

**Documento de trabajo sobre las
sesiones realizadas entre el
(20 de marzo al 29 de abril de 2025)
Mesa de Trabajo para el Cálculo de la
UPC
Secretaria Técnica**

Dirección de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en
Salud

Ministerio de Salud y Protección Social

Bogotá D.C., 13 de junio de 2025

GUILLERMO ALFONSO JARAMILLO MARTÍNEZ
Ministro de Salud y Protección Social

LUIS ALBERTO MARTÍNEZ SALDARRIAGA
Viceministro de Protección Social

JAIME HERNAN URREGO RODRIGUEZ
Viceministro de Salud y Prestación de Servicios

RODOLFO ENRIQUE SALAS FIGUEROA
Secretario General

JOHN EDISON BETANCUR ROMERO
Director de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en
Salud

YAMILE GARCIA PATIÑO
Subdirectora Técnica de Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud

JULIO CESAR CUBILLOS ALZATE
Subdirector Técnico de Beneficios en Aseguramiento

DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE BENEFICIOS, COSTOS Y TARIFAS DEL
ASEGURAMIENTO EN SALUD
Equipo Técnico

Ministerio de Salud y Protección Social

GLOSARIO

ACEMI:	Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
ACESI:	Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos
ACFAS:	Asociaciones de Facultades del Área de la Salud
ACHC:	Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas
ADRES:	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ANOVA:	Análisis de la Varianza
ASCIF:	Asociación Colombiana de la Industria Farmacéutica
ASCUN:	Asociación Colombiana de Universidades
ASINFAR:	Asociación de Industrias Farmacéuticas en Colombia
ASOCABILDOS:	Asociación de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales de la Guajira
AVAD:	Años de vida ajustados por discapacidad
BDUA:	Base de Datos Única de Afiliados
CEXPES:	Centros Expertos en Programas Especiales
CIE10:	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión
CIE11:	Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión
CGR:	Contraloría General de la República
CUM:	Códigos Únicos de Medicamentos
CUPS:	Clasificación Única de Procedimientos en Salud
DNP:	Departamento Nacional de Planeación
DRBCYTAS:	Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas de Aseguramiento en Salud
ECNT:	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ENDS:	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENHU:	Observatorio Interinstitucional de Enfermedades Huérfanas
ENSAB:	Estudio Nacional de Salud Bucal
ENSIN:	Encuesta Nacional de la Situación Nutricional
ETES:	Evaluaciones de Tecnologías en Salud
EPOC:	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EPS:	Entidad Promotora de Salud
EPSI:	Empresa Promotora de Salud Indígena

EE.VV.:	Estadísticas Vitales
FECOER	Federación Colombiana de Enfermedades Raras
FEV-RIPS:	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) como soporte de la Factura Electrónica de Venta (FEV)
FGN:	Fiscalía General de la Nación
GESTAR SALUD:	Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento y/o Gestión de la Salud
IETS:	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud
INS:	Instituto Nacional de Salud
IPSI:	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas
ISABU - ESE:	Empresa Social del Estado Instituto de Salud de Bucaramanga
MHCP:	Ministerio de Hacienda y Crédito Público
MIPRES:	Mi Prescripción – Herramienta tecnológica
MSPS:	Ministerio de Salud y Protección Social
PAC:	Plan de Atención Complementaria
PBS:	Plan de Beneficios en Salud
PGN:	Procuraduría General de la Nación
PM:	Presupuesto Máximo
PyP:	Promoción y Prevención
RC:	Régimen Contributivo
RETHUS:	Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud
RIPS:	Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud
RS:	Régimen Subsidiado
SISPRO:	Sistema Integral de Información de la Protección Social
SIVIGILA:	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
SNOMED CT:	Nomenclatura Médica Sistematizada para Medicina - Terminología Clínica
SNS:	Superintendencia Nacional de Salud
SP:	Salud Pública
SISBEN:	Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales
SISMED:	Sistema de Información de Precios de Medicamentos
TS:	Tecnologías en Salud
UNAL:	Universidad Nacional de Colombia
UNIPS:	Unión de IPS´s de Colombia
UPC:	Unidad de Pago por Capitación

Contenido

GLOSARIO	3
1. Introducción	9
2. Plan de Trabajo	12
2.1 FASE UNO: Participación.....	13
2.1.1 Actividades generales. Numeral Tercero.....	13
2.1.1.1 Formulación de la metodología para el desarrollo de la mesa de trabajo UPC.	13
2.1.1.2 Creación de la mesa de trabajo y diseño del cronograma. Numeral Tercero (3.3)	15
2.1.1.3 Invitación y convocatoria a la mesa de trabajo	17
2.2.2.4 Registro documental de las mesas de trabajo.....	20
2.1.2 Realización de sesiones 1 a 6.....	22
2.1.2.1. Sesión 1. Instalación de la Mesa - (20/03/25)	23
2.1.2.2. Sesión 2. Análisis de frecuencias de uso – (27/03/25)	25
2.1.2.3. Sesión 3. Análisis de Severidad – (03/04/25)	43
2.1.2.4. Sesión 4. Análisis de Siniestralidad – (10/04/25)	63
2.1.2.5. Sesión 5. Análisis de impacto de inclusiones (24/04/25)	90
2.1.2.6. Sesión 6. Análisis de Ajustadores de Riesgo- (29/04/25)	119

