006 y el cuarto trimestre de 2009; a partir de ahí se revierte la tendencia. Es importante mencionar que en este período no existe una fluctuación tan marcada como en el período anterior (ver gráfica 4, panel B).

Gráfica 3. Tasa de crecimiento de los cotizantes compensados dentro del sistema, 2000- 2013



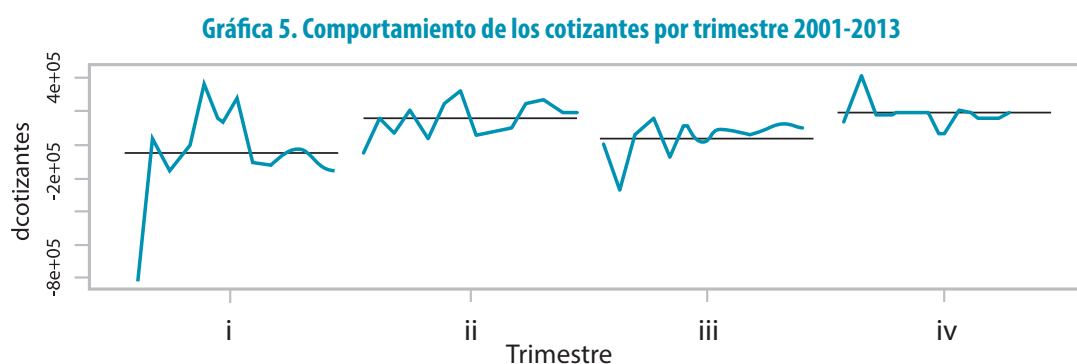
Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013; cálculos DFS–MSPS.



Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013; cálculos DFS–MSPS

En la gráfica 5 se muestra que existen diferencias en el número de cotizantes en cada trimestre. Se evidencia que el primer trimestre de cada año presenta un descenso en el número de cotizantes frente a los otros tres tri-

mestres del año, lo que puede ser explicado por el empleo estacional de diciembre; va aumentando en la medida en que la economía va generando nuevos empleos formales y las empresas se van consolidando.



Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013; cálculos DFS–MSPS

3.1.2 INDICADORES DE DENSIDAD FAMILIAR Y DENSIDAD SALARIAL

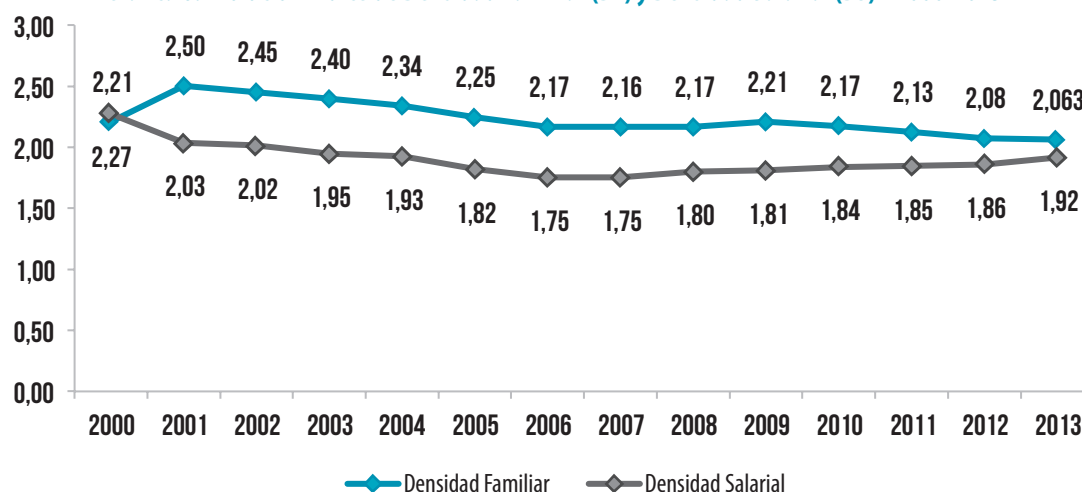
DENSIDAD FAMILIAR⁵

En análisis de la densidad familiar, esta viene descendiendo gradualmente durante el período de 2001 a 2013, como se observa en la gráfica 6. Para el caso del año 2013 dicho indicador disminuyó 0,07 puntos (2,063) frente al registrado en 2011 (2,07). Si se compara con periodos anteriores, la disminución oscila en el rango de 0,005 a 0,4 puntos de disminución anual.

De forma general, la densidad familiar viene disminuyendo a razón de un 1,8% promedio por año desde el 2002.

Temas como el impacto de las variables macroeconómicas del incremento del PIB, la política monetaria, así como las políticas gubernamentales de formalización y generación de empleo han permitido que la dinámica en el crecimiento de los cotizantes haya sido sostenible, soportado además por una marcada tendencia en la disminución de las cifras de desempleo y por el mejoramiento de los indicadores de empleo formal no temporal.

Gráfica 6. Evolución índice de Densidad Familiar (DF) y Densidad Salarial (DS)– 2000-2013



Fuente: - Base proceso de compensación 2000 –2012; Gráfica: DFS – MSPS.

DENSIDAD SALARIAL⁶

En el cálculo de la densidad salarial inciden tres indicadores: primero, la variación de los cotizantes, que, en la medida que aumenta su número, hace que se regule el IBC declarado por ellos. En segundo lugar está la relación del salario mínimo frente a la inflación causada, lo que hace que un aumento alto en cotizantes

e inflación lleve a una disminución de la densidad salarial. Finalmente, está el PIB, que al incrementarse, la calidad del IBC mejora.

En este contexto en el comportamiento de esta variable, mientras el PIB lleva la densidad en aumento, el número de cotizantes y el salario mínimo, atado a la inflación causada inside en la disminución del indicador.

Un análisis de la gráfica 6 permite la identificación de dos momentos en el comportamiento de esta variable. El primero podría conside-

⁵ Calculada como la relación entre el número de cotizantes frente al número total de afiliados de un mismo periodo compensado.

⁶ Relación que existe entre el Ingreso Base de Cotización promedio y el valor decretado como salario mínimo al corte de cada año.

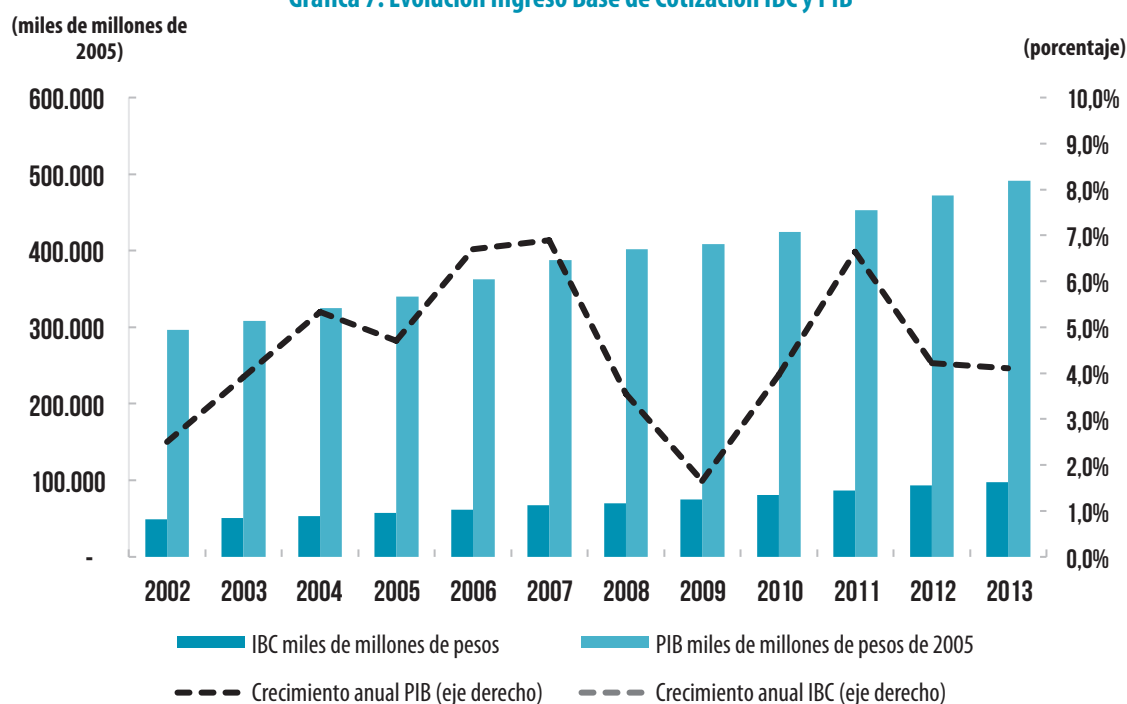
rarse hasta 2006, el segundo correspondería al período comprendido entre 2007 y 2013. El primero período se caracteriza por tener una tendencia a la baja, así como por una mayor variación entre períodos, por el contrario, el segundo muestra una tendencia creciente sostenida.

En efecto, para el período comprendido entre 2009 y 2012 la densidad salarial, creció en promedio, 0,015 puntos por año. No obstante, el año 2008 tiene otra característica: la densidad salarial se ubicó en 1,80, es decir, un incremento de 0,05 puntos frente al mismo período de 2007 (1,75). La explicación al repunte en este período de la densidad salarial está dada por la mayor dinámica en el IBC versus los incrementos decretados en el salario mínimo. Para el año 2013, el índice de densidad salarial se ubica en 1,92, es decir, 0,06 puntos más que en el año 2012 inmediatamente anterior (gráfica 7).

3.1.3. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN

El Ingreso Base de Cotización a partir del año 2002 ha mantenido una tendencia creciente del orden del 6,4% promedio real anual, siendo los de más alto registro los años 2007 y 2010, 8,5% y 8,6% respectivamente. Esta tendencia sostenida permitió que la Subcuenta de Compensación pasara de un carácter deficitario a superavitario en el año 2005, siendo el año 2002 el punto de quiebre a razón que la variación del IBC pasara de una variación negativa a un 6,8% 2001-2002. Es de señalar que este fuerte cambio se deriva de la aplicación de un nuevo modelo de registro, control y validación de la información del recaudo, liquidación y compensación de los recursos a partir del manejo bases de datos estructuradas y procesos sistematizados y del impacto positivo de las variables macroeconómicas.

Gráfica 7. Evolución Ingreso Base de Cotización IBC y PIB



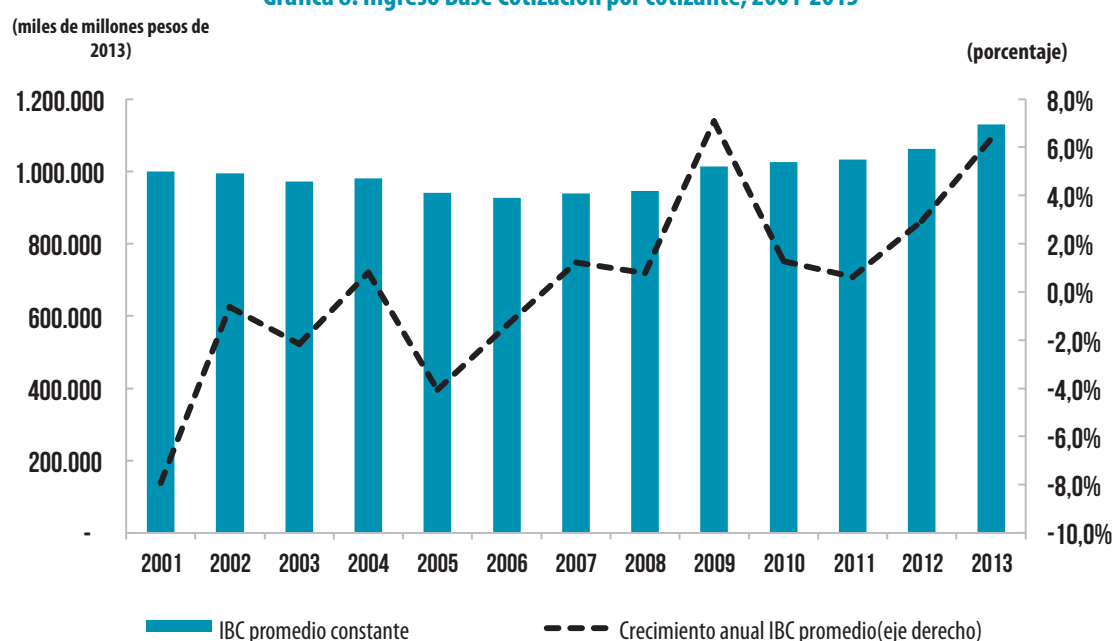
Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013. Gráfica: DFS–MSPS.

A partir de 2007, y teniendo en cuenta que el número de cotizantes se incrementa de forma casi constante hasta el fin de la serie estudiada, el IBC muestra crecimientos más parecidos a variables como el PIB, ya que es la variable que empieza a influir en este tipo de incrementos en el futuro.

El comportamiento de la variación del IBC, presentó trayectorias similares con el compor-

tamiento de la variación del PIB entre 2003 y 2008, lo que indica que el incremento del IBC fue por vía del PIB y del aumento de cotizantes. Por el contrario, para los años 2009 y 2012 las dos variables presentaron trayectorias divergentes, teniendo en cuenta la desaceleración del PIB; el efecto en estos periodos se dio más por aumento de cotizantes que por efectos del PIB.

Gráfica 8. Ingreso Base Cotización por cotizante, 2001-2013



Fuente: Base proceso de compensación 2001–2013

Por su parte, el IBC promedio en términos reales por cotizantes compensados mostró una tendencia decreciente entre 2001 y 2007; a partir del año 2008 se revierte la tendencia alcanzando el crecimiento más alto en 2009 con 7,1%. Es de señalar que en este año también se dan el crecimiento más alto del IBC a precios corrientes (9,2%) y la inflación más baja (2,0%).

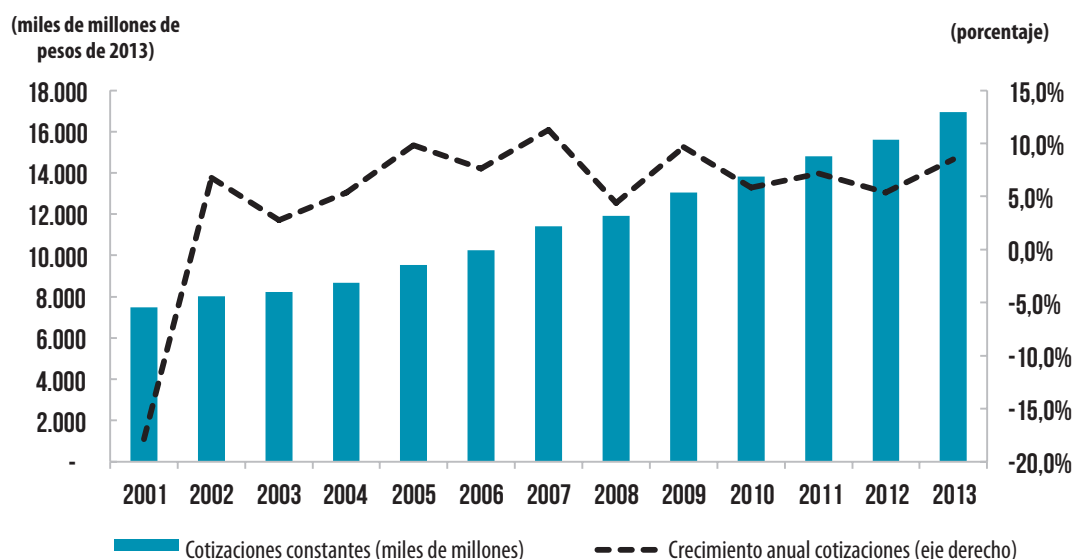
En 2012 el IBC promedio de los cotizantes en términos reales se ubicó en \$1.062.322, lo que representa un crecimiento de 2,9% frente al año 2011; para 2013 se espera que el IBC promedio tenga un crecimiento de 6,4% en términos reales, es decir, se ubique en \$1.129.841, manteniendo la tendencia de crecimiento, entre otras razones, debido al crecimiento del PIB, cuyo indicador se estima alcanzará un 4,1%.

3.1.4 COTIZACIONES

Derivado del comportamiento del IBC, las cotizaciones han mostrado en general una tendencia creciente desde 2001, registrando para el 2013, en términos reales, \$16,94 billones, lo

que significó \$1,3 billones más que el valor registrado en el año anterior, es decir, una variación del 8,51% en términos reales. A partir de 2002, Las cotizaciones se han expandido a una tasa promedio anual de 7,05%, es decir \$787mil millones promedio anual.

Gráfica 9. Cotizaciones

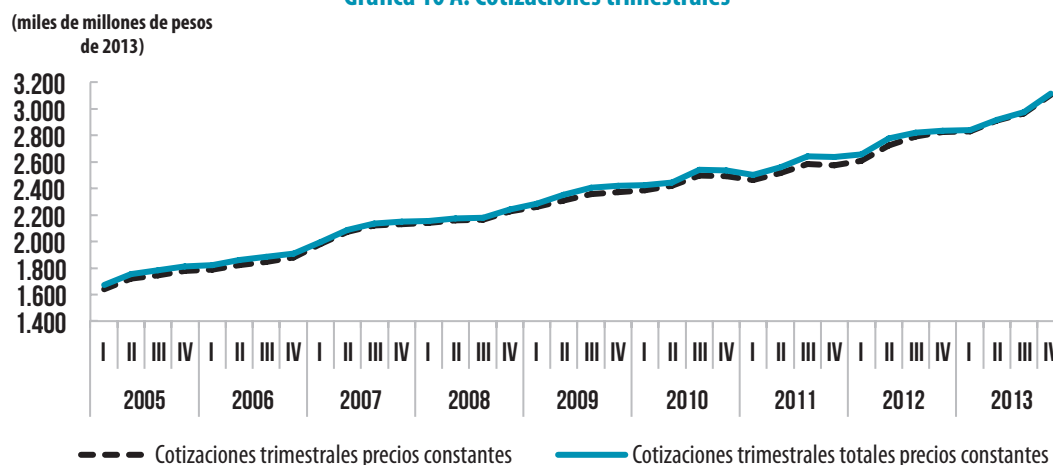


Fuente: Base proceso de compensación 2001–2013.

Un análisis gráfico trimestral nos deja ver que en términos reales, tanto las cotizaciones como las cotizaciones totales mostraron en general una tendencia creciente a partir del I-2005 con \$1.640 y \$1.672 miles de millones, respectivamente; en el IV-2013 se ubican en \$4.441 y \$4.453 miles de millones, respectivamente. (gráfica 10 panel A).

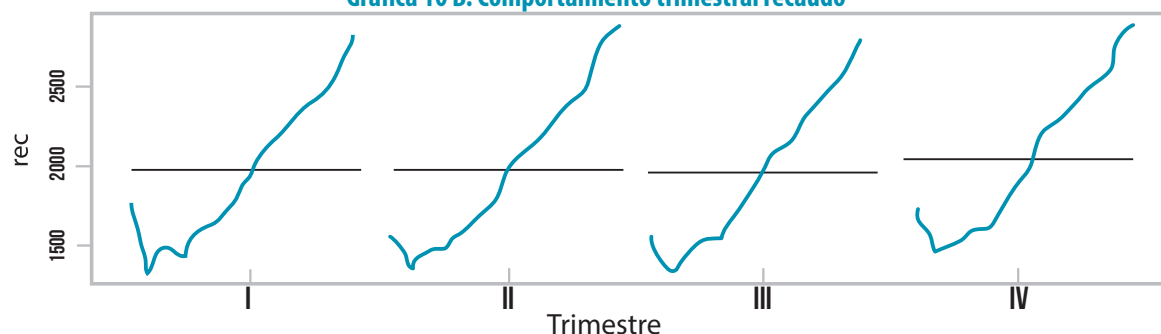
Además, se observa que la serie aparentemente tiene un comportamiento estacional (la serie en niveles aumenta o disminuye dependiendo de la época del año) similar a los procesos de empleabilidad de la economía, ya que el mayor recaudo se obtiene en el IV - trimestre de cada año (gráfica 10 panel B).

Gráfica 10 A. Cotizaciones trimestrales



Fuente: Base proceso de compensación 2005–2013. Gráfica: DFS–MSPS.

Gráfica 10 B. Comportamiento trimestral recaudo



Fuente: Base proceso de compensación 2005–2013. Gráfica: DFS–MSPS.

3.1.5 PONDERADOR DE LA UPC

El ponderador de la UPC se define como la relación entre el promedio de reconocimientos de UPC efectuados en el proceso de compensación y la UPC promedio aprobada para cada período. Este ponderador registra una tendencia creciente a partir del año 2006 cuando se ubicó 0,995; en el 2007 asciende a 1,013, y para el 2013 se estima alcance 1,089 (gráfica 11).

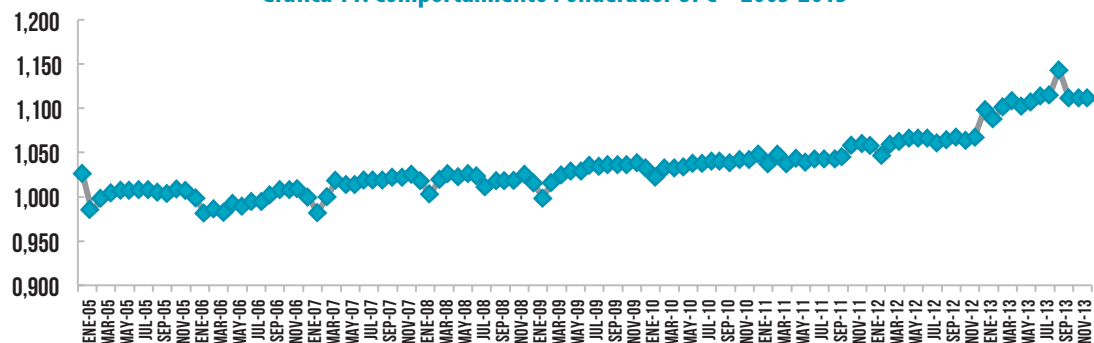
El repunte registrado en los años 2007 y 2008 obedece principalmente al ajuste realizado en

los ponderadores de los grupos etarios de 45 a 59 años y mayores de 60 años, que aunque no incrementaron el valor promedio de la UPC, sí inciden en el cálculo del ejercicio de compensación. Las razones de la tendencia en el incremento del ponderador para los años 2009 a 2011 están relacionadas con el paso de distribución de 7 a 14 grupos etarios, así como la concentración de grupos de edad con alta demanda de servicios y costos en pocas EPS, lo que ha requerido que se adopten medidas que corrijan el problema detectado y que contribuya a una distribución equitativa de los riesgos, estableciendo un ponderador

sobre la UPC-C promedio que resultará de relacionar la diferencia de la participación de afiliados activos mayores de 50 años en el

total de la población del RC de mayores de 50 años y el promedio y la desviación estándar de esta.

Gráfica 11. Comportamiento Ponderador UPC – 2005-2013



Fuente: Base proceso de compensación 2000 –2013. Gráfica: DFS–MSPS.

4. METODOLOGÍA DEL MODELO UNIFICADO DE FINANCIACIÓN

La metodología se basa en el análisis de los reconocimientos de la UPC de cada uno de los regímenes, así como en el comportamiento de las fuentes y usos de recursos.

Se incluyen dentro de los análisis la proyección de las poblaciones del RC, RS y de régimen de excepción a partir de la población que el DANE tiene como horizonte de total de población. La proyección de la población del RC así como la densidad familiar y la densidad salarial, se llevo a cabo mediante series de tiempo. En la siguiente sección se explicará el procedimiento utilizado para llevar a cabo estas proyecciones.

Por otra parte, se construyen los balances global de compensación y solidaridad, desde el punto de vista metodológico, hace parte de proceso de cuantificación de las variables que componen los ingresos y los egresos de cada una de la Subcuentas y su relación con una variable de referencia para todo el sistema, constituida por la suma total del IBC. El IBC representa la masa total de recursos sobre los cuales operan las reglas de la cotización, la solidaridad y prestaciones económicas y de servicios en el SGSSS.

Como los recursos representan la relación entre las personas y el sistema, podríamos decir que en la estructura de los ingresos se relaciona poblacionalmente a los cotizantes y aportantes, y en la estructura de los egresos se consideran fundamentalmente los afiliados totales (cotizantes, beneficiarios y adicionales).

Los aspectos metodológicos implican en primer lugar la forma como se cuantifican las anteriores variables, en segundo lugar la forma como se proyectan y en tercer lugar la forma como se construyen los escenarios.

4.1 PERIODO DE ANÁLISIS Y PROYECCIÓN

Un período largo permite analizar de mejor forma el comportamiento de las variables del Sistema; en ese sentido, el período de análisis se extiende de 2001 a 2013, siendo 2001 el año en que se marca el inicio sistemático del proceso de compensación individual como resultado de la aplicación de la Resolución 2309, la posterior entrada en vigencia del Decreto 2280 de 2004 y el decreto 4023 en el año 2013. Las proyecciones se realizan para los años 2013-2020.

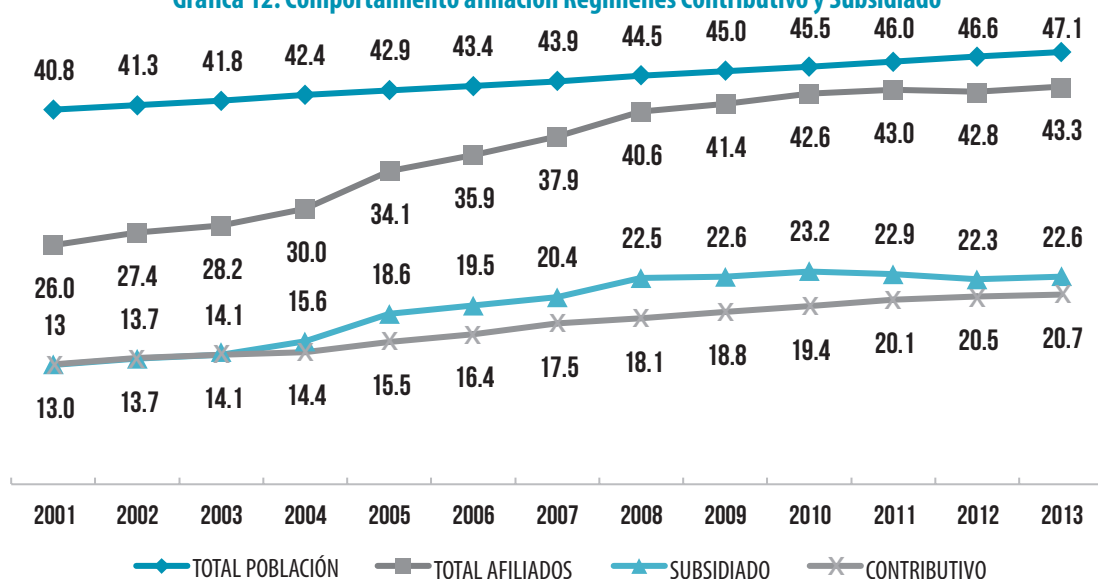
4.2 ANÁLISIS DE VARIABLES Y SUPUESTOS

A) POBLACIÓN PAÍS

Partiendo del comportamiento histórico de la población afiliada, tanto del RS como del RC se hace la proyección para los próximos 7 años. En ese sentido, la gráfica 12 muestra el comportamiento de los afiliados en el período 2001-2013; por el lado de los afiliados al RC, se observa un comportamiento creciente del orden del 3,7% promedio anual, por el lado del RS se observa una tendencia creciente con leves períodos de oscilación. Lo anterior ha contribuido a que la brecha entre el total de la población y la población asegurada haya disminuido de manera importante en los últimos

años; en efecto, en el 2001 el total de la población asegurada se encontraba alrededor de 63% y a partir del año 2009 se ubica por encima del 90%.

Gráfica 12. Comportamiento afiliación Regímenes Contributivo y Subsidiado



Fuente: Base Datos Subcuenta de Compensación FOSYGA
BDUA R. RS / RC

Uno de los grandes supuestos se refiere a la población país estimada por el DANE, que es el referente sobre el cual se plantea la proyección de la universalización de la afiliación y en ese contexto la proyección de la afiliación tanto al RC, el RS y régimen de excepción.

La población base es la de 2005, ajustada mediante conciliación del Censo General 2005 considerando los niveles y estructuras de la fecundidad, mortalidad y migración.

Para la proyección de este componente demográfico, se evoluciona para cada quinquenio del periodo 2005–2020 el saldo neto migratorio por sexo, manteniendo constante la estructura etarea del quinquenio 2000-2005 bajo los supuestos de la migración internacional, migración interna, ajustes por grupos de edad y sexo, y ajustes en la distribución de la población en cabecera y municipales.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por el DANE, la población del país para el 2013 sería de 47.120.770 personas, que representa un incremento del 1,2% respecto del año anterior, y se estima un total de 50.912.429 para el 2020, para una tasa de crecimiento promedio anual de 1,12% (tabla 5).

Tabla 4. Proyección de la población del país, 2005-2020

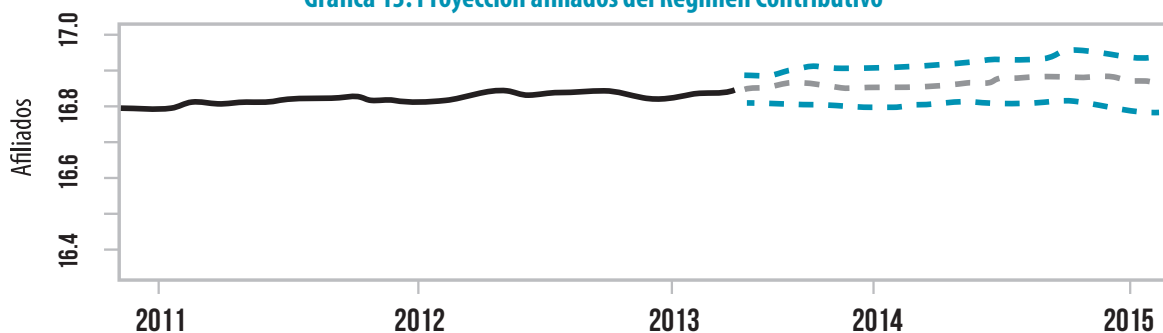
	2013	2014	2015	2016
POBLACIÓN DEL PAÍS SEGÚN DANE	47.120.770	47.661.368	48.202.617	48.747.632
	2017	2018	2019	2020
	49.291.925	49.834.727	50.375.194	50.912.429

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

B) POBLACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La proyección de las variables de población del RC se llevó a cabo de manera trimestral teniendo en cuenta la relación que presentan estas variables frente a variables macroeconómicas como son el PIB, el desempleo y la inflación. Además es importante tener en cuenta el componente estacional que presentan las series cuando la serie es analizada trimestralmente.

La estimación de la población afiliada al RC se realizó mediante la utilización de series de tiempo (ARIMA) teniendo en cuenta que la serie trimestral presenta tendencia, ciclos y estacionalidad. Mediante la utilización de los modelos ARIMA, es posible entender el comportamiento de las variables a través del tiempo y de esta forma poder estimar proyecciones a corto y mediano plazo.

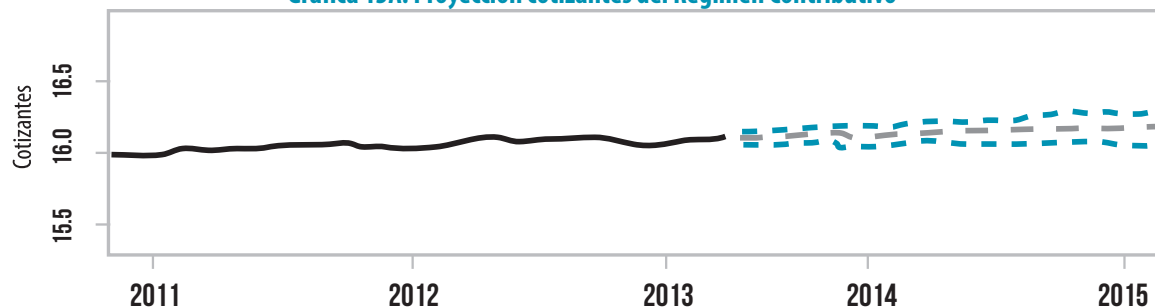
Gráfica 13. Proyección afiliados del Régimen Contributivo

Fuente: Base proceso de compensación 2000 –2013. Cálculos: DFS – MSPS

Las variables fueron proyectadas mediante modelos SARIMA, teniendo en cuenta el componente estacional que tienen las series; así, la variable a afiliados se proyectó mediante el modelo SARIMA (3,1,1)(2,1,1).

Con el segundo AR estacional no significativo, por el lado de los cotizantes la proyección se hizo mediante el modelo SARIMA(2,1,2)(1,1,1) y para los beneficiarios se utilizó el modelo SARIMA(1,1,1)(1,1,2).

Gráfica 13A. Proyección cotizantes del Régimen Contributivo

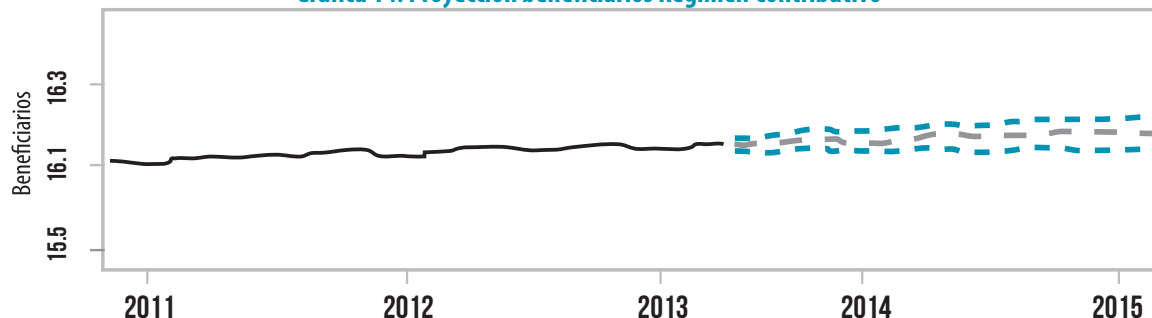


FUENTE: Base proceso de compensación 2000–2013. Cálculos: DFS–MSPS

La variable de población conocida como beneficiarios adicionales se proyectó mediante un modelo SARIMA (1,1,1)(1,1,1); es importante aclarar que los datos de esta variable se toman a partir del año 2005 ya que antes de 2003 la población del RC no discriminaba los afiliados bajo esta variable, en el período

2003-2004, si bien es cierto se empieza a hacer tal discriminación, los datos que se obtienen son en promedio alrededor de 25 beneficiarios adicionales, mientras que a partir del primer trimestre de 2005 el promedio trimestral oscila entre 35.000 y 40.000.

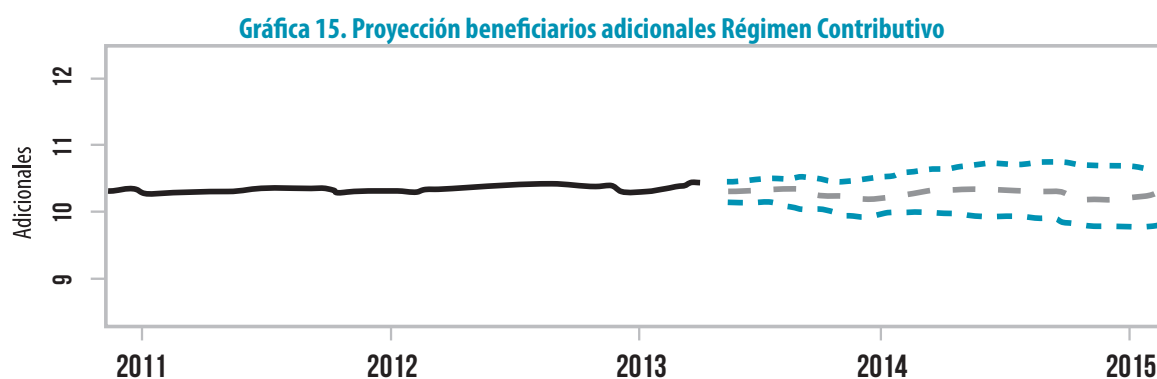
Gráfica 14. Proyección beneficiarios Régimen Contributivo



Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013. Cálculos: DFS–MSPS.

La serie de beneficiarios adicionales presenta una tendencia decreciente a partir del 2006, pero a partir de 2011 la serie acentuó su tendencia decreciente, y en ese sentido la proyección se da con tendencia a la baja. para el 2013 se espera que los beneficiarios adicionales se ubiquen en 31.969 personas y para 2020 se espera un registro de 21.487, es decir, una reducción de cerca del 34%.

Para el 2013 se espera que los beneficiarios adicionales se ubiquen en 31.969 personas y para 2020 se espera un registro de 21.487, es decir, una reducción de cerca del 34%.



Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013. Cálculos: DFS–MSPS.

c) DENSIDAD FAMILIAR Y SALARIAL DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

De acuerdo con el resultado de las proyecciones de las variables de población y con el pronóstico estimado del IBC (se espera que esta variable tenga un crecimiento sostenido alrededor del 9% anual), la densidad familiar

tendrá una tendencia decreciente en el período 2013-2020 continuando con la tendencia que viene registrando en los últimos años. Por el contrario la densidad salarial presentará una tendencia creciente registrando 1,88 en el 2013 y se ubica en 1,92 en el año 2020, manteniendo la tendencia que ha venido mostrando desde el año 2007 (tabla 5).

Tabla 5. Proyección de las variables poblacionales del Régimen Contributivo								
Variable	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Afiliados	20.681.599	21.198.119	21.594.185	22.065.630	22.528.993	23.025.772	23.541.523	24.087.233
Cotizantes	10.031.102	10.242.848	10.469.789	10.730.698	10.985.398	11.254.723	11.531.996	11.823.004
Beneficiarios	10.618.528	10.924.497	11.094.957	11.306.929	11.517.128	11.746.167	11.986.307	12.242.742
Adicionales	31.969	30.773	29.438	28.002	26.467	24.881	23.219	21.487
Densidad familiar	2,062	2,070	2,063	2,056	2,051	2,046	2,041	2,037
Densidad salarial	1,880	1,884	1,893	1,901	1,907	1,913	1,918	1,923

Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013.

d) TENDENCIA DE CRECIMIENTO NORMAL EN EL NÚMERO DE COTIZANTES Y BENEFICIARIOS

El crecimiento normal que presentarán los cotizantes y los beneficiarios para el período 2014-2020 es:

Tabla 6. Número de cotizantes y beneficiarios por crecimiento normal							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cotizantes	181.746	256.941	260.909	254.700	269.325	277.273	291.008
Beneficiarios	195.970	270.460	211.972	210.199	229.039	240.140	256.434

Fuente: Base proceso de compensación 2000–2013.

e) POBLACIÓN RÉGIMEN SUBSIDIADO.

Respecto de la población del RC, los supuestos de proyección del modelo unificado utilizaron como base de cálculo de los datos la siguiente metodología:

1. Análisis del comportamiento de población del Sisbén para la serie 2011-2020.
2. Tasa de crecimiento Población Sisbén I 1,11% promedio anual.
3. Total de población afiliada al RC y RS registrada en la BDUA.
4. Establecimiento del potencial de afiliados al RS.

5. Estimación de los afiliados que serán sujetos de subsidio parcial a la cotización de la población restante para afiliarse al RS.

El comportamiento de la población del Sisbén, muestra que para el año 2014 serán 33.093.338 personas y para el 2020 34.015.200, siendo el incremento del orden del 3,96% entre dichos años.

Se estima que de este grupo poblacional, el 31,82% de las personas se mantenga en el RC y que dicho porcentaje se aumente en 0,07 puntos cada año hasta el 2020, con lo que el comportamiento de la población correspondería a:

Tabla 7. Comportamiento de la población de los niveles I, II y III del Sisbén, millones de personas								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Población Sisbén	32.72	33.09	33.47	33.85	34.14	34.27	34.23	34.02
Sisbén afiliados al RC.	10.41	10.53	10.65	10.80	11.03	11.08	11.06	10.99

Fuente: Proyecciones: Ministerio de Salud y Protección Social

La población registrada en la base de datos del RS al cierre del año 2013 es del orden de 22.295.165 personas y se estima que al 2020 llegue a 24.185.069 personas.

La regla sobre la cual se establece esta proyección es determinar el potencial de afiliados para cada año de la serie 2013 a 2020, teniendo en cuenta:

- a. (+) La población Sisbén para cada año.
- b. (-) La Población del Sisbén afiliados al RC.
- c. (+) La población indígena.
- d. (=) Potencial de población por afiliar.

Tabla 8. Proyección de usuarios afiliados al Régimen Subsidiado, millones de personas

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
a	32.72	33.09	33.47	33.85	34.14	34.27	34.23	34.02
b	10.41	10.53	10.65	10.80	11.03	11.08	11.06	10.99
c	1.07	1.07	1.07	1.07	1.07	1.07	1.07	1.07
d= a - b + c	23.38	23.63	23.89	24.11	24.17	24.26	24.24	24.09

Fuente: BDUA RS / Proyección MSPS

Luego de fijar este valor, se establece la meta de población para lograr la universalización del aseguramiento, esto es:

- a. (+) Potencial de población por afiliar.
- b. (-) Afiliados al Régimen Subsidiado registrados en la BDUA al comienzo de cada año.

- c. (=) Meta de aseguramiento.

Tabla 9. Meta de población por afiliar para lograr la universalización, millones de personas

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
d	23.38	23.63	23.89	24.11	24.17	24.26	24.24	24.09
e	22.30	22.62	22.82	23.25	23.64	23.91	24.10	24.19
d-e	1.08	1.01	1.07	0.86	0.54	0.36	0.14	

Fuente: BDUA RS Proyección MSPS

A partir del establecimiento de la meta de aseguramiento, el Ministerio maneja el siguiente supuesto para la afiliación de esta población.

- a. Que el 30% de la población se afilió en el transcurso del año 2014, el 20% en el año 2014, el 40% en el 2015 y con incremento del 0,05 puntos por año hasta el 2020.

- b. Población afiliada al RS en el cierre de cada año.

Tabla 10. Proyección de usuarios afiliados por período, millones de personas

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
g	0.32	0.20	0.43	0.39	0.27	0.19	0.09	0.00
h	22.62	22.82	23.25	23.64	23.91	24.10	24.19	24.19

Proyecciones: Ministerio de Salud y Protección Social

Es de anotar que de acuerdo con la dinámica que se deriva de la variación de cada uno de los parámetros anteriores, y de la misma población total del país, siempre existirá un número determinado de población que resulte para asegurar, pero que con referencia al total de la población permite establecer que exista un porcentaje técnico de aseguramiento total.

El modelo lo que permite verificar adicional a la variación de la población es la observación de la sostenibilidad y garantía de los recursos para el aseguramiento total con unificación de los planes de Beneficios.

De los anteriores resultados se obtiene un porcentaje de cobertura universal para los años 2014 al 2020 del orden de 97,01 para el 2014; 97,90 para el 2015 y 99,43 para el 2020.

f) UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Para la estimación del gasto por UPC para los años 2014 al 2020, se parte de las determinaciones de este valor para el año 2013 mediante la Resolución 4480 de 2012. En esta resolución se establece que el valor promedio de la UPC para este régimen durante el 2013, es de \$568.944,00.

A partir de este valor se estima el valor de la UPC para los años 2014 a 2020 teniendo en cuenta los siguientes supuestos:

- Incremento estimado del orden del 5% para los años 2014 a 2017 y un incremento del 3% para los años 2018 a 2020, con un decrecimiento escalonado en las tasas de ajuste.
- Ajuste por el ponderador de UPC que corresponde a la relación entre el valor real reconocido por UPC y el valor promedio aprobado por el Acuerdo. Se estima que es del orden del 9%, considerando el comportamiento de este indicador al cierre del año 2013, el cual tiene cerca del ciento por ciento de los períodos compensados cerrados.
- Permanencia de la distribución de los 14 grupos etarios que hoy se encuentran registrados.
- Ampliación del número de zonas conurbadas de 11 a 31, a las cuales se les reconocerá una prima adicional.

Así el valor de la UPC para el RC será:

Tabla 11. Valor proyectado de la UPC para Régimen Contributivo

Año	UPC Proyección en pesos 2013-2020	Proyección UPC Anual Reconocida
2014	595.147	629.665
2015	624.904	661.149
2016	656.149	694.206
2017	688.957	728.916
2018	709.626	750.784
2019	730.914	773.307
2020	752.842	796.507

Fuente: Proyección Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir de la proyección de la UPC y teniendo en cuenta el ponderador para el RC, se calcula la UPC real por reconocer para cada año. En el cálculo del ponderador se tiene en cuenta la aplicación UPC diferencial que fue aplicada a la Nueva EPS y a Compensar EPS, que representó un incremento del 6% y 2% respectivamente, respecto de la UPC promedio aprobada para las demás entidades.

g) UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN REGIMEN SUBSIDIADO

Para la estimación del gasto por UPC-S para los años 2014 al 2020, se parte de las siguientes premisas que determinan este rubro: i) la ejecución del cronograma establecido con la Corte Constitucional frente al cumplimiento de las disposiciones de la sentencia T-760 de 2008, ii) la estimación de la igualación de las primas de UPC del RC y RS, a la luz de la no existencia de diferencias en la cobertura de servicios médicos entre ambos regímenes.

En este contexto y dada la unificación de los planes de Beneficios, establecida en el Acuerdo 32 de 2012, el Ministerio, en el Modelo Unificado de Financiación para el Reconocimiento de la UPC del RC y RS, consideró la implementación de la igualación de primas de

forma progresiva en un término de 4 años, iniciando en el año 2014.

En análisis de los resultados de la operación del RS y RC al cierre del 2012, de fuentes y usos de las Subcuentas de Solidaridad y Compensación, así como de la totalidad de recursos que financian el SGSSS, el Ministerio consideró la necesidad de plantear un nuevo escenario para la igualación de primas.

El costo total que representa para determinar el momento de la igualación de primas de UPC hace parte de las variables tener en cuenta en el marco de la sostenibilidad financiera para la toma de esta decisión frente al comportamiento de los recursos de las Subcuentas que componen el FOSYGA y el marco fiscal de mediano plazo.

A partir de este valor se estima el valor de la UPC para los años 2014 a 2020 teniendo en cuenta los siguientes supuestos:

- En el año 2013 se iniciará la igualación progresiva de la prima pura frente al RC y finalizará en 2015.
- Permanencia de la distribución de los 14 grupos etarios que hoy están registrados mediante Acuerdo.

Así el valor de la UPC para el RS será de:

Tabla 12. Valor proyectado de la UPC RS

Año	UPC Proyección
	2013-2020
2014	\$ 568.492
2015	\$ 611.319
2016	\$ 641.885
2017	\$ 673.980
2018	\$ 694.199
2019	\$ 715.025
2020	\$ 736.476

Fuente: Proyección MSPS

Respecto de la igualación de primas entre el RS y el RC, se tuvo en cuenta la diferencia del porcentaje de costos de administración de uno respecto del otro, para el RS es del 8%, mientras que para el RC actualmente es de 10%, de acuerdo con lo establecido en el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, así como el impacto registrado por el inicio de igualación de primas orden de 21% a partir del 1 de julio de 2012 y lo aplicado en 2013 y que de acuerdo con las ejecuciones y reconocimien-

tos de UPC realizados en la liquidación mensual de afiliados en el año 2013 para el RS año en el que se aplica este reconocimiento por grupo etareo y zonas especiales y conurbadas, la prima del este régimen frente al contributivo cerró en un 88.68% de la prima del RC.

En este contexto y dado el marco financiero del SGSSS, se estima avanzar en 2,04 puntos la igualación de las primas para el año 2014.

Tabla 13. Prima Régimen Subsidiado

	Prima Real Reconocida	Prima Pura	% igualación
Prima pura RS 2014	\$ 580.194	\$ 533.779	91,08
Prima pura RS 2015	\$ 639.027	\$ 587.905	95,54
Prima pura RS 2016	\$ 753.838	\$ 693.531	100,00
Prima pura RS 2017	\$ 776.453	\$ 714.337	100,00
Prima pura RS 2018	\$ 815.276	\$ 750.054	100,00
Prima pura RS 2019	\$ 839.734	\$ 772.555	100,00
Prima pura RS 2020	\$ 881.721	\$ 811.183	100,00

Tabla 14. Prima Régimen Contributivo

	Prima Real Reconocida	Prima Pura
Prima pura RC 2014	\$ 651.156	\$ 586.041
Prima pura RC 2015	\$ 683.714	\$ 615.343
Prima pura RC 2016	\$ 770.590	\$ 693.531
Prima pura RC 2017	\$ 793.708	\$ 714.337
Prima pura RC 2018	\$ 833.393	\$ 750.054
Prima pura RC 2019	\$ 858.395	\$ 772.555
Prima pura RC 2020	\$ 901.314	\$ 811.183

Fuente: Proyección Ministerio de Salud y Protección Social.

A partir del análisis de los ingresos que financian el RS se considera un techo de incremento de UPC-S para el 2014 del orden del 21%, con lo que la igualación de la prima pura de UPC-S alcanzaría un 91,08% de la prima pura de UPC-C.

H) PROYECCIÓN DE COSTOS RÉGIMEN SUBSIDIADO

1. COSTOS

En la proyección de los costos del aseguramiento y el porcentaje que del presupuesto del aseguramiento debe destinarse al fortalecimiento de las labores de Inspección Vigilancia y Control, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos:

- Igualación de primas de los dos regímenes desde 2013 hasta 2015.

- Universalización del aseguramiento para la población objeto del subsidio desde 2013.

- Cálculo del costo del aseguramiento considerando el diferencial para la UPC de acuerdo con las zonas geográficas.

- Costo de reconocimiento de UPC en el año 2013, que incluye lo correspondiente a la unificación de los planes de beneficio y que al cierre del año ascendió a \$12,08 billones.

De acuerdo con los supuestos señalados anteriormente, se proyectan la serie de evolución del costo anual del aseguramiento y el valor por transferir a la Superintendencia Nacional de Salud para el fortalecimiento de las labores de Inspección, Vigilancia y Control 2014-2020:

Tabla 15. Costo anual del aseguramiento y el valor a transferir a la Superintendencia Nacional de Salud, miles de millones de pesos

CONCEPTO/AÑO	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Subtotal Régimen Subsidiado	12.082	13.241	14.720	17.673	18.458	19.570	20.275	21.324
Costo auditoría	48	53	59	71	74	78	81	85
Total Régimen Subsidiado	12.131	13.294	14.779	17.743	18.532	19.649	20.356	21.410

Fuente: Proyección Ministerio de Salud y Protección Social.

Es de anotar que la metodología de giros de recursos del RS se modificó a una metodología de giro directo. Con este nuevo esquema, se elimina la gráfica de contratos entre la EPS del RS y cada uno de los municipios de modo que se facilita la afiliación y garantía de acceso a la prestación de servicios de salud por parte de esta población. El mecanismo de giro directo se basa en la administración de los recursos del RS por delegación de los entes territoriales, de tal manera que los recursos que administra la Nación se giran directamente a los aseguradores y prestadores.

Luego de haber desarrollado el mecanismo de giro directo durante el 2011, a partir de la vigencia 2012 se implementó el mecanismo único de RS señalado en el Decreto 4962 de diciembre de 2011, en el cual se señala que a través del Fondo de Solidaridad y Garantía - FOSYGA se recaudarán todos los recursos que financian y cofinancian la UPC del RS. Este mecanismo tiene las siguientes características:

- » Se define una bolsa de recursos para diferentes fuentes de financiamiento del RS entre las que se incluyen la transferencia global del FOSYGA, SGP, aportes de la Nación y los de ETESA/COLJUEGOS, Regalías y Entidad Territorial cuando se reglamente lo relacionado con el esfuerzo propio.
- » Tendrá un presupuesto de ingresos y gastos aprobado por parte del Ministerio de Salud y Protección Social y la ordenación del gasto en cabeza de la Dirección de Fondos de la Protección Social.

- » Tendrá cuentas independientes de los demás recursos que administra el encargo fiduciario, y los ingresos serán ejecutados mediante transferencia al FOSYGA.
- » Se minimiza el manejo de excedentes, y las transferencias se definen con base en el giro programado de recursos en cada proceso de acuerdo con la liquidación mensual de afiliados.
- » Los recursos ETESA/COLJUEGOS EICE y Regalías los continuarán girando las entidades territoriales hasta que se reglamente el recaudo del esfuerzo propio.

Con el giro directo de los recursos del RS se ha reducido de 90 a 10 días el tiempo con el que llegan los recursos de la Nación a EPS e IPS; actualmente, el giro directo a IPS representa al 62,6% de los recursos que se giran desde el FOSYGA. Durante el año 2013, a través de este mecanismo, se giraron \$7,5 billones directamente a los prestadores de servicios de salud.

2. TOTAL COSTOS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Como resultado de la estimación de los anteriores rubros, se estima que la Subcuenta de Compensación del RC, registrará un total de costos para el año 2014 de \$13 billones \$294 mil millones, \$14 billones \$779 mil millones para el 2015 y \$21 billones \$409 mil millones en el 2020.

Tabla 16. Costos Régimen Subsidiado, en millones de pesos

Costos	2014	2015	2020
UPC Régimen Subsidiado	13.241.343	14.720.378	21.324.474
Costo auditoria	52.965	58.882	85.298
Total Régimen Subsidiado	13.294.309	14.779.259	21.409.772

Fuente: Proyecciones Ministerio de Salud y Protección Social.

i) FUENTES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La fuente de financiación más importante del RS, está constituida por cinco grandes componentes; a. Sistema General de Participaciones, b. Esfuerzo Propio, c. Cajas de compensación familiar, d. Recursos FOSYGA; y e. Ingresos fiscales adicionales.

Para proyectar las necesidades de financiamiento por cada una de las fuentes de financiación del RS se toma como base la aplicación del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011 en relación con la distribución de la participa-

ción para salud con destino a subsidios a la demanda, se agregan las demás fuentes de financiación -incluido el esfuerzo propio territorial, compuesto por las rentas cedidas y los recursos provenientes de la explotación de juegos de suerte y azar-, se aplica la totalidad de los recursos provenientes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA y finalmente se incorporan los recursos del Presupuesto General de la Nación necesarios para cerrar la financiación. A continuación se hace referencia a los rubros más importantes y supuestos de proyección para el periodo 2014 a 2020:

Tabla 17. Fuentes del Régimen Subsidiado, miles de millones de pesos

Fuentes Régimen Subsidiado	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Sistema General de Participaciones	4.198	4.451	5.759	6.105	6.571	7.073	7.613	8.194
Esfuerzo propio RS	1.746	1.798	1.852	1.908	1.965	2.024	2.085	2.147
Recursos de cajas para afiliados del RS	402	272	153	157	162	167	172	177
Fuentes Régimen Subsidiado								
FOSYGA	3.889	3.445	3.494	3.677	3.896	4.130	4.379	4.644
Excedentes subcuenta solidaridad	1.770	-	-	-	-	-	-	-
Ingresos Plan Plurianual de Inversiones	1.105	843	868	894	921	949	977	1.006
IVA adicional Ley 1393	792	816	841	866	892	919	946	975
Recursos fiscales adicionales	312	27	27	28	29	30	31	32
Cierre Nación		2.169	2.880	5.236	5.257	5.554	5.386	5.504
Total Recursos	13.110	12.978	15.006	17.977	18.772	19.897	20.611	21.673

Fuente: Proyecciones Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el caso de las necesidades presupuesto de inversión para la igualación de la prima en tres años manteniendo las condiciones de co-

bertura total de aseguramiento y unificación de los planes de Beneficios, se tiene:

Tabla 18. Necesidades presupuesto de inversión para la igualación de la prima, millones de pesos			
NECESIDADES PRESUPUESTO DE INVERSIÓN	2013	2014	2020
ECAT	332.579	146.972	175.492
IVA 1393	792.426	816.199	974.584
PARI PASSU LEY 1122 SUBCUENTA DE SOLIDARIDAD	380.000	349.501	455.141
RECURSOS FISCALES ADICIONALES	286.437	-	-
DEUDA NACION PARI PASSU	343.867	-	-
CIERRE NACIÓN	\$ (2.135.309)	\$ 2.169.215	\$ 5.504.247
TOTAL	-	3.481.887	7.109.464

Fuente: Proyecciones Ministerio de Salud y Protección Social.

1) SISTEMA GENERAL DE PARTICIPACIONES

De acuerdo con lo establecido en el artículo 440 de la Ley 1438 de 2011, que modifica el artículo 214 de la Ley 100 de 1993, se establecen como una de las fuentes para el pago de la UPC del RS, los recursos de las entidades territoriales correspondientes al Sistema General de Participaciones para salud, partiendo como mínimo del sesenta y cinco punto cinco por ciento (65,5%) para los años 2013 y 2014 de acuerdo con la ejecución presentada para el año 2012 y el plan de transformación concertado entre el Gobierno Nacional y las entidades territoriales hasta llegar al ochenta por ciento (80%) a más tardar en el año 2015.

En este sentido, los recursos por este concepto durante el año 2013 fueron de \$4,19 billones y se estima que el valor de estos recursos para el año 2014 sea de \$ 4 billones 451 mil millones de pesos que corresponde a un 65,5% del total de recursos que se destinan al SGP salud. Para el año 2015 el porcentaje se incrementa al 80%, manteniéndose en dicho porcentaje hasta el año 2020, período en que

se estima los recursos estimados adicionales sean en promedio por año \$570 mil millones.

2) ESFUERZO PROPIO TERRITORIAL

La financiación por este concepto computa los recursos provenientes de la explotación de juegos de suerte y azar y las rentas cedidas tanto de licores como de tabaco. El crecimiento proyectado toma como base el recaudo ejecutado en el 2013 y anualmente se incrementa con base en el IPC.

Para RS se aplica el 68% de los recursos provenientes de la explotación del monopolio de juegos de suerte y azar, el 100% de la sobretasa al consumo de licores y cigarrillos y el 50% del impuesto al consumo de licores diferentes de cervezas.

En aplicación del Decreto 4923 de 2011, se excluyen de las fuentes de financiación los recursos provenientes de regalías.

3) CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

De acuerdo con lo establecido inicialmente por el artículo 217 de la Ley 100 de 1993, se proyecta el 5% o 10% del recaudo del aporte del subsidio familiar con destino al RS y adicionalmente el cuarto de punto previsto por el artículo 46 de la Ley 1438 de 2011. Anualmente se proyecta un incremento global por los dos conceptos con base en la variación del IPC. Los recursos previstos por este concepto corresponden a los montos que son administrados directamente por las Cajas de Compensación. Para el año 2014 se estima que los recursos asciendan a \$271 mil millones; en tanto para 2015 se esperan recursos por \$152 mil millones por el mismo concepto.

4) RECURSOS FOSYGA

4.1 COTIZACIONES AL SGSSS

Corresponden a los recursos de la cotización al SGSSS, equivalente al 1,5 de las cotizaciones de afiliados al RC. Con aplicación de lo dispuesto en el artículo 45 de la Ley 1438 de 2011 respecto de la distribución de los recursos de la cotización del RC, se determinó mediante Resolución 477 de 2011 que para el 2012 se mantuviera la decisión de trasladar a 0,17 puntos, que tiene como objetivo contar con mayores recursos en la Subcuenta de Compensación para la financiación del pago de los recobros no POS.

Para el periodo 2013 a 2020, el modelo estima un cambio gradual de este porcentaje, pasando de 0,17 a 1,5 puntos de las cotizaciones. La decisión de llevar nuevamente el porcentaje de las cotizaciones que se distribuyen a la Subcuenta de Solidaridad tiene que ver con el impacto de mayores recursos para financiar la decisión de iniciar con la igualación de primas del RS respecto del RC; a su vez, la disminución de los recursos que se necesitan en el RC para el pago de los recobros No POS, por efecto de los controles y medidas que el Ministerio ha implementado para

control de este proceso de recobro.

Bajo este supuesto, el RS contará con \$2 billones 222 mil millones por concepto de cotizaciones, es decir, \$270 millones más que en el año 2013, recursos que para el periodo 2015 al 2020 serán de \$2,88 billones promedio anual.

4.2. COTIZACIÓN SOLIDARIDAD RÉGIMENES DE EXCEPCIÓN Y ESPECIALES

Aportes efectuados por las personas afiliadas como cotizantes a un régimen de excepción que tengan una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales están obligadas a cotizar al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cotización que debe efectuar a través del FOSYGA.

Estos recursos vienen teniendo un comportamiento creciente, durante el año 2013 correspondieron a \$300 mil millones, de los cuales \$242 mil millones se derivaron de los aportes de las entidades del régimen de excepción y ciudadanos residentes en el exterior y \$58 mil millones de entidades del régimen de excepción con vinculación adicional. Se estima que para el año 2014 estos recursos sean de más de \$310 mil millones.

4.3. RECURSOS DE CAJAS QUE NO ADMINISTRA EL RÉGIMEN SUBSIDIADO

La proyección toma como base el recaudo ejecutado y se aplican crecimientos equivalentes a la variación del IPC. Estos valores corresponden a los recursos que en virtud el artículo 217 de la Ley 100 de 1993 deben destinar las Cajas de Compensación Familiar al RS, que no los administran directamente y por consiguiente tienen la obligación de consignarlos al FOSYGA.

Para el año 2013 los recursos correspondieron a \$153 mil millones y se estima que para 2014 lleguen a más de \$158 mil millones.

4.4. RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RENDIMIENTOS CUENTAS DE RECAUDO EPS

Se proyecta el monto con base en la disponibilidad de recursos existentes en la subcuenta de solidaridad y en cuentas de recaudo de las EPS del RC. Las tasas aplicadas en la proyección se calculan con base en las observadas en el portafolio de la subcuenta.

4.5. EXCEDENTES ECAT ADICIONALES

Con el fin de complementar la financiación, se proyecta la incorporación de recursos adicionales provenientes de la subcuenta ECAT de \$647 mil millones desde 2014, con crecimiento del IPC en los años siguientes.

4.6. APOORTE NACIÓN (INCLUYE PARI PASSU) SEGÚN MARCO FISCAL MEDIANO PLAZO (MFMP)

Recursos correspondientes al pago de la deuda que la Nación tiene con la subcuenta por concepto de los aportes del Presupuesto Nacional correspondientes a las vigencias fiscales comprendidas entre 1997 y 2006, de acuerdo con lo señalado por el numeral 2 del literal c) del artículo 221 de la Ley 100 de 1993.

De acuerdo con el modelo, se estima que por este concepto la Subcuenta de Solidaridad recaude un total de \$2 billones 802 mil millones de pesos para el periodo 2014 a 2020, siendo el valor del año 2014 \$349.501 millones e incrementos anuales del orden del 4,5%.

5) RECURSOS FISCALES ADICIONALES

Por este concepto se proyecta la incorporación de recursos previstos por el artículo 41 de la Ley 1393 de 2010, relacionados con el IVA adicional a la cerveza y a los juegos de suerte y azar y la compensación de la caída del recaudo de juegos de suerte y azar (chance) igualmente previstos en la Ley 1393 de 2010. En forma complementaria, se registran recursos por valor de \$720 mil millones distribuidos entre 2012 y 2013.

6) TOTAL FUENTES DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO

Como resultado de la estimación de los anteriores rubros, se estima que la Subcuenta de Solidaridad del RC, registrará un total de costos para el año 2014 de \$13 billones \$294 mil millones, \$14 billones \$779 mil millones para el 2015 y \$21 billones \$409 mil millones para el 2020. La variación de estos valores con respecto a los registrados en el estudio para la unificación de los planes de Beneficios, corresponde a la necesidad de mayores recursos por la decisión de la igualación de primas a partir del año 2013.

Tabla 19. Total fuentes Régimen Subsidiado, millones de pesos

Fuente	2014	2015	2020
Sistema General de Participaciones	4.450.623	5.759.390	8.194.009
Esfuerzo propio RS	1.071.255	1.103.392	1.279.134
Recursos de cajas para afiliados del RS	271.879	152.605	176.911
Subtotal fuentes RS	\$ 5.793.757	\$ 7.015.388	\$ 9.650.054

Tabla 20. Fuentes FOSYGA, millones de pesos			
Fuente FOSYGA	2014	2015	2020
Cotización solidaridad regímenes de Excepción y Especiales	310.021	319.322	370.181
Contribución RC	2.222.753	2.422.801	3.398.104
Recursos de cajas que no administran directamente RS	158.007	162.747	188.669
Rendimientos financieros	55.910	25.581	2.657
Excedentes	-	-	-
Recaudo por rezago Nación	-	-	-
Rendimientos cuentas de recaudo EPS	593	610	708
Aporte Nación (Incluye Paripassu y Recursos Transferencia ECAT) según MFMP	496.473	516.609	630.633
Ajuste usos diferentes a RS	146.591	150.989	175.037
Excedentes ECAT adicionales	647.000	746.134	746.379
Punto adicional CREE	157.000	-	-
Compensación de regalías	191.118	196.852	228.205
Subtotal FOSYGA	\$4.385.466	\$4.541.645	\$5.740.572

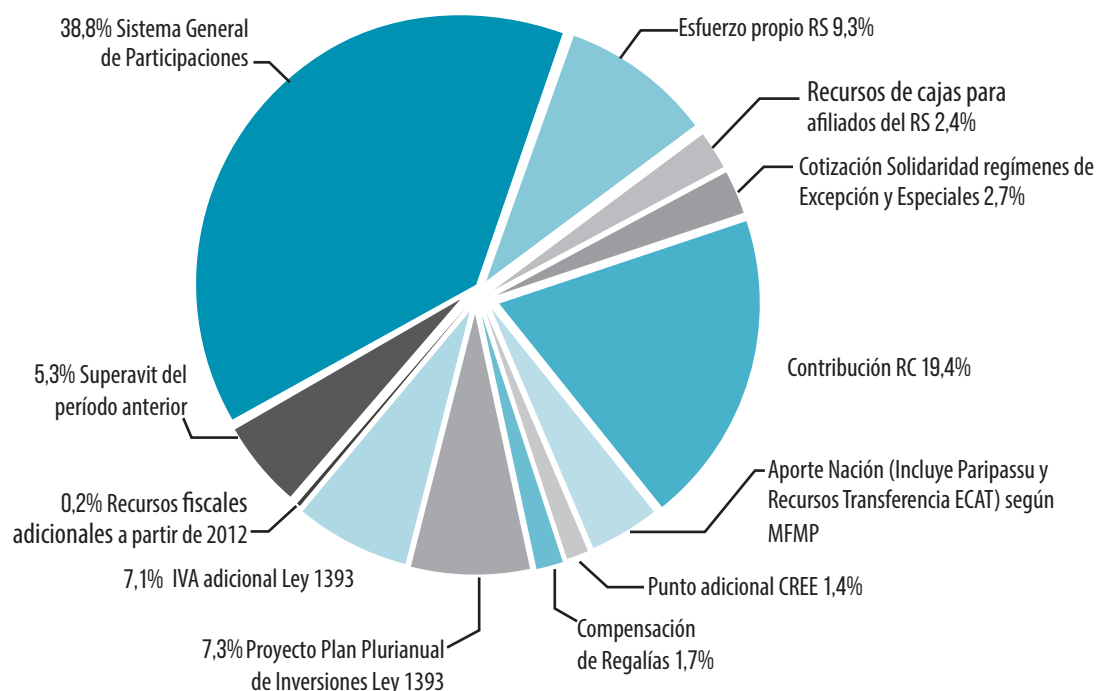
Fuente: Ejecución presupuestal FOSYGA / Proyecciones MSPS.

Tabla 21. Ingresos fiscales adicionales, millones de pesos			
Ingresos Plan Plurianual de inversiones	2014	2015	2020
Proyecto Plan Plurianual de Inversiones Ley 1393	842.856	868.142	1.006.414
IVA adicional Ley 1393	816.199	840.685	974.584
Ingresos Plan Plurianual de Inversiones	2014	2015	2020
Recursos fiscales adicionales a partir de 2012	26.657	27.457	31.830
Subtotal ingresos Plan Plurianual de Inversiones	\$842.856	\$868.142	\$1.006.414
Superávit del período anterior	\$ 613.971	\$ -	\$ -
Total ingresos RS	\$11.636.050	\$12.425.174	\$16.397.041

Fuente: Ejecución presupuestal FOSYGA / Proyecciones MSPS.

La composición de los ingresos de la subcuenta de solidaridad es la siguiente:

Gráfica 16. Composición ingresos subcuenta de solidaridad



Fuente: Ejecución presupuestal FOSYGA / Proyecciones MSPS.

J) BALANCE RÉGIMEN SUBSIDIADO

El balance para el año 2013 da como resultado \$613 mil millones; la implementación de la igualación de primas a partir del 2013 que incrementa el costo de manera importante para este régimen se ve compensada con las fuentes de financiación descritas en el literal I. "**Fuentes del Régimen Subsidiado**", que incluye el producto total de excedentes de la subcuenta de solidaridad y por ende un resultado superavitario.

Para el periodo 2014 al 2020, el resultado del balance es deficitario, siendo el valor para el año 2014 \$ -2,16 billones y para 2020 \$-5.5 billones.

A pesar de que las fuentes del RS tienen un incremento importante, y al igual que en la decisión de la unificación del POS, el costo de

igualación de primas más el incremento de la población que se proyecta del 2014 a 2020 es diferencialmente más alto. De acuerdo con estos resultados, los valores deficitarios requieren aportes de la nación, los cuales fueron presupuestados e incluidos en el marco fiscal de mediano plazo.

K) PROYECCIÓN DE COSTOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Para la proyección de los costos del RC se tomó como base la totalidad de las variables que afectan la Subcuenta de Compensación, las variables inherentes al proceso de compensación -como son la UPC, reconocimiento de prestaciones económicas, el costo de Régimen Especial Madres Comunitarias, y las variables del balance neto de la subcuenta a que corres-

ponden- los otros gastos de la subcuenta de compensación, como el reconocimiento de los valores por recobros no POS y fallos de tutela y la atención de los rubros de apoyo técnico y remuneración fiduciaria. A continuación se hace referencia a los más importantes:

2. RECONOCIMIENTO DE UPC

La UPC se define como la Unidad de Pago por Capitación, que es el valor anual que se establece como reconocimiento a las EPS-EOC del RC, y que financia la prestación y atención en salud de los afiliados del Plan Obligatorio de Salud y el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas por incapacidades de enfermedad general. La estimación de este rubro se establece con

- a. El número de afiliados (cotizantes y beneficiarios) y proyección de incremento. (ver literales b y c) del numeral 6.2, Análisis de variables y supuestos
- b. El valor de la UPC promedio, indexada con el ponderador de desviación (ver literal f).

En este contexto y de acuerdo con las estimaciones de población y valor de UPC per cápita anual por reconocer, se tiene que para el RC el costo de este rubro para el 2014 será de \$13 billones 718 mil millones y para el año 2020 alcanzará los \$21 billones 710 mil millones.

La variación relativa entre el año 2014 y el 2020 será del orden de 58,3%, siendo el crecimiento promedio de este rubro durante el periodo 2014 a 2020 de 8% anual.

3. PRESTACIONES ECONÓMICAS (LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD E INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD GENERAL)

LICENCIAS DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD

Operativamente y de acuerdo con el marco normativo actual, las prestaciones económicas se reconocen a los afiliados cotizantes del RC, por parte de las EPS-EOC, por licencias de maternidad o paternidad o por incapacidad general.

El reconocimiento de estos rubros a los cotizantes lo realiza directamente la EPS-EOC a la que se encuentra afiliado el cotizante, y estas entidades a su vez hacen el cobro al FOSYGA (en el caso de las licencias) o lo imputan contra los recursos que les son reconocidos en el proceso de giro y compensación por el porcentaje para la provisión en el caso de incapacidades por enfermedad general.

En el caso de las licencias de maternidad y paternidad y de acuerdo con la normatividad vigente, la EPS-EOC puede realizar la apropiación directa (sin flujo de recursos) por parte de las EPS/EOC, que debe ser registrada por el FOSYGA, cuando se le autoriza al cotizante el descontar de las autoliquidaciones de aportes el valor aprobado, o con giro del FOSYGA en el evento en que la EPS-EOC haya realizado un giro al cotizante por este concepto.

Funcional y misionalmente, las prestaciones económicas han tenido un cambio importante con la aplicación de la Ley 1468 de 2011, que amplió el término de la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas y estableció nuevos tipos de licencias en los casos de parto prematuro, parto múltiple y fallecimiento de la madre gestante cotizante del SGSSS. Con ocasión de lo anterior, el Ministerio expidió la Circular 062 de 2011 y Circular Conjunta 013 de 2012.

Considera el Ministerio que las disposiciones señaladas anteriormente, al igual que la aplicación del Acuerdo 414 de 2008 del CNSSS, respecto del reconocimiento proporcional de licencias de maternidad, serán de alto impacto para los recursos del FOSYGA del RC.

En la tabla 23 se observa cómo durante el 2011 los pagos realizados por licencias de maternidad y paternidad sumaron \$286.588 millones, siendo maternidad la que tuvo mayor participación -con 90,6%-, seguida de

la licencia de paternidad -con 8,1%-. Para el 2012 por pago de licencias se registraron \$306.022 millones, destacándose por su participación las de maternidad (79,07%), parto prematuro (8,23%) y de paternidad (6%). En 2013 se registraron pagos por \$286.000 millones, de los cuales las licencias de maternidad participaron con \$165.478 millones (57,86%), seguidas de lejos por parto prematuro con \$26.422 millones (9,24%) y licencias de paternidad, \$21.699 (7,58%).

Tabla 22. Pagos por tipo de licencias			
Tipo de licencia	2011	2012	2013a/
Maternidad	259.674	241.967	165.478
Parto no viable	3.743	4.246	9.750
Paternidad	23.170	18.342	21.669
Parto prematuro		25.196	26.422
Nacimiento múltiple		841	7.905
Parto prematuro y nacimiento múltiple		2.715	8.570
Proporcional (Acuerdo 414 de 2009)		12.714	16.922
Proporcional (Acuerdo 414 de 2009) y parto prematuro			8.551
Proporcional (Acuerdo 414 de 2009), parto prematuro y nacimiento múltiple			6.976
Fallecimiento de madre (numeral 6 artículo 1° Ley 1468 de 2001)			6.877
Proporcional (Acuerdo 414 de 2009) y nacimiento múltiple			6.879
Total	286.588	306.022	286.000

Fuente: Hac licencias, FOSYGA.

INCAPACIDADES POR ENFERMEDAD GENERAL

Para el año 2014 y como resultado de la evaluación y estudio que el Ministerio realizó del impacto de la disposición de la Corte Constitucional mediante sentencia C-543 de 2007, y en general de la suficiencia de los recursos reconocidos a la EPS para pago de esta prestación económica, se obtuvieron las siguientes conclusiones:

1. El pago de las incapacidades por enfermedad general se viene realizando desde 1994 a través de los diferentes acuerdos del Consejo de Seguridad Social en Salud hasta los emitidos actualmente por el Ministerio de Salud y Protección Social, los cuales han mantenido un porcentaje de provisión que ha oscilado entre el 0,20 y el 0,30% del

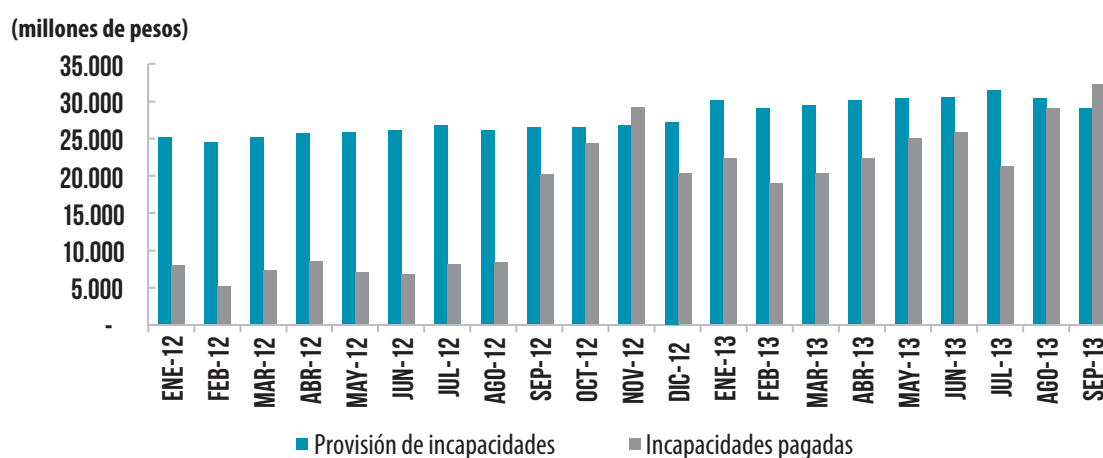
IBC. Para el período comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2012, el porcentaje de provisión ha sido del 0,25 del IBC; para el año 2013 se incrementa a 0,27% como consecuencia de la sentencia C-543 de 2007; que aumentó en \$41 mil millones los pagos de incapacidades por enfermedad general entre el 2007 a 2011, ajustando el déficit presentado. En el año 2014 la provisión de IEG se incrementa al 0,29% del IBC debido al impacto que genera el Decreto 2943 de 2013, por el cual reduce el pago de incapacidades a los empleadores y se les transfiere a las EPS.

2. Respecto de la información que las EPS-EOC reportan a través del proceso de giro y compensación en el marco del Decreto 2280 de 2004, se solicitó al administrador fiduciario consultar dentro de la base de compensación la información correspondiente a

- Provisión por incapacidades.
- Valor pagado por incapacidades.

Con esta información y el informe realizado por la Dirección de Financiamiento Sectorial para el año 2012, se estudió comparativamente la suficiencia para ese momento, que arrojó los siguientes resultados:

Gráfica 17. Comportamiento provisión de incapacidades e incapacidades pagadas, 2012-2013



Fuente: Base de datos Compensación, FOSYGA.

Tabla 23. Suficiencia Estimada de la Provisión por Incapacidad

Meses	2012			2013		
	Provisión de incapacidades (millones \$)	Incapacidades pagadas (millones \$)	Suficiencia (millones \$)	Provisión de incapacidades (millones \$)	Incapacidades pagadas (millones \$)	Suficiencia (millones \$)
Enero	25.125	7.980	17.145	29.973	22.333	7.639
Febrero	24.480	5.153	19.327	28.911	18.934	9.977
Marzo	25.071	7.306	17.765	29.415	20.298	9.117
Abril	25.567	8.518	17.050	30.026	22.423	7.604
Mayo	25.775	7.102	18.673	30.273	24.973	5.300
Junio	25.961	6.653	19.308	30.500	25.763	4.737
Julio	26.804	8.106	18.698	31.460	21.305	10.155
Agosto	26.121	8.459	17.662	30.348	29.118	1.230
Septiembre	26.437	20.201	6.236			
Octubre	26.518	24.281	2.237			
Noviembre	26.763	29.081	-2.318			
Diciembre	27.185	20.362	6.823			
Total	311.808	153.203	158.605	240.906	185.147	55.759

Fuente: Cálculos propios con base en información suministrada por FOSYGA.

- La provisión fue suficiente, según el estudio realizado en 2012, ya que registró superávit por \$158.605 millones en 2012 y \$55.759 millones para el período de enero a agosto de 2013 entre los valores de provisión y el valor pagado que reportaron las EPS.
- Al estimar la razón de suficiencia de la provisión, se tiene que lo efectivamente reconocido por el sistema por concepto de incapacidades resultó equivalente al 61,22% del monto provisionado durante enero de 2012 y agosto de 2013, con lo cual se podría concluir que para el agregado del Sistema la provisión resultó suficiente durante el período en mención (tabla 24). Al analizar el resultado obtenido por año se observan resultados similares, es decir, en el año 2012 el monto reconocido a las EPS-

EOC alcanzó el 49,13% de la provisión y para el período comprendido entre enero y agosto de 2013 alcanzó 76,85%, lo cual revalida la suficiencia de la provisión de incapacidades frente al reconocimiento de estas.

- De lo anterior se tiene que los datos de 2013 proyectados de septiembre a diciembre, el valor total de la provisión frente al gasto total, darían como resultado un valor de \$46.009 millones, lo que significa que el ajuste de 0,02 puntos ha sido suficiente para cubrir el reconocimiento de estas prestaciones económicas.

PROYECCIÓN DE PROVISIÓN DE INCAPACIDADES 2014

- El Decreto 2943 de 2013, mediante el cual se reduce el pago de incapacidades a los empleadores y se les transfiere

a las EPS, causa un impacto financiero en el Sistema afectando el fondo de las IEG que actualmente es financiado con el 0,27% del IBC. Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario analizar el impacto de pagar un día adicional de incapacidades y determinar si es necesario ajustar el porcentaje del IBC que

actualmente se destina a IEG. Para lo anterior, se toma la información de cuatro indicadores para el período 2007- 2011, a saber: cotizantes con pago de incapacidades, valor de incapacidades, días pagados y los días reconocidos per cápita (tabla 2).

Tabla 24. Indicadores del reconocimiento de incapacidades, 2007-2011

Año	Cotizantes	Valor incapacidad	Días pagados	Días Reconocidos per cápita
2007	432.188	141.210.880.496	8.027.243	18,57
2008	495.568	193.769.713.275	9.186.473	18,54
2009	597.931	266.986.862.433	11.411.564	19,09
2010	634.502	335.705.556.006	13.459.883	21,21
2011	632.561	297.002.214.424	11.355.446	17,95

Fuente: Información reportada por EPS en respuesta a solicitud 109282 de junio de 2012.
Cálculos Dirección de Financiamiento Sectorial.

Teniendo en cuenta el comportamiento de estos indicadores, se ajustan dos modelos:

1. Por un lado, un modelo de regresión no lineal, pudiendo así determinar si es necesario ajustar el porcentaje de provisión para el pago de IEG en el año 2014 de acuerdo con las modificaciones incorporadas por el Decreto 2943 de 2013.
2. Una proyección lineal, incorporando el efecto de ajuste del Decreto 2943 de 2013.

A) PRIMER MODELO DE REGRESIÓN NO LINEAL, INCORPORANDO EL EFECTO DEL DECRETO 2943 DE 2013

- a. Las proyecciones anuales de cotizantes con incapacidad para el año 2014 se estimaron con regresión no lineal con aproximación de función logistic, se estimó el modelo con $n=1, \dots, 8$. El número de cotizantes con pago de incapacidades para el 2014 sería de 730.027. Ver al final el resultado del modelo.

- b. Las proyecciones anuales de valor pago de incapacidades para el año 2014 se estimaron con regresión no lineal con aproximación exponencial, se estimó el modelo con $n = 1, \dots, 8$. El valor de las incapacidades para el año 2014 sería de \$ 436.161.076.522, ver al final el resultado del modelo.
- c. Las proyecciones anuales de días pagados para el año 2014 se estimaron con regresión no lineal con aproximación exponencial, se estimó el modelo con $n = 1, \dots, 8$. El número de días pagados para el año 2014 sería de 16.124.676. Ver al final el resultado del modelo.
- d. IBC de 2013 ajustado con tasa de crecimiento de 9%.

Resumiendo tenemos:

Tabla 25. Resultado según el modelo de proyección

	Cotizantes	Valor incapacidad	Días pagados
Coefficientes β_1	754873	1,45E+11	7953326
Coefficientes β_2	0,4529939	1,147585	1,092365
Coefficientes β_3	0,5377245		
Proyección 2014	730.027	436.161.076.522	16.124.676

Tabla 26. Estimación provisión de IEG, 2014

Cotizantes con incapacidad	730.027
Valor pago incapacidades	\$436.161.076.522
Días pagados	16.124.676
Días reconocidos per cápita	22,09
Valor de un día adicional	\$27.049,29
Ingreso base cotización	\$148.183.537.428.460
Provisión para IEG con impacto del Decreto 2943 de 2013	0,29%

De acuerdo con los resultados anteriores la provisión de IEG debe ser ajustada, pasando del 0,27% del IBC a 0,29%.

B) SEGUNDO MODELO, PROYECCIÓN LINEAL, INCORPORANDO EL EFECTO DEL DECRETO 2943 DE 2013

Teniendo en cuenta los supuestos para la proyección de las variables en el documento de unificación del Sistema y el comportamiento promedio de los pagos entre el 2007 y el 2011, se aplican los siguientes porcentajes de crecimiento:

1. Se estima que la población crezca a una tasa del 1,82% con respecto a la de 2013.
2. Se estima que el IBC crezca a una tasa del 9% frente al que se presentó en el 2013.

Con estos indicadores, se identifican los siguientes supuestos y comportamiento general de las siguientes variables:

Tabla 27. Proyección de las principales variables para la formulación de escenario 2014

SUPUESTOS	
Población en el 2014	10.212,800
IBC en millones de pesos	148.183.537
Días cotizados promedio mes	29,89
Tasa de días	6,09%
Tasa de incapacidades	7,06%

Para la tasa de crecimiento del gasto, se asume el valor más alto de la serie frente al crecimiento que se registró en el año 2010, con \$335.705 millones. A partir de lo anterior, se establece el escenario de proyección y análisis de suficiencia:

1. Una proyección lineal, incorporando el efecto de ajuste del Decreto 2943 de 2013.

De acuerdo con los supuestos generales descritos anteriormente, se tienen el siguiente resultado:

Tabla 28. Ingreso Projectado Incapacidades Enfermedad General IEG

INGRESO PROYECTADO					
VALORES COMPENSADOS		IBC per cápita (en millones)	Porcentaje de provisión del IBC	Días cotizados promedio mes	Valor por reconocer por incapacidades
Estrato de ingreso o IBC	Cotizantes compensados				
Total población	10.212.800	1.168	0,29	29,89	\$ 428.167

Tabla 29. Gasto proyectado

GASTO PROYECTADO				
Cotizantes con pago de incapacidades	Días promedio de incapacidades	Valor autorizado por incapacidades	Ajuste Sentencia 573	FONDO
714.603	22,08	413.207	11,218	3,742

Fuente: Información reportada por EPS en respuesta a solicitud 109282 de junio de 2012.
Cálculos Dirección de Financiamiento Sectorial.

De acuerdo con los resultados anteriores y teniendo en cuenta el impacto del Decreto 2943 de 2013, la provisión para IEG debe ser incrementada del 0,27% del IBC a 0,29%, manteniendo de esta forma el equilibrio del sistema.

En conclusión, podemos decir que con la información registrada por las EPS - EOC a través del proceso de giro y compensación, no se evidencia un resultado deficitario entre el valor apropiado y el pago de incapacidades entre enero de 2012 y septiembre de 2013. No obstante, con la aplicación del Decreto 2943 de 2013, las EPS-EOC deben asumir

el pago de las incapacidades a partir del tercer día; en ese sentido, la provisión para IEG debe ser incrementada del 0,27% del IBC a 0,29%, manteniendo de esta forma el equilibrio del sistema.

3) TOTAL COSTOS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Como resultado de la estimación de los anteriores rubros, se tiene que la Subcuenta de Compensación del RC, registró un total de costos para el año 2013 de \$16 billones \$295 mil millones y se estima que para el año 2014 sea de \$16 billones \$609 mil millones y \$24 billones \$658 mil millones en el 2020.

Tabla 30. Total costos Régimen Contributivo, millones de pesos

Costos	2014	2015	2020
UPC Régimen Contributivo	13.718.641	14.764.252	21.710.171
Prestaciones Económicas	714.696	782.164	1.896.555
Recobros	1.800.000	1.600.000	800.000
Contingencia recobros	200.000	200.000	-
Otros	175.814	216.793	251.322
Total Régimen Contributivo	\$ 16.609.150	\$ 17.563.208	\$ 24.658.048

Fuente: Ejecución presupuestal FOSYGA / Proyecciones DFS-MSPS.

L) FUENTES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

La fuente de financiación más importante del RC la constituyen las cotizaciones que realizan los aportantes al SGSSS, lo cual asciende a 12,5% del IBC a partir del año 2007, con ocasión de lo establecido en el artículo 204 de la Ley 1122 de 2007.

Dicho porcentaje se distribuye en tres Subcuentas del FOSYGA, a saber: compensación, solidaridad y promoción y prevención de la salud.

A continuación se hace referencia a los rubros más importantes y supuestos de proyección para el periodo 2013 a 2020.

1) INGRESOS BASE DE COTIZACIÓN

El IBC durante los últimos 10 años ha registrado una tendencia creciente promedio anual de 11,8%, la cual tiene como causas fundamentales el crecimiento del PIB, la disminución en la tasa de desempleo y en términos generales el buen comportamiento de la economía, que ha permitido contar con un mayor número de cotizantes y el mejoramiento de su calidad del IBC; este último se ve reflejado en el comportamiento de la densidad salarial que durante los últimos 5 años ha registrado un

crecimiento promedio anual de 1%.

De acuerdo con lo anterior, los supuestos de proyección del IBC son:

1. El número de afiliados (cotizantes y beneficiarios) y proyección de incremento (ver literales b,c y d) Numeral 6.2 análisis de variables y supuestos.
2. Proyección de la densidad salarial, que se estima tenga una tendencia creciente de 0,9% en promedio anual, con un indicador promedio de 2,01, y llegue a partir del 2017 y hasta 2020 en promedio a 2,03.
3. Salario mínimo mensual legal vigente con incremento anual del 3% entre 2014 y 2017 y de 2% entre 2018 y 2020.
4. El valor del IBC para el año, 2013 se registró en \$135,94 billones y pasa a \$146,82 en 2014 y a \$204,34 billones en 2020, para un incremento acumulado de 50,31%.

2) MONTO ANUAL DE LA COTIZACIÓN

Los valores anuales de cotización se derivan de los valores proyectados del IBC para cada uno de los periodos 2014 a 2020. En este contexto se debe tener en cuenta la distribución de las cotizaciones para cada una de las Subcuentas del FOSYGA, así:

1. Se mantiene el porcentaje de los recursos que se destina para financiar el RS de salud en 1,5 puntos para financiar en parte la decisión de inicio de igualación de primas por UPC del RS respecto del RC.
2. Se baja al 0,2% para la financiación de la Subcuenta de Promoción, dado el resultado superavitario y de excedentes generados por dicha subcuenta.

3. Se aumenta al 0,29% para la provisión para pago de incapacidades por enfermedad general según el estudio de suficiencia para la atención de esta prestación económica.
4. Los 10,41 puntos restantes se destinan a la Subcuenta de Compensación.
5. De acuerdo con el IBC proyectado presentado en el literal anterior y con la proyección de los afiliados cotizantes se tiene que para el año 2014 el valor de las cotizaciones alcanzaría \$16 billones \$270 mil millones y para el año 2020 los \$24 billones \$874 mil millones, para un crecimiento total de 52,88%.

En este contexto, los montos anuales de cotización estimados para el periodo de análisis serían:

Tabla 31. Montos anuales de cotización, millones de pesos

Fuente	2014	2015	2020
Monto anual de la cotización	16.270.552	17.734.902	24.874.118

Fuente: Ejecución presupuestal FOSYGA / Proyecciones DFS-MSPS.

3) RÉGIMEN DE EXCEPCIÓN

Corresponden a los recursos a favor de la Subcuenta de Compensación provenientes de las personas afiliadas a un régimen de excepción y de personas en esta condición que además tengan una relación laboral o ingresos adicionales sobre los cuales están obligadas a cotizar al SGSSS, cotización que se debe efectuar a través del FOSYGA, en el marco del artículo 14 del Decreto 1703 de 2002.

Para el año 2013, estos recursos correspondieron a \$374 mil millones y se estima que para el año 2014 alcancen los \$425 mil millones y que estos crezcan a una tasa igual

al IPC de largo plazo (3%), toda vez que la población que cuenta con la condición de cotizar al SGSSS siendo beneficiaria de un Régimen de Excepción es constante y no registra variaciones importantes. De acuerdo con lo anterior, los recursos al año 2015 serán de \$438 mil millones y al 2020 se estima ascendan a \$508 mil millones. Estos recursos representan en promedio un 2,3% del total de las fuentes del RC.

4) TOTAL FUENTES DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

Como resultado de la estimación de los anteriores rubros, se estima que la Subcuenta de Compensación del RC registrará ingresos

para el año 2014 por \$16,88 billones, que para el año 2015 ascienden a \$17,52 bi-

llones y para el 2020 a \$25,25 billones, es decir, un crecimiento acumulado de 49,61%.

Tabla 32. Total fuentes del Régimen Contributivo, millones de pesos

Fuente	2014	2015	2020
Monto anual de la cotización	10.326.002	11.585.342	17.400.669
IMPUESTO CREE	5.500.000	5.665.000	6.567.288
Recursos para Subcuenta de Promoción y Prevención en Salud	444.551	484.560	906.161
Transferencias de otras subcuentas para madres comunitarias	73.514	75.720	87.780
Rendimientos financieros cuentas de recaudo	20.000	20.600	23.881
Rendimientos financieros inversiones	31.341	23.507	16.870
Otros ingresos - Régimen de excepción	425.899	438.676	508.546
Superávit del período anterior	450.000	217.607	744.035
Total Ingresos RC	\$ 16.382.206	\$ 17.541.891	\$ 24.442.907

Fuente: Ejecución presupuestal FOSYGA / Proyecciones DFS-MSPS.

LL) BALANCE RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

El balance del RC tuvo como resultado positivo para la vigencia 2013 un valor aproximado de \$182 mil millones, superávit que pasa a la siguiente vigencia como otra fuente de financiación.

Para el año 2014 se estima un resultado de la subcuenta superavitario producto de la dinámica de crecimiento del IBC por encima del crecimiento del salario mínimo, de la tendencia decreciente de la densidad familiar y el comportamiento creciente de la densidad salarial, variables que son inherentes al Proceso de Giro y Compensación, que en conjunto permite sostener el superávit. Sin embargo, es importante mencionar que el comportamiento superavitario del RC que se registra desde el año 2004 ha presentado, por los efectos del pago de recobros por servicios No POS, una

desaceleración de ese comportamiento y de generación de excedentes.

En este contexto, el comportamiento de los otros ingresos que recauda la subcuenta distintos al proceso de compensación y los otros gastos diferentes a lo que se reconocen en dicho proceso, en especial los que corresponden al pago de medicamentos no POS y fallos de tutela, han influido en el resultado del superávit y excedentes de la Subcuenta de Compensación.

Para el período 2014 se estima que el resultado del superávit sea de \$450 mil millones y la tendencia se mantenga creciente y se incremente en promedio anual de 21% promedio anual hasta el 2020, registrando \$463 mil millones para 2016, \$744 mil millones en 2020 y cuente como acumulado del balance de este régimen \$2,11 billones para el 2020.

5. ANÁLISIS EPS Y EOC SUPERAVITARIAS Y DEFICITARIAS 2009-2013

Los recursos de la subcuenta de compensación son el resultado de las declaraciones de giro y compensación generadas mensualmente por las EPS y demás EOC y presentadas ante el FOSYGA. Este resultado puede ser superavitario cuando la diferencia entre las cotizaciones recaudadas y los recursos para financiar las actividades de promoción y prevención, el aporte de solidaridad hacia el RS, el reconocimiento de la UPC, las incapacidades por enfermedad general y las licencias de maternidad es positiva. Y deficitario, cuando el resultado es a favor de las EPS y EOC. Cuando se presentan saldos superavitarios, estos quedan representados en los excedentes de la subcuenta, que son utilizados para el financiamiento de la operación de la subcuenta de compensación.

Desde esta perspectiva, y según los resultados del proceso de compensación, las EPS y EOC se pueden clasificar en superavitarias o deficitarias, dependiendo de si el resultado corriente del proceso de compensación⁷ es positivo o negativo para cada entidad.

De esta manera, el proceso de compensación si bien está estructurado para que los resultados de las EPS y EOC se equilibren internamente como sistema, la segmentación del RC según el mercado objetivo de cada entidad genera tendencias propias en los resultados del proceso de compensación.

⁷ Corresponde a la diferencia entre los ingresos y los egresos corrientes según las variables de la declaración de giro y compensación de las EPS y EOC según el artículo 6° del Decreto 2280 de 2004.

Por tal razón, resulta fundamental determinar los resultados de las entidades EPS y EOC, es decir, cuáles son superavitarias y cuáles deficitarias, y caracterizarlas según los indicadores líderes del proceso de compensación como son la densidad salarial, la densidad familiar, el IBC, el ponderador de la UPC y el resultado corriente del proceso de compensación.

El objetivo del presente ejercicio, en primer lugar, es determinar el grupo de EPS y EOC superavitarias y deficitarias a partir de la información del proceso de compensación. En segundo lugar, caracterizar las EPS y EOC según los indicadores y variables propios del proceso.

5.1. EPS Y EOC SUPERAVITARIAS O DEFICITARIAS

La tabla 39 muestra las EPS–EOC clasificadas como superavitarias o deficitarias según el resultado corriente del proceso de compensación para el período comprendido entre el año 2009 y el 2013. Se observa que 11 de las 24 entidades mantuvieron un resultado superavitario, 6 permanecieron con resultado deficitario, y las 7 restantes registraron períodos en los cuales fueron clasificadas como deficitarias y otros superavitarias.

Tabla 33. EPS y EOC superavitarias y deficitarias 2009–2013					
Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013^{a/}
EPM	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Ferrocarriles	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Aliansalud	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Salud Total	Def	Def	Sup	Sup	Def
Cafesalud	Def	Def	Sup	Sup	Sup
Sánitas	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Compensar	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Comfenalco Antioquia	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Sura	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Comfenalco Valle	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Saludcoop	Def	Def	Def	Sup	Def
Humana Vivir	Def	Def	Sup	Sup	Def
Colpatria	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Coomeva	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Famisanar	Sup	Sup	Sup	Sup	Sup
Servicio Occidental Salud	Def	Sup	Sup	Sup	Def
Cruz Blanca	Def	Def	Def	Sup	Def
Solsalud	Def	Def	Def	Def	Def
Saludvida	Def	Def	Def	Def	Def
Salud Colombia	Def	Def	Def	Def	Def
Red Salud	Def	Def	Def	Def	Def
Nueva EPS	Def	Def	Def	Def	Def
Multimédicas	Def	Def	Def	Sup	Def
Golden Group	Def	Def	Def	Def	Def

a/ Datos a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación.
Cálculos Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

5.2. CARACTERIZACIÓN POR GRUPOS DE ENTIDADES SUPERAVITARIAS O DEFICITARIAS

A continuación se presentarán para cada grupo de entidades las principales variables e indicadores del proceso de compensación como

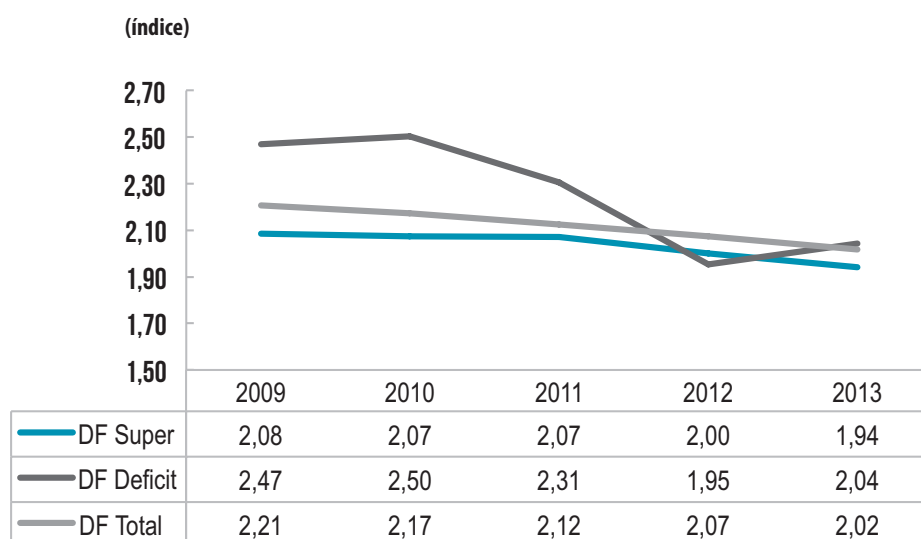
son el índice de densidad familiar y salarial, el número de afiliados, el IBC promedio, el resultado del proceso de compensación y el ponderador de UPC.

5.3. ÍNDICES DE DENSIDAD FAMILIAR Y SALARIAL

La densidad familiar⁸ durante el período 2009 a 2013 registra una tendencia decreciente (gráfica 19) el indicador total pasa de 2,21 en el año 2009 a 2,02 en lo corrido del año hasta julio de 2013, es decir, una disminución de 9,2%. En este período, las EPS superavitarias se caracterizan por tener una densidad familiar inferior al promedio total, mientras que en las EPS deficitarias el índice es superior al promedio total, excepto para el año 2012, cuando el índice se sitúa por de-

bajo del registrado por las EPS superavitarias. En efecto, las EPS superavitarias en el 2009 registraban, en promedio, una densidad familiar de 2,08 y en el 2013 desciende hasta 1,94. Por su parte, en las EPS deficitarias el índice, en promedio, alcanzó 2,47 en el año 2009, con un leve aumento para el año 2010 (2,50) y posteriormente un fuerte descenso en los años 2011 y 2012, 2,31 y 1,95, respectivamente. En lo corrido del año 2013, nuevamente se encuentra por encima del promedio total al ubicarse en 2,04.

Gráfica 18. Índice de densidad familiar 2009–2013^{a/}



a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial – MSPS.

La tabla 34 muestra las EPS y EOC clasificadas como superavitarias para el período comprendido entre enero de 2009 y julio de 2013. Dos de las entidades con mayores descensos en el índice de densidad familiar son EAS, EPM Departamento Médico (en adelante EPM) y Fondo Pasivo Social de los Ferrocarriles Nacionales en adelante ferrocarriles. El

índice familiar de estas entidades registró una caída de 14,2 y 8,4% respectivamente; en efecto, EPM pasó de tener un índice de 2,42 en el 2009 a 2,07 en el 2013 y Ferrocarriles pasó de 1,84 en el 2009 a 1,69 en el 2013. Las otras 16 entidades muestran una tendencia decreciente en el índice de densidad familiar; por ejemplo, Aliansalud pasa de 2,08 en el 2009 a 1,92 en el 2013; Coomeva pasa de 2,30 en 2009 a 2,12 en el 2013; Colpatria registró 1,95 en el 2009 y desciende a 1,80 en el 2013.

⁸ Relación entre el número de cotizantes frente al número total de afiliados de un mismo período compensado.

Tabla 34. Índice Densidad Familiar EPS-EOC superavitarias 2009-2013

Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013 ^{a/}
Total EPS-EOC superavitarias	2,08	2,07	2,07	2,00	1,94
EPM	2,42	2,39	2,33	2,22	2,07
Ferrocarriles	1,84	1,8	1,76	1,73	1,69
Aliansalud	2,08	2,04	1,99	1,95	1,92
Salud Total	*	*	2,27	2,23	*
Cafesalud	*	*	2,19	2,13	2,08
Sánitas	1,89	1,87	1,83	1,81	1,78
Compensar	1,97	1,95	1,92	1,89	1,87
Comfenalco Antioquia	2,1	2,08	2,04	2	1,99
Sura	2,05	2,04	2,01	1,96	1,92
Comfenalco Valle	2,19	2,18	2,13	2,08	2,05
Saludcoop	*	*	*	2,28	*
Humana Vivir	*	*	2,21	2,1	*
Colpatria	1,95	1,92	1,88	1,84	1,8
Coomeva	2,3	2,28	2,24	2,19	2,12
Famisanar	2,13	2,09	2,05	2,01	1,98
Servicio Occidental Salud	*	2,25	2,22	2,19	*
Cruz Blanca	*	*	*	2,2	*
Multimédicas	*	*	*	1,21	*

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada como deficitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

Para lo corrido del año hasta julio de 2013, 9 de las 24 EPS se clasifican como deficitarias (tabla 35), dentro de las que se destacan por su disminución en el índice de densidad familiar están Golden Group, Saludvida, Humana Vivir y Saludcoop, que registran disminu-

nes de alrededor del 15% en el período de análisis. Es de resaltar que si bien, en promedio, el índice de densidad familiar de las EPS deficitarias es superior al promedio total, la mayoría de EPS deficitarias presentan una disminución en este índice.

Tabla 35. Índice Densidad Familiar EPS- EOC deficitarias 2009 - 2013

Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013a/
EPS - EOC deficitarias	2,47	2,5	2,31	1,95	2,04
Salud Total	2,35	2,32	*	*	2,19
Cafesalud	2,27	2,24	*	*	*
Saludcoop	2,46	2,41	2,35	*	2,19

Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013a/
Humana Vivir	2,33	2,31	*	*	2
Servicio Occidental Salud	2,28	*	*	*	2,16
Cruz Blanca	2,3	2,29	2,25	*	2,16
Solsalud	2,15	2,11	2,09	2,06	2,12
Saludvida	2,01	1,98	1,99	1,87	1,71
Salud Colombia	3,68	3,57	2,53	1,51	*
Red Salud	2,6	2,53	2,48	*	*
Nueva EPS	1,98	1,91	1,86	1,8	1,75
Multimedicas	2,55	3,23	2,33	*	*
Golden Group	3,16	3,17	2,9	2,53	2,11

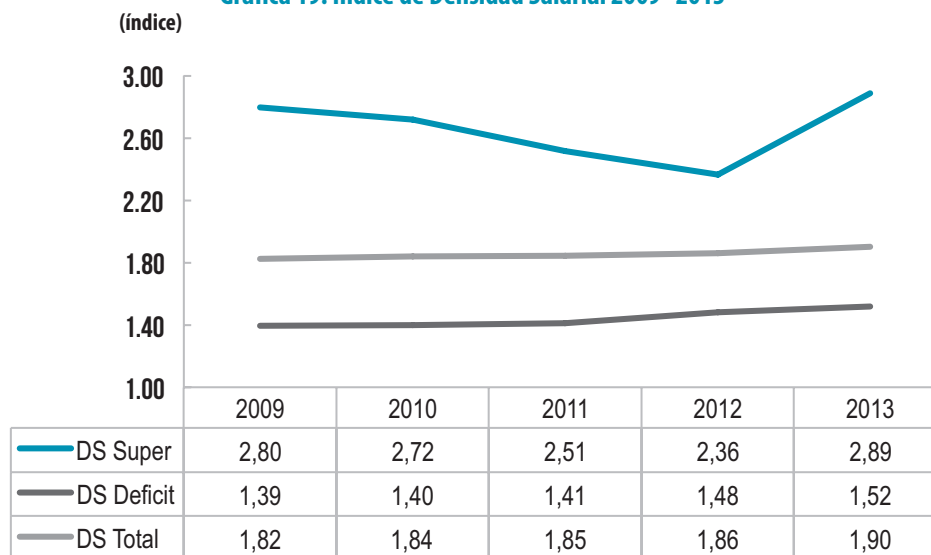
a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada como superavitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

El índice de densidad salarial⁹ total muestra una tendencia creciente durante el período comprendido entre enero de 2009 y julio de 2013, al pasar de 1,82 a 1,90. Las EPS superavitarias registran en el 2009 un índice de densidad salarial de 2,80, es decir, el IBC

promedio equivale a 2,8 veces el salario mínimo legal mensual vigente en dicho año. Este resultado desciende hasta 2,36 en el año 2012 y a partir de dicho año se incrementa hasta alcanzar 2,89 en julio de 2013 (gráfica 20).

Gráfica 19. Índice de Densidad Salarial 2009–2013^{a/}

a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

⁹ Relación que existe entre el IBC promedio y el valor decretado como salario mínimo al corte de cada año.

Por su parte, las EPS deficitarias presentan un índice de densidad salarial inferior tanto al total de las EPS como al grupo de EPS superavitarias. En efecto, en el año 2009 las entidades superavitarias registra-

ron un índice de densidad salarial de 1,39, es decir, el IBC promedio correspondía a 1,4 salarios mínimos legales mensuales de dicho año, y dicho resultado aumenta hasta alcanzar 1,52 en julio de 2013.

Tabla 36. Índice de Densidad Salarial EPS superavitarias 2009 - 2013

Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013^{a/}
Total EPS-EOC superavitarias	2,80	2,72	2,51	2,36	2,89
EPM	5,33	5,37	5,44	5,31	5,17
Ferrocarriles	3,5	3,45	3,41	3,35	3,32
Aliansalud	3,2	3,41	3,65	3,83	3,99
Salud Total	*	*	1,53	1,55	*
Cafesalud	*	*	1,7	1,72	1,77
Sánitas	3,35	3,33	3,32	3,36	3,44
Compensar	2,27	2,3	2,29	2,28	2,32
Comfenalco Antioquia	1,68	1,7	1,69	1,68	1,71
Sura	2,14	2,15	2,14	2,14	2,2
Comfenalco Valle	1,68	1,69	1,68	1,66	1,68
Saludcoop	*	*	*	1,55	*
Humana Vivir	*	*	1,56	1,59	*
Colpatria	4,15	4,24	4,32	4,35	5,45
Coomeva	1,82	1,84	1,85	1,88	1,92
Famisanar	1,64	1,64	1,62	1,62	1,68
Servicio Occidental Salud	*	1,51	1,52	1,54	*
Cruz Blanca	*	*	*	1,41	*
Multimédicas	*	*	*	1,75	*

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada deficitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial – MSPS.

La densidad salarial en las EPS superavitarias es, en promedio, superior al índice de densidad familiar (tabla 36). Por ejemplo, Sánitas en el 2013 registró 1,78 de densidad familiar; versus 3,44 de densidad salarial. EPM registra 2,07 de densidad familiar contra 5,17 de densidad salarial.

Los mayores índices de DS se dieron en las EPS Colpatria (5,45), Aliansalud (3,99) y Sánitas (3,44). En el caso de las EAS, EPM registra el segundo índice más alto (5,17) y Ferrocarriles registra el quinto (3,32).

Tabla 37. Índice de Densidad Salarial EPS deficitarias 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013 ^{a/}
Total EPS-EOC deficitarias	1,39	1,40	1,41	1,48	1,52
Salud Total	1,51	1,52	*	*	1,59
Cafesalud	1,66	1,69	*	*	*
Saludcoop	1,49	1,52	1,53	*	1,58
Humana Vivir	1,54	1,56	*	*	1,63
Servicio Occidental Salud	1,51	*	*	*	1,58
Cruz Blanca	1,37	1,39	1,4	*	1,44
Solsalud	1,45	1,47	1,46	1,47	1,5
Saludvida	1,23	1,26	1,28	1,26	1,3
Salud Colombia	1,2	1,24	1,56	1,85	*
Red Salud	1,34	1,32	1,3	*	*
Nueva EPS	1,69	1,68	1,65	1,61	1,61
Multimédicas	1,27	1,17	1,42	*	*
Golden Group	0,87	0,99	1,12	1,22	1,43

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada superavitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

El índice de densidad salarial en las EPS deficitarias es, en promedio, inferior al de densidad familiar. Es el caso de Cruz Blanca, que registró una densidad salarial de 1,44 en el 2013 frente a una densidad familiar de 2,16 en el mismo año; Saludcoop registró una densidad salarial de 1,58 en el 2013 versus 2,19 de densidad familiar en el mismo año; la Nueva EPS, registró una densidad salarial de 1,61 frente a una densidad familiar de 1,75. Dicha particularidad tiene un comportamiento similar en las demás entidades deficitarias.

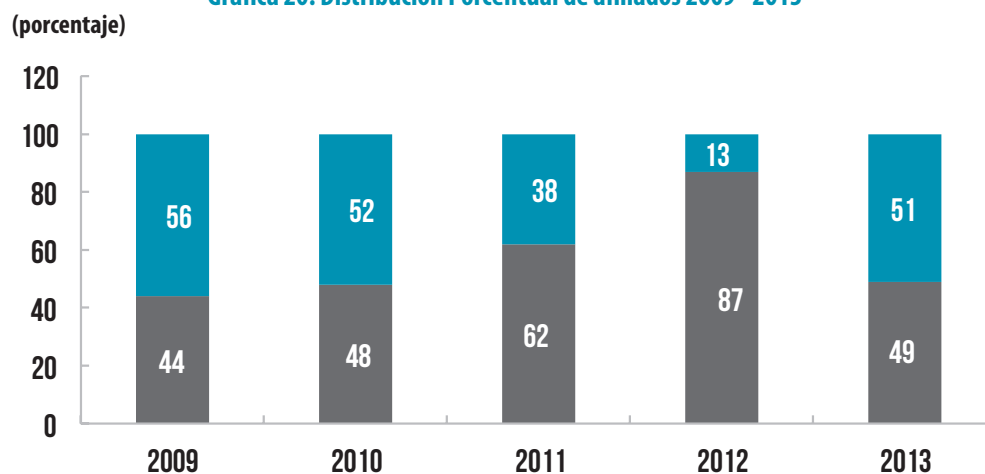
5.4 NÚMERO DE AFILIADOS

La participación en el número de afiliados

(suma de cotizantes, beneficiarios y adicionales) por grupo de entidades se observa en la gráfica 3. Las EPS deficitarias han cedido 5 puntos porcentuales desde el año 2009 cuando estaban con el 56% del total de afiliados, en el 2010 disminuye al 52%, en el 2011 al 38%, posteriormente.

En el año 2012 se evidencia un fuerte descenso, participan con apenas el 13%¹⁰ y finalmente, en lo corrido del año, hasta julio de 2013 aumentan al 51%. Por su parte, las EPS superavitarias, incrementan en 5 puntos porcentuales su participación, al pasar de 44% en el año 2009 a 49% en el 2013.

10 Si bien es cierto que la participación del número de afiliados en las EPS deficitarias ha ido en descenso, la baja participación que se registra en el año 2012 obedece a que 4 EPS que históricamente habían sido clasificadas como deficitarias, ahora se clasifican como superavitarias, a saber: Saludcoop, Cruz Blanca, Humana Vivir y Multimédicas.

Gráfica 20. Distribución Porcentual de afiliados 2009 - 2013

a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

En valores absolutos, las EPS superavitarias en el año 2009 acumulaban 8,2 millones de afiliados y en lo corrido del 2013 alcanzan 9,7 millones (1,5 millones más). Por el contrario, las EPS deficitarias han registrado un descenso en el número de afiliados 10,6 millones en el 2009 y 10 millones a julio de 2013, es decir, 0,6 millones de afiliados menos.

Como se mencionó arriba, las EPS superavitarias aumentaron su participación en el número de afiliados en 8,9%; se destaca por su contribución, Sura que pasa de 6,55% en el 2009 a 8,08% en lo corrido del año hasta julio de 2013; Compensar pasa del 3,68% en el 2009 a 4,40% en julio de 2013; y Sánitas pasa de 4,59% en el 2009 a 5,23% en lo corrido del año 2013.

Tabla 38. EPS-EOC superavitarias, porcentaje de participación en el total de afiliados 2009-2013

Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013 ^{a/}
EPS–EOC superavitarias	43,65	48,14	62,33	86,55	49,31
EPM	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06
Ferrocarriles	0,31	0,29	0,27	0,26	0,25
Aliansalud	2,02	1,89	1,75	1,69	1,7
Salud total	*	*	8,96	9,11	*
Cafesalud	*	*	3,97	3,86	3,74
Sánitas	4,59	4,72	4,9	5,03	5,23
Compensar	3,68	3,76	3,89	4,15	4,4
Comfenalco Antioquia	1,81	1,8	1,79	1,8	1,77
Sura	6,55	6,82	7,24	7,72	8,08
Comfenalco Valle	1,6	1,59	1,53	1,51	1,51
Saludcoop	*	*	*	20,63	*
Humana Vivir	*	*	0,89	0,61	*

Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013 ^{a/}
Colpatría	0,4	0,37	0,35	0,33	0,18
Coomeva	15,61	15,66	15,48	15,37	14,99
Famisanar	7,01	7,16	7,13	7,28	7,39
Servicio Occidental Salud	*	4,03	4,14	4,13	*
Cruz Blanca	*	*		3,04	*
Multimédicas	*	*	*	0,01	*

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada deficitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

En el grupo de EPS deficitarias, la Nueva EPS reduce su participación en 1,3 puntos porcentuales, es decir, pasa de 12,95% en el 2009 a 11,65% en lo corrido de 2013; de igual manera, Humana Vivir EPS pasa de 1,41% en el 2009 a 0,44% en julio de 2013; Cruz Blanca pasa de 3,27% en el 2009 a 2,95%.

En el 2013; Solsalud reduce su participación a partir del año 2010 al pasar de 0,97% al 0,57% en lo corrido del 2013; Saludcoop pasa de 20,30% en el 2010 a 20,12% en julio de 2013. En contraste, Salud Total incrementa su participación de 8,51% en 2009 a 9,35% en el mismo período.

Tabla 39. EPS y EOC deficitarias, porcentaje de participación en el total de afiliados 2009-2013

Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013
Total EPS-EOC deficitarias	56,35	51,86	37,67	13,45	50,69
Salud Total	8,51	8,75	*	*	9,35
Cafesalud	4,1	4,01	*	*	*
Saludcoop	19,74	20,3	20,7	*	20,12
Humana Vivir	1,41	1,06	*	*	0,44
Servicio Occidental Salud	3,97	*	*	*	4,1
Cruz Blanca	3,27	3,17	3,13	*	2,95
Solsalud	1,15	0,97	0,86	0,75	0,57
Saludvida	0,45	0,41	0,32	0,28	0,24
Salud Colombia	0,28	0,18	0,06	0,01	*
Red Salud	0,39	0,39	0,35	*	*
Nueva EPS	12,95	12,28	11,92	12,12	11,65
Multimedicas	0,04	0,13	0,06	*	*
Golden Group	0,09	0,19	0,28	0,3	0,28

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada superavitaria.

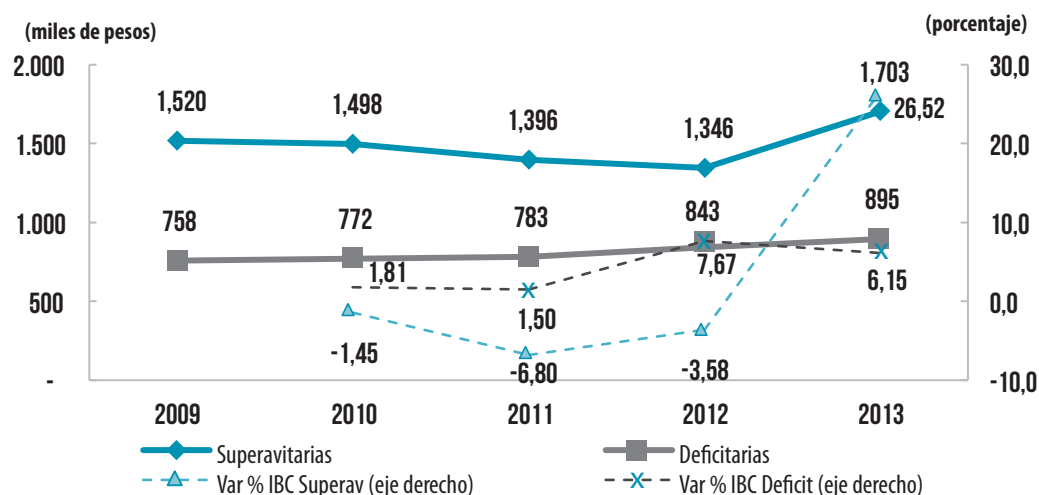
Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

5.5. IBC PROMEDIO

El IBC (precios constantes año 2013) promedio para el grupo de EPS superavitarias se caracteriza por ser superior (relacionado con la densidad salarial antes explicada) en el período de análisis: en el año 2009 registra \$1.519.647 y alcanza \$1.702.815 en el julio de 2013, es decir, una variación acumulada en el período de 12,05% (gráfica 22). En el grupo de EPS deficitarias, el IBC prome-

dio corresponde a \$757.899 en el 2009 y mantiene una tendencia creciente hasta julio de 2013, ubicándose en \$895.072, es decir, una variación acumulada del 18,10%. Esta tendencia se relaciona con el índice de densidad salarial que, como se anotaba en secciones anteriores, en julio de 2013 fue de 2,89 para las entidades superavitarias y de 1,52 en las entidades deficitarias.

Gráfica 21. Evolución Ingreso Base de Cotización Promedio (base 2013 = 100) y Variación IBC 2009–2013^{a/}



a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

En líneas discontinuas, se presentan las variaciones reales del IBC promedio. En las EPS superavitarias, el IBC promedio real decrece anualmente en 3,9 puntos en promedio en el período comprendido entre el año 2009 y el año 2012 no obstante, en lo corrido del año hasta julio de 2013 se muestra un repunte importante del 26,5%.

En contraste, en las EPS deficitarias, la tendencia del IBC promedio real ha sido creciente, principalmente en los años 2012 y lo corrido del 2013, cuando se registra un crecimiento de 7,7% y 6,2% respectivamente.

Tabla 40. Ingreso Base Cotización promedio EPS Superavitarias 2009-2013					
Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013a/
Promedio EPS–EOC superavitarias	1.389.259	1.399.922	1.346.878	1.340.243	1.702.815
EPM	2.650.495	2.764.405	2.914.382	3.006.382	3.049.704
Ferrocarriles	1.736.744	1.778.168	1.827.623	1.900.081	1.958.199
Aliansalud	1.588.351	1.756.944	1.955.199	2.173.288	2.351.128
Salud total	*	*	820.351	875.876	*
Cafesalud	*	*	910.305	975.592	1.042.299
Sánitas	1.662.589	1.716.204	1.776.232	1.905.631	2.028.772
Compensar	1.126.610	1.182.457	1.226.911	1.293.003	1.366.147
Comfenalco Antioquia	834.906	873.454	902.679	952.360	1.010.180
Sura	1.061.768	1.107.140	1.147.459	1.212.509	1.297.716
Comfenalco Valle	836.571	868.827	897.775	941.144	992.027
Saludcoop	*	*	*	880.640	*
Humana Vivir	*	*	836.816	900.312	*
Colpatria	2.060.636	2.183.725	2.314.350	2.463.794	3.215.048
Coomeva	905.891	947.577	990.639	1.063.015	1.132.322
Famisanar	817.288	842.518	870.175	916.819	990.235
Servicio Occidental Salud Salud	*	777.641	812.275	873.743	*
Cruz Blanca	*	*	*	798.508	*
Multimédicas	*	*	*	991.680	*

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada deficitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

En la tabla 40 se muestran los valores del IBC promedio para las EPS – EOC superavitarias. Las EPS Colpatria, EPM, Aliansalud y Sanitas registran los IBC promedio más altos en lo corrido del año hasta julio de 2013. Las EPS que se destacan por su incremento en el IBC promedio anual en el período de análisis son: Colpatria (12,25%), Aliansalud (10,31%), Coomeva (5,8%) y Sura (5,2%). Es de destacar que esta característica incide en los resultados del índice de densidad salarial.

Tabla 41. Ingreso Base de Cotización Promedio EPS deficitarias 2009-2013

Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013 ^{a/}
Promedio EPS-EOC deficitarias	692.870	721.215	755.690	839.667	895.072
Salud Total	748.002	785.021	*	*	935.341
Cafesalud	824.983	867.944	*	*	*
Saludcoop	740.944	782.235	820.886	*	930.363
Humana Vivir	766.694	800.845	*	*	961.591
Servicio Occidental Salud	748.409	*	*	*	933.911
Cruz Blanca	678.410	715.288	747.893	*	849.141
Solsalud	722.955	758.164	780.173	830.998	886.109
Saludvida	610.550	649.991	683.839	714.026	766.161
Salud Colombia	594.069	639.517	833.237	1.045.989	*
Red Salud	667.492	679.466	695.618	*	*
Nueva EPS	839.190	862.761	883.351	913.950	950.585
Multimédicas	631.390	604.745	758.037	*	*
Golden Group	434.229	508.602	598.175	693.369	842.443

a/ Cifras a julio.

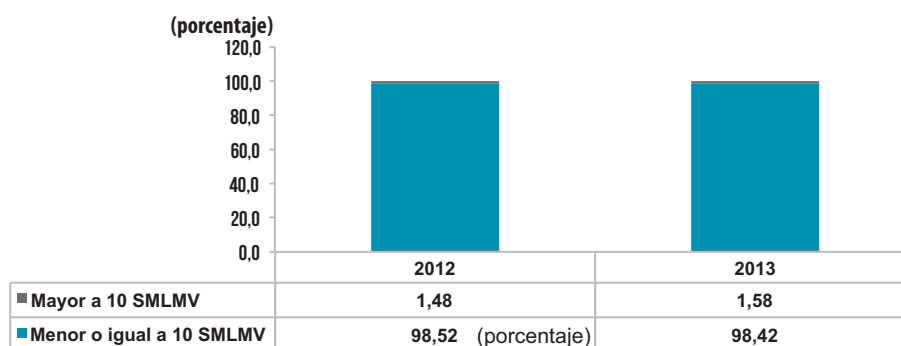
*Entidad que en ese período fue clasificada deficitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial – MSPS.

Las EPS deficitarias, aun cuando incrementan el IBC promedio, la base es inferior a la de las EPS superavitarias; dicha condición hace que su indicador de densidad salarial sea inferior al promedio de las entidades superavitarias. De hecho, el menor valor del IBC promedio de las EPS superavitarias (Famisanar \$990.235) es superior al mayor valor de las EPS deficitarias (Humana Vivir \$961.591). Las EPS con mayor incremento en el IBC promedio anual son: Golden Group (18%), Humana Vivir (6,35%), Servicio Occidental Salud (6,2%) y Saludcoop (6,1%).

5.6 COTIZANTES SEGÚN EL INGRESO BASE DE COTIZACIÓN IBC

La distribución de los cotizantes según el IBC durante el período 2012-2013 muestra cómo los cotizantes con IBC menor o igual a 10 salarios mínimos concentran el 98,52% en el año 2012 y se mantiene la tendencia para el año 2013 (gráfica 23).

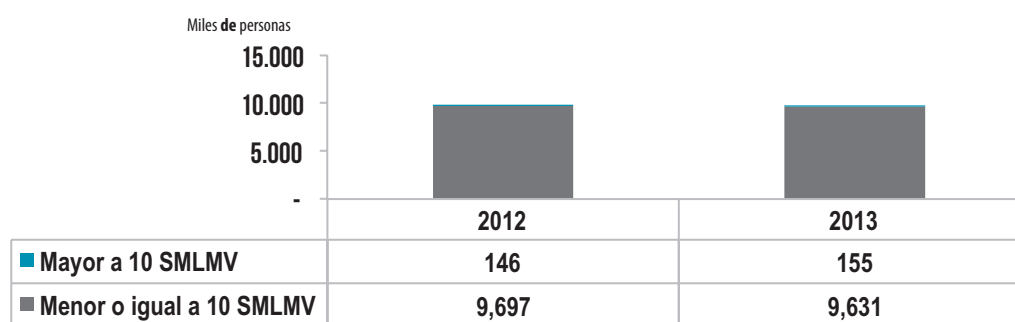
Gráfica 22. Distribución porcentual de los cotizantes por nivel de ingresos 2012 – 2013

a/ Cifras a julio.

FUENTE: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial – MSPS.

El número de cotizantes cuyo IBC es menor o igual a 10 salarios mínimos en el año 2012 corresponde a 9.697 miles de personas, mientras que el número de cotizantes cuyo IBC es mayor a 10 salarios mínimos es apenas de

146 mil personas. En lo corrido del año hasta julio de 2013 se da un incremento de 6,2% en el número de cotizantes cuyo IBC es mayor a 10 salarios mínimos, al pasar de 146 mil en 2012 a 155 mil.

Gráfica 23. Número de cotizantes según Ingreso Base de Cotización 2009–2013^{a/}

a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

5.7 RESULTADO CORRIENTE

El resultado corriente es la diferencia entre los ingresos y egresos del proceso de compensación. El cálculo del resultado corriente para el grupo de EPS superavitarias genera un superávit de \$1.415.462 millones en el año 2009, el cual se incrementa hasta alcanzar \$2.950.398 millones en el año 2012; en lo corrido del año hasta julio de 2013 se presen-

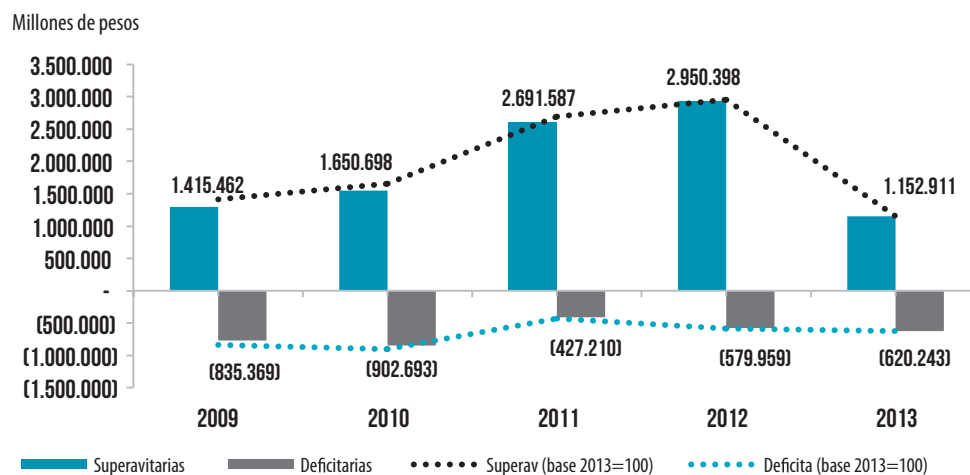
ta un descenso en el resultado corriente al ubicarse en \$1.152.911 millones. Las EPS deficitarias, generan déficit por \$835.369 millones en el año 2009 que aumentan a \$620.243 millones en lo corrido del año 2013 (gráfica 25).

Este resultado, al compararse a precios constantes de 2013, en el grupo de EPS superavitarias (línea negra), registra un incremento

anual del 14% en promedio; y en las EPS deficitarias el déficit se reduce en promedio 6% anual (línea morada). Para los dos grupos de

entidades se registra un mejoramiento en el resultado corriente.

Gráfica 24. Resultado corriente EPS–EOC a precios corrientes y constantes, base 2013 = 100



a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS

En la tabla 42 se muestra el resultado corriente por EPS–EOC superavitarias para el período 2009 a julio de 2013. En promedio, el 74,7% del superávit anual que se registra es generado por 4 cuatro entidades, a saber: Aliansalud, Sánitas, Compensar y Sura. En

efecto, para lo corrido del año hasta julio de 2013, se ha registrado un superávit de \$1,15 billones, de los cuales el 82,8% se generó por estas cuatro entidades.

Tabla 42. Resultado Corriente EPS superavitarias 2009 – 2013, millones de pesos

Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013 a/
EPS-EOC superavitarias	1.286.045	1.564.153	2.517.220	2.834.184	2.369.286
EPM	11.157	10.890	12.706	13.194	12.706
Ferrocarriles	21.066	12.451	11.010	7.761	11.010
Aliansalud	176.561	206.249	274.767	307.525	274.767
Salud Total	*	*	89.817	97.555	*
Cafesalud	*	*	45.586	55.841	45.586
Sánitas	482.238	528.816	694.368	781.084	694.368
Compensar	158.935	187.163	265.417	288.678	265.417
Comfenalco Antioquia	9.590	16.704	36.593	37.801	36.593
Sura	218.287	265.628	409.949	482.426	409.949

Comfenalco Valle	11.176	16.045	27.576	23.323	27.576
Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013^{a/}
Saludcoop	*	*	*	47.812	*
Humana Vivir	*	*	7.106	8.239	*
Colpatría	57.603	58.368	70.364	74.384	70.364
Coomeva	89.530	163.673	357.181	391.671	357.181
Famisanar	49.902	82.875	163.768	169.315	163.768
Servicio Occidental Salud	*	15.290	51.011	44.586	*
Cruz Blanca	*	*	*	2.977	*
Multimédicas	*	*	*	11	*

a/ Cifras a julio.

*Entidad que en ese período fue clasificada deficitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

Por el lado de las EPS deficitarias, en promedio, el 87,76% del déficit anual es generado por 2

entidades: la Nueva EPS y Saludcoop. A julio de 2013 se registra un déficit de \$620.243 millones, de los cuales el 70,7% es generado por la Nueva EPS y el 15,7% por Saludcoop (Tabla 43).

Tabla 43. Resultado Corriente EPS deficitarias 2009 – 2013, millones de pesos					
Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013^{a/}
EPS - EOC Deficitarias	(713.004)	(511.747)	(414.174)	(590.172)	(602.148)
Salud Total	(45.422)	(3.717)	*	*	(33.376)
Cafesalud	(13.425)	(12.865)	*	*	*
Saludcoop	(300.195)	*	(2.685)	*	(88.446)
Humana Vivir	(10.575)	(4.422)	*	*	(233)
Servicio Occidental Salud	(1.726)	*	*	*	(12.482)
Cruz Blanca	(41.925)	(37.180)	(133)	*	(16.607)
Solsalud	(14.597)	(10.139)	(1.548)	(5.943)	(7.479)
Saludvida	(8.861)	(5.633)	(2.202)	(1.399)	(1.785)
Salud Colombia	(11.326)	(6.625)	(2.507)	(194)	*
Red Salud	(9.366)	(10.842)	(5.358)	(398)	(27)
Nueva Eps	(251.069)	(410.989)	(391.072)	(574.550)	(437.898)
Multimédicas	(916)	(3.515)	(1.157)	*	*
Golden Group	(3.602)	(5.820)	(7.512)	(7.688)	(3.814)

a/ Cifras a julio.

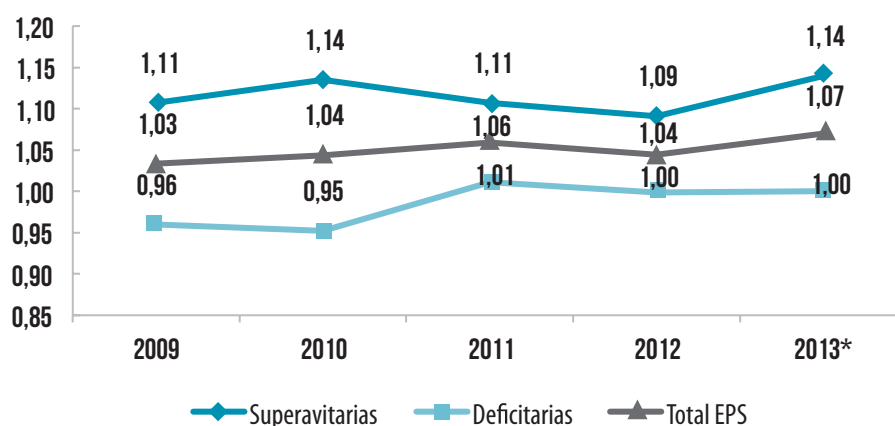
*Entidad que en ese período fue clasificada superavitaria.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

El ponderador¹² de UPC para el conjunto de entidades pasa de 1,03 en el 2009 a 1,04 en el 2012. En lo corrido del año hasta julio de 2013, el ponderador de la UPC se ubica en 0,67 para el total de las entidades: en 0,62 para las EPS deficitarias y en 0,72 para las entidades superavitarias. Como se observa, el ponderador en las EPS superavitarias es, en

promedio, superior al calculado para el total de entidades, mientras que las EPS deficitarias registran un índice inferior al total nacional. No obstante, entre los años 2010 y 2012 se aprecia una leve tendencia decreciente en el ponderador de las entidades superavitarias (gráfica 26).

Gráfica 27. Evolución del ponderador de la UPC 2009 - 2013



* / Cifras reales a julio y proyectadas a diciembre.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS

La tabla 44 muestra el ponderador por EPS–EOC clasificadas como superavitarias. En conjunto las EPS y EOC superavitarias registran un ponderador más alto que las EPS deficitarias.

De hecho, la EOC Ferrocarriles Nacionales registra el ponderador más alto en el período analizado, con un promedio anual de 2,05. Por su parte, la EOC Empresas Públicas de Medellín registra el segundo ponderador más alto, con un promedio anual de 1,28.

12 El ponderador de UPC se define como la relación entre el promedio de reconocimientos de UPC efectuados en el proceso de compensación y la UPC promedio aprobada para cada período.

Tabla 44. Ponderador de UPC EPS y EOC Superavitarias

Nombre EPS-EOC	2009	2010	2011	2012	2013 ^{a/}
EPS-EOC Superavitarias	1,11	1,14	1,11	1,09	0,72
EPM	1,18	1,27	1,32	1,4	0,86
Ferrocarriles	1,76	2,11	2,17	2,23	1,39
Aliansalud	1,06	1,1	1,12	1,15	0,7
Salud Total	*	*	0,89	0,9	*
Cafesalud	*	*	1	1,01	0,62
Sánitas	1,15	1,2	1,2	1,22	0,74
Compensar	1,03	1,03	1,04	1,05	0,63
Comfenalco Antioquia	0,98	0,97	0,97	0,99	0,61
Sura	0,98	0,97	0,96	0,97	0,59
Comfenalco Valle	0,96	0,95	0,96	0,98	0,6
Saludcoop	*	*	*	0,94	*
Humana Vivir	*	*	0,92	0,95	*
Colpatria	1,15	1,24	1,27	1,29	0,71
Coomeva	0,99	0,97	0,97	0,98	0,6
Famisanar	0,95	0,93	0,93	0,93	0,56
Servicio Occidental Salud	*	0,89	0,9	0,92	*
Cruz Blanca	*	*	*	0,91	*
Multimédicas	*	*	*	0,81	*

a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial–MSPS.

En cuanto a las EPS deficitarias, el ponderador se encuentra por debajo del registrado por el conjunto de EPS superavitarias y también es inferior al promedio nacional.

Sin embargo, dos EPS se destacan al registrar un ponderador superior al promedio anual de su grupo, es el caso de la Nueva EPS y Solsalud, las cuales alcanzan en promedio un ponderador anual de 1,48 y 1,04, respectivamente.

Tabla 45. Ponderador de UPC EPS y EOC Deficitarias

Nombre EPS - EOC	2009	2010	2011	2012	2013
EPS-EOC deficitarias	0,96	0,95	1,01	1	0,62
Salud Total	0,91	0,89	*	*	0,56
Cafesalud	0,98	0,99	*	*	*
Saludcoop	0,95	0,93	0,93	*	0,57
Humana Vivir	0,94	0,91	*	*	0,59
Servicio Occidental Salud	0,91	*	*	*	0,57
Cruz Blanca	0,91	0,89	0,89	*	0,55
Solsalud	1,04	1,03	1,03	1,04	0,64
Saludvida	1,01	0,98	0,97	0,97	0,61
Salud Colombia	0,88	0,84	1,22	0,56	*
Red Salud	0,93	0,95	0,98	*	*
Nueva Eps	1,35	1,52	1,48	1,55	0,94
Multimédicas	0,86	0,77	0,81	*	*
Golden Group	0,8	0,72	0,78	0,87	0,61

a/ Cifras a julio.

Fuente: Base Subcuenta de Compensación, cálculos de la Dirección Financiamiento Sectorial—MSPS

6. CONCLUSIONES

INGRESOS

- Crecimiento del IBC alrededor del 9%.
- IPC de largo plazo definido en 3%.

RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

- Se mantiene transferencia de recursos de cotización al RS en 1,5%.
- El porcentaje promedio de cotización se ubica en 12,48%.
- El balance corriente de la Subcuenta de Promoción y Prevención presenta como resultado un superávit al 2013 de \$34.300 millones y un nivel de portafolio proyectado de \$300 mil millones. Por lo tanto, sin disminuir el nivel de gasto, se puede disminuir un punto, pasando de 0,3% a 0,2%, para asumir el faltante con los excedentes.
- Máximo margen para incremento: 5%, con cierre positivo de \$217 mil millones, (años anteriores reserva de \$350 mil millones)
- Por cada punto de incremento del IBC se generan \$169.600 millones más de cotizaciones por año.
- Por cada punto de ajuste de incremento de UPC del RC, el costo adicional es de \$130.654 millones y para el RS de \$126.100 millones por año.
- Cada punto adicional para Promoción y Prevención disminuye en \$148.100 millones los recursos que por cotización quedan en la Subcuenta de Compensación, por año.
- En cuanto a incapacidades, sin analizar el resultado del superávit del Fondo de Incapacidades, el ajuste de la provisión aumentando en un día los reconocimientos a cargo del SGSSS, representa pasar de 0,27% a 0,29%, lo que genera un costo adicional de \$26.681 millones, asumiendo que la frecuencia se mantenga a la registrada actualmente.

RÉGIMEN SUBSIDIADO

- Escenario ajustado a los recursos establecidos en el PGN para Solidaridad.
- Transformación de recursos del Sistema General de Participaciones: se mantiene el 65,53% para el año 2014; a partir del 2015 pasa al 80%.
- Se hará uso de la totalidad de los excedentes de la subcuenta de solidaridad: \$600 mil millones.
- Se incluye el 50% de los recursos del cuarto de punto de cajas recaudado en 2013.
- Base del 5% de crecimiento de UPC del régimen contributivo más 2,4 puntos de igualación primas, para un espacio total de 7,8% con cierre en equilibrio.
- Igualación de primas en tres años, pasando del 88,68% de 2013 a 91,08% en 2014.

7. SERIES HISTÓRICAS DE LAS VARIABLES DEL PROCESO DE GIRO Y COMPENSACIÓN

Tabla 46. Serie histórica del Proceso de Compensación 2008-2012 (Millones de pesos)						
AÑO	2008	2009	2010	2011	2012	2013
TOTAL IBC	83.033.627	92.722.659	101.386.385	112.204.950	124.723.119	135.948.199
TOTAL RECAUDO	10.379.219	11.489.001	12.562.140	13.904.648	15.315.999	16.892.794
(+) LICENCIAS E INCAPACIDADES DEDUCIDAS	29.062	153.157	158.246	244.499	159.633	7.345
(+) VALOR TOTAL COTIZACIONES ADICIONALES	36.205	39.865	38.844	34.788	38.265	40.148
(=) VALOR TOTAL COTIZACIONES	10.444.486	11.682.024	12.759.229	14.183.934	15.513.896	16.940.288
(-) SOLIDARIDAD	1.247.816	1.321.528	1.438.768	543.826	249.446	1.951.839
(-) PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	341.092	278.169	253.466	448.820	498.382	400.326
(-) PROVISIÓN INCAPACIDADES	207.586	231.799	253.459	280.512	311.808	360.289
(=) TOTAL COTIZACIONES NETAS	8.647.992	9.850.529	10.813.537	12.910.777	14.454.260	14.227.834
(-) LICENCIAS DE MATERNIDAD	124.550	254.445	283.338	286.588	306.022	316.527
(=) TOTAL ANTES DE RESTAR UPC	8.523.442	9.596.083	10.530.199	12.624.190	14.148.238	13.911.306
(-) UPC RECONOCIDA	7.896.495	8.995.117	9.712.252	10.494.646	11.325.360	12.795.173
(-) UPC RECONOCIDAS ADICIONALES	31.641	28.810	28.977	26.054	27.950	27.985
(=) TOTAL SUBCUENTA COMPENSACIÓN	595.305	572.157	788.971	2.103.490	2.794.928	1.088.148

FUENTE: Base de datos Compensación FOSYGA. Análisis Dirección de Financiamiento Sectorial.

8. ESCENARIO CON UNIFICACIÓN DE PLANES DE BENEFICIOS, E IGUALACIÓN DE PRIMAS

TABLA 47 ESCENARIO CON UNIFICACIÓN DE PLANES DE BENEFICIOS, E IGUALACIÓN DE PRIMAS								
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1. Población total Asegurada	45.658.677	46.237.808	47.190.545	48.050.867	48.782.500	49.476.379	50.074.017	50.619.728
A Población país	47.120.770	47.661.368	48.202.617	48.747.632	49.291.925	49.834.727	50.375.194	50.912.429
B Población Régimen Contributivo	20.691.599	21.068.119	21.594.185	22.065.630	22.528.993	23.025.772	23.541.523	24.087.233
C Variación Población RC	1,1%	1,8%	2,5%	2,2%	2,1%	2,2%	2,2%	2,3%
Densidad Familiar Estimada	2.063	2.063	2.063	2.056	2.051	2.046	2.041	2.037
Densidad Salarial Estimada	1.916	1.991	2.056	2.084	2.114	2.165	2.216	2.268
Beneficiarios	10.628.528	10.824.497	11.094.957	11.306.929	11.517.128	11.746.167	11.986.307	12.242.742
Cotizantes	10.031.102	10.212.848	10.469.789	10.730.698	10.985.398	11.254.723	11.531.996	11.823.004
Adicionales	31.969	30.773	29.438	28.002	26.467	24.881	23.219	21.487
SMMLV	589.500	607.185	625.401	644.163	663.487	676.757	690.292	704.098
D Tendencia de crecimiento normal en número de cotizantes	169.072	181.746	256.941	260.909	254.700	269.325	277.273	291.008
Nuevos beneficiarios por tendencia normal	169.072	181.746	256.941	260.909	254.700	269.325	277.273	291.008
Total Nuevos beneficiarios	169.072	181.746	256.941	260.909	254.700	269.325	277.273	291.008

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
E Población regímenes especiales y de excepción	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.347.426	2.347.426
Población del SISBÉN	32.717.978	33.093.338	33.469.151	33.847.578	34.138.116	34.271.234	34.234.612	34.015.200
Tasa de Crecimiento Población Sisbén	1,16%	1,15%	1,14%	1,13%	1,12%	1,10%	1,08%	1,07%
AFILIADOS RS AL COMIENZO DEL AÑO	22.295.165	22.619.652	22.822.263	23.248.934	23.637.811	23.906.081	24.103.182	24.185.069
AFILIADOS RS AL FINAL DEL AÑO	22.619.652	22.822.263	23.248.934	23.637.811	23.906.081	24.103.182	24.185.069	24.185.069
TOTAL POTENCIAL DE AFILIADOS	23.376.788	23.632.710	23.888.940	24.113.105	24.174.352	24.264.446	24.239.660	24.091.161
Población del SISBÉN Afiliados al R. Contributivo	10.410.772	10.530.211	10.649.793	10.804.055	11.033.347	11.076.370	11.064.534	10.993.620
Indígenas	31,82%	31,82%	31,82%	31,92%	32,32%	32,32%	32,32%	32,32%
META PARA LOGRAR COBERTURA UNIVERSAL	1.069.582	1.069.582	1.069.582	1.069.582	1.069.582	1.069.582	1.069.582	1.069.582
Población Subsidio Parcial 60%	1.081.623	1.013.058	1.066.676	864.171	536.541	358.365	136.478	-
Población a Régimen Subsidiado	324.487	202.612	426.671	388.877	268.270	197.101	81.887	-
Total Población Subsidio Parcial 60%	-	-	-	-	-	-	-	-

F	2. Unidad de Pago por Capitación Régimen Contributivo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
			5%	5%	17%				
	UPC-RC (Promedio con ponderador) incremento del	\$ 568.944	\$597.391	\$627.261	\$ 733.895	\$ 755.912	\$ 793.708	\$ 817.519	\$ 858.395
	UPC-RC (Promedio Real Reconocida)	\$ 620.149	\$ 651.156	\$ 683.714	\$ 770.590	\$ 793.708	\$ 833.393	\$ 858.395	\$ 901.314
	Ponderador UPC	1.090	1.090	1.090	1.050	1.050	1.050	1.050	1.050
	% Prima pura	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%	90%
	% Gasto administrativo	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	10%
	Prima pura	\$ 558.134	\$ 586.041	\$ 615.343	\$ 693.531	\$ 714.337	\$ 750.054	\$ 772.555	\$ 811.183
	Gasto administrativo	\$ 62.015	\$ 65.116	\$ 68.371	\$ 77.059	\$ 79.371	\$ 83.339	\$ 85.839	\$ 90.131
	UPC-Unif grupos etarios	\$ 448.845	\$ 464.555	\$ 480.814	\$ 497.643	\$ 515.060	\$ 533.087	\$ 551.745	\$ 571.056

G	3. Unidad de Pago por Capitación Régimen Subsidiado								
	UPC 2013 Resolución 4480 de 2013	\$ 508.993							
	Ponderador UPC	1.057	1.057	1.057	1.057	1.057	1.057	1.057	1.057
	UPC RS 2013 Real reconocida	\$ 538.006							
	UPC PROMEDIO CON IGUALACIÓN A 2 AÑOS		\$ 548.906	\$ 604.567	\$ 713.186	\$ 734.582	\$ 771.311	\$ 794.450	\$ 834.173
	UPC RS Real estimada con igualación 2 años		\$ 580.194	\$ 639.027	\$ 753.838	\$ 776.453	\$ 815.276	\$ 839.734	\$ 881.721
	UPC PRIMA PURA RS	\$ 494.965	\$ 533.779	\$ 587.905	\$ 693.531	\$ 714.337	\$ 750.054	\$ 772.555	\$ 811.183
	RELACIÓN PRIMA PURA RC/RS	88,68%	91,08%	95,54%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

H	4. Régimen Subsidiado	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	4.1. Costos del Régimen Subsidiado - \$ millones								
	Costo nivelación (18-59) desde junio de 2012								
	Costo nivelación completa a partir de 2013	\$ 12.082.216	\$ 13.241.343	\$ 14.720.378	\$ 17.672.502	\$ 18.457.799	\$ 19.570.392	\$ 20.274.642	\$ 21.324.474
	Subtotal Régimen Subsidiado Costo nivelación completa a partir de 2013	\$ 12.082.216	\$ 13.241.343	\$ 14.720.378	\$ 17.672.502	\$ 18.457.799	\$ 19.570.392	\$ 20.274.642	\$ 21.324.474
	Costo auditoria	\$ 48.329	\$ 52.965	\$ 58.882	\$ 70.690	\$ 73.831	\$ 78.282	\$ 81.099	\$ 85.298
	Total Régimen Subsidiado	12.130.545	13.294.308	14.779.260	17.743.192	18.531.630	19.648.674	20.355.741	21.409.772

5. Fuentes del Régimen Subsidiado - \$ millones	5.1. Sistema General de Participaciones								
SGP total base de distribución (descontado 4 puntos)	26.146.245	27.721.363	29.384.645	31.147.724	33.525.852	36.085.551	38.840.683	41.806.169	
SGP salud (24,5%)	6.405.830	6.791.734	7.199.238	7.631.192	8.213.834	8.840.960	9.515.967	10.242.511	
%SGP para subsidiado	65,5%	65,5%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	80,0%	
SGP para subsidiado	4.197.740	4.450.623	5.759.390	6.104.954	6.571.067	7.072.768	7.612.774	8.194.009	
Total SGP	4.197.740	4.450.623	5.759.390	6.104.954	6.571.067	7.072.768	7.612.774	8.194.009	
Régimen Subsidiado									
Oferta (total salud-RS-Salud Pública)	1.826.022	1.785.657	719.924	763.119	821.383	884.096	951.597	1.024.251	
Aportes patronales	406.977	419.186,31	431.761,90	444.714,76	458.056,20	471.797,88	485.951,82	500.530,38	
Prestación Servicios (Oferta-Aportes-Fonsaet)	1.309.483	1.259.331	244.966	272.617	314.044	359.252	408.549	462.266	
FONSAET	109.561	107.139	43.195	45.787	49.283	53.046	57.096	61.455	
Salud Pública	382.068	555.454	719.924	763.119	821.383	884.096	951.597	1.024.251	

5.2. Esfuerzo Propio		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Base RENTAS CEDIDAS Y RECAUDOS TERRITORIALES		1.745.864	1.798.240	1.852.187	1.907.752	1.964.985	2.023.934	2.084.652	2.147.192
Juegos de Suerte y Azar	Departamental	418.845	431.411	444.353	457.684	471.414	485.557	500.123	515.127
Etasa / Colujuegos	Municipal	163.852	168.768	173.831	179.046	184.417	189.950	195.648	201.518
% En Régimen Subsidiado		68%	68%	68%	68%	68%	68%	68%	68%
% en Oferta		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Licores diferentes a cerveza	Departamental	466.031	480.012	494.412	509.245	524.522	540.258	556.466	573.160
% En Régimen Subsidiado		50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%	50%
% en Oferta		25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%	25%
8 del 48% Cerveza por Ley 1393	Departamental	409.042	421.313	433.953	446.971	460.380	474.192	488.418	503.070
% En Régimen Subsidiado		0%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%
% en Oferta		100%	70%	70%	70%	70%	70%	70%	70%
Sobretasa licores	Departamental	84.166	86.691	89.292	91.971	94.730	97.572	100.499	103.514
Sobretasa cigarrillos	Departamental	203.924	210.042	216.343	222.834	229.519	236.404	243.496	250.801
% En Régimen Subsidiado		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
% en Oferta		0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
REGALÍAS DIRECTAS (ART. 145 DECRETOL LEY REGALÍAS)		4.977.788	5.226.677	5.488.011	5.762.411	6.050.532	6.353.058	6.670.711	7.004.247
3,800,000									
Departamentales - RS		-	-	-	-	-	-	-	-
137,727									
Municipales - RS		-	-	-	-	-	-	-	-
78,889									
Ciudades mayores 100 mil habitantes - RS		-	-	-	-	-	-	-	-

I	5.3. Esfuerzo Propio	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Total esfuerzo propio <i>Régimen Subsidiado</i>	917.341	1.071.255	1.103.392	1.136.494	1.170.589	1.205.707	1.241.878	1.279.134
	<i>Oferta</i>	525.550	414.922	427.370	440.191	453.397	466.999	481.009	495.439
	5.3.1. Cajas de compensación familiar								
	Recursos de cajas para afiliados del RS	143.845	148.160	152.605	157.183	161.898	166.755	171.758	176.911
	<i>1/4 de punto adicional</i>	258.515	123.719	-	-	-	-	-	-
	1/4 de punto adicional <i>Régimen Subsidiado</i>	258.515	123.719	-	-	-	-	-	-
	<i>APS</i>	258.515	123.719	-	-	-	-	-	-
	Total CCF	402.360	271.879	152.605	157.183	161.898	166.755	171.758	176.911
	5.3.2. FOSYGA								
	Cotización Solidaridad regímenes de Excepción y Especiales	300.991	310.021	319.322	328.901	338.768	348.931	359.399	370.181
	Contribución RC	1.951.839	2.222.753	2.422.801	2.592.397	2.773.865	2.968.035	3.175.798	3.398.104
	Recursos de cajas que no administran directamente RS	153.405	158.007	162.747	167.630	172.658	177.838	183.173	188.669
	Rendimientos Financieros	73.488	55.910	25.581	2.361	2.432	2.504	2.580	2.657
	Excedentes								
	Recaudo por rezago Nación								
	Impuesto Social a las Armas (según % en Ley Ordinaria)	-	-	-	-	-	-	-	-
	Rendimientos Cuentas de Recaudo EPS	641	593	610	629	648	667	687	708
	Aporte Nación (Incluye Paripassu y Recursos Transferencia ECAT) según MFMP	1.056.446	496.473	516.609	537.586	559.439	582.204	605.922	630.633

I	5.3.3. FOSYGA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Proyecto Plan Plurianual de Inversiones								
	AMPLIACION RENOVACION DE LA								
	AFILIACION DEL RS - SUBCUENTA DE	723.867	349.501	365.229	381.664	398.839	416.786	435.542	455.141
	SOLIDARIDAD FOSYGA								
	PARIPASSU	380.000	349.501	365.229	381.664	398.839	416.786	435.542	455.141
	DEUDA	343.867							
	AMPLIACIÓN RENOVACIÓN DE LA								
	AFILIACIÓN DE RS -SUBCUENTA DE								
	SOLIDARIDAD FOSYGA-ATENCIÓN A LA	332.579	146.972	151.381	155.922	160.600	165.418	170.380	175.492
	POBLACIÓN DESPLAZADA-(APD) A NIVEL								
	NACIONAL								
	Ajuste usos diferentes a RS (RESTA)	142.321	146.591	150.989	155.518	160.184	164.990	169.939	175.037
	Punto adicional CREE	158.000	157.000						
	Compensación de Regalías	336.675	191.118	196.852	202.757	208.840	215.105	221.558	228.205
	Total FOSYGA	3.889.164	3.445.284	3.493.534	3.676.742	3.896.465	4.130.296	4.379.178	4.644.118
	5.3.4. RECURSOS ECAT								
	Fonsat 20%	207.454	189.994	195.694	201.564	207.611	213.840	220.255	226.863
	SOAT 50%		697.514	718.440	739.993	762.193	785.059	808.610	832.869
	Rendimientos Financieros								
	Inversiones								
	Excedentes Financieros - Otros ingresos	910.151							
	Total Ingresos	1.117.605	887.508	914.134	941.558	969.804	998.898	1.028.865	1.059.731
	Reclamaciones por accidentes de tránsito, catastróficos y terroristas	207.454	213.678						
	Apoyo técnico								

5.3.5 .RECURSOS ECAT	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Proyectos Inmunizaciones PAI	910.152							
Transferencia de recursos Solidaridad renovación afiliación RS								
Mejoramiento, Fortalecimiento y Ajuste de la Red Pública								
Protección de la Salud Pública en el Ámbito Nacional y APD								
Atención Prioritaria en Salud a Nivel Nacional								
Capacitación del Recurso Humano del Sector Salud - Becas Crédito								
Reclamaciones por accidentes de tránsito, catastróficos y terroristas Personas naturales			18.000	18.540	19.096	19.669	20.259	20.867
Atención y Prevención en de eventos catastróficos y terroristas			150.000	154.500	159.135	163.909	168.826	173.891
Total Egresos	1.117.606	213.678	168.000	173.040	178.231	183.578	189.085	194.758
Excedentes	-	647.000	746.134	768.518	791.573	815.320	839.780	864.973
Total FOSYGA Con Recursos ECAT		3.445.284	3.493.534	3.676.742	3.896.465	4.130.296	4.379.178	4.644.118
5.3.6. Ingresos Fiscales adicionales								
Proyecto Plan Plurianual de Inversiones IMPLEMENTACION UNIFICACION POS SUBSIDIADO A NIVEL NACIONAL	1.078.863	625.081	643.833	663.148	683.043	703.534	724.640	746.379
Iva adicional Ley 1393	792.426	816.199	840.685	865.905	891.882	918.639	946.198	974.584
Recursos fiscales adicionales a partir de 2012	286.437							
Compensación Chance Art. 4 Ley 1393	25.881	26.657	27.457	28.281	29.129	30.003	30.903	31.830

I 5.3.7. Ingresos Fiscales adicionales		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Total		1.078.863	625.081	643.833	663.148	683.043	703.534	724.640	746.379
		2.135.309	1.121.553						
Subtotal fuentes del RS		10.485.467	10.511.122	11.898.888	12.507.038	13.274.635	14.094.380	14.970.008	15.905.525
Superavit del período anterior		1.830.000	613.971	-	-	-	-	-	-
Balance antes de solidaridad		613.971	(2.169.215)	(2.880.371)	(5.236.154)	(5.256.996)	(5.554.294)	(5.385.733)	(5.504.247)

J BALANCE RS		613.971	(2.169.215)	(2.880.371)	(5.236.154)	(5.256.996)	(5.554.294)	(5.385.733)	(5.504.247)
BALANCE RS (% del PIB)		0,09%	-0,29%	-0,36%	-0,60%	-0,56%	-0,55%	-0,50%	-0,47%
déficit a financiar		-	2.169.215	2.880.371	5.236.154	5.256.996	5.554.294	5.385.733	5.504.247
impacto nación total		2.135.309	3.290.769	4.040.814	6.436.888	6.499.477	6.840.032	6.716.295	6.881.259
1.5 de solidaridad RC		1.951.839	2.222.753	2.422.801	2.592.397	2.773.865	2.968.035	3.175.798	3.398.104
0.2000%									
% De Compensación a Solidaridad		1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%	1,5%

K	6. Régimen Contributivo										2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	6.1. Costos del Régimen Contributivo										2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
											2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Reconocimientos de UPC										12.831.874	13.718.641	14.764.252	17.003.550	17.881.432	19.189.515	20.207.918	21.710.171
	Licencias de maternidad										286.000	314.600	346.060	449.878	584.841	760.294	988.382	1.284.897
	Incapacidades por enfermedad general 0,29%										360.289	429.732	468.408	501.197	536.281	573.820	613.988	656.967
	Apoyo Técnico, Auditoría y Remuneración Fiduciaria										85.814	88.389	91.041	93.772	96.585	99.482	102.467	105.541
	Intereses Préstamo ECAT 2010										24.000	-	35.705	36.776	37.879	39.015	40.186	41.391
	Abono a capital préstamo ECAT2010 - Aplica desde julio 2012																	
	Régimen Especial Madres Comunitarias Incluido el Núcleo Familiar										84.878	87.425	90.047	92.749	95.531	98.397	101.349	104.390
	Compensación por saldos no compensados y registros glosados																	
	6.2. Costos del Régimen Contributivo																	
	Costo RC sin recobros ni contingencias leyes 1392 y 1448										13.672.855	14.638.786	15.795.512	18.177.921	19.232.549	20.760.524	22.054.290	23.903.356
	Recobros (Impacto Resolución Diciembre 2010 y meta 2011)										2.070.000	1.800.000	1.600.000	800.000	800.000	800.000	800.000	800.000
	Contingencias Leyes de enfermedades huérfanas y de Víctimas																	
	Contingencia Decreto Ley Antitrámites 019 de 2012 Extemporaneidad / POS										553.000	200.000	200.000					
	COSTO RC con recobros y leyes 1392 y 1448										16.295.855	16.638.786	17.595.512	18.977.921	20.032.549	21.560.524	22.854.290	24.703.356

L	6.3. Fuentes del Régimen Contributivo	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
		135.948.199 9,00%	148.183.537 9,00%	161.520.056 9,00%	172.826.460 7,00%	184.924.312 7,00%	197.869.014 7,00%	211.719.845 7,00%	226.540.234 7,00%
	<i>Crecimiento IBC</i>								
	Monto anual de la cotización 12,48%	14.628.160	10.474.185	11.746.862	12.622.916	13.739.918	14.942.112	16.235.672	17.627.209
	Impuesto CREE								
	Recursos para Subcuenta de Promoción y Prevención en Salud	400.326	296.367	323.040	518.479	554.773	593.607	635.160	679.621
	Transferencias de otras subcuentas para Madres comunitarias	71.373	73.514	75.720	77.991	80.331	82.741	85.223	87.780
	Rendimientos financieros Cuentas de recaudo	50.676	20.000	20.600	21.218	21.855	22.510	23.185	23.881
	Rendimientos financieros inversiones	137.114	31.341	23.507	14.989	15.438	15.901	16.378	16.870
	Otros Ingresos - Régimen de excepción	374.852	425.899	438.676	451.836	465.391	479.353	493.734	508.546
	Contrapartida Saldos no compensados y registros glosados	-	-	-	-	-	-	-	-
	Sub total fuentes del RC	14.861.848	16.524.940	17.970.365	19.023.900	20.332.932	21.732.916	23.230.200	24.831.573
	Superávit del período anterior	1.500.000	450.000	336.154	711.006	756.985	1.057.367	1.229.759	1.605.670
	Fuentes del RC	16.361.848	16.974.940	18.306.518	19.734.906	21.089.916	22.790.283	24.459.959	26.437.243
	BALANCE RC Con Recobros 2013 y remanente 2014-2020	65.993	336.154	711.006	756.985	1.057.367	1.229.759	1.605.670	1.733.887
	BALANCE RC con recobros (% PIB)	0,01	0,04	0,09	0,09	0,11	0,12	0,15	0,15
M									
	INFLACIÓN	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%	3,00%
	BALANCE RC + RS	679.964	(1.833.062)	(2.169.365)	(4.479.169)	(4.199.628)	(4.324.534)	(3.780.063)	(3.770.361)
	BALANCE RC SIN RECOBROS + RS	2.749.964	(33.062)	(569.365)	(3.679.169)	(3.399.628)	(3.524.534)	(2.980.063)	(2.970.361)
		7,63%	7,63%	7,63%	7,63%	7,63%	7,63%	7,63%	7,63%



IMPRENTA
NACIONAL
D E C O L O M B I A

Carrera 66 No. 24-09
Tel.: (571) 4578000
www.imprenta.gov.co