Lista Tablas

Tabla 1: Histórico de la selección de las EPS - RC – (Período 2019-2022).....	35
Tabla 2: Correlación entre agremiaciones y Estudio de Suficiencia de la UPC.	37
Tabla 3 Histórico EPS que cumplen con los criterios de calidad de la información	57
Tabla 4: Puntos de divergencia Pregunta No.3	69
Tabla 5: Puntos de divergencia Pregunta No.4	71
Tabla 6: Comparativo Crecimiento UPC: RC y RS Vs Inflación (2009-2025)	86
Tabla 7: Distribución Temas Clave - actor	104
Tabla 8: Evolución financiación medicamentos con recursos de la UPC (2021 – 2025)	107
Tabla 9: Financiación de procedimientos con recursos de la UPC (2021 - 2024).....	111

Lista Gráficos

Gráfico 1: Comparativo FQ entre: EPS de ACEMI Vr EPS del Estudio de Suficiencia.....	36
Gráfico 2: Variación (%) de la FQ. Gremios y Estudio de Suficiencia.....	37
Gráfico 3: Comportamiento histórico del registro de actividades – (2018-2023).....	38
Gráfico 4: Análisis consolidado de frecuencias y severidades de 8 EPS seleccionadas.....	58
Gráfico 5: Análisis individual de frecuencias y severidades de 8 EPS seleccionadas	58
Gráfico 6: Evolución financiación por sección/ítem del (anexo 1) y SP (anexo 4)	108
Gráfico 7: Financiación de procedimientos frente a la CUPS – (2021 - 2024).....	111
Gráfico 8: Cambio de costos reportados en MIPRES periodo (2020 – 2024).....	113
Gráfico 9: Comportamiento CUPS 903065 (2021-2023)	114
Gráfico 10: Comportamiento CUPS 893911 (2021-2023)	115
Gráfico 11: Comportamiento CUPS 118203 (2021-2023)	115
Gráfico 12: Comportamiento CUPS 449602 (2021-2023)	116

Lista de Ilustraciones

Ilustración 1: Cadena de Valor	85
Ilustración 2: Participación código y categoría temática - bloque metodológico	102
Ilustración 3: Nube de palabras codificación y temáticas - bloque metodológico	102
Ilustración 4: Composición temas clave - número de observaciones-delegado	103
Ilustración 5: Distribución por clasificación de principios activos e indicaciones	109
Ilustración 6: Financiación de medicamentos con recursos de la UPC (2021-2025).....	110
Ilustración 7: Inclusiones de procedimientos con recursos de la UPC (2021-2024)	112
Ilustración 8: Inclusiones de procedimientos con recursos de la UPC (2021-2024)	112

Documento de Trabajo

1. Introducción

En cumplimiento de lo dispuesto en el Auto 007 de 2025 emitido por la Honorable Corte Constitucional, que declara en el **numeral Primero** del Resuelve: “*el incumplimiento general en relación con el componente de suficiencia de la UPC en ambos regímenes, contenido en las órdenes vigésima primera y vigésima segunda impartidas en la Sentencia T-760 de 2008*” (Constitucional Corte, 2025, pág. 54); **numeral Segundo**: “*la insuficiencia de la UPC de 2024*” (Constitucional Corte, 2025, pág. 54), **numeral Tercero**, ordena: se “ **Cree una mesa de trabajo cuyo objetivo será revisar la UPC del 2024 y lograr su suficiencia**”, en la que además de la cartera de salud...” **participarán** el Ministerio de Hacienda, la Adres, la Procuraduría Delegada para la Salud la Protección Social y el Trabajo Decente y la delegada para el Seguimiento al Cumplimiento de las Sentencias de Tutela, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República, la Superintendencia Nacional de Salud, las EPS e IPS y las agremiaciones de estas, las agremiaciones de pacientes y el sector académico”. (Constitucional Corte, 2025, págs. 54-55); que, en el marco de la mesa se aborden como mínimo aspectos relacionados con: “*El rezago existente en el valor de la UPC a partir del 2021...*”; “*El aumento de la siniestralidad...*”; “*El impacto de las inclusiones...*”; “*La definición de las variables y ajustadores de riesgo...*”; *Reajustar el valor de la UPC de 2024 ...*”; “*Con la participación de los miembros de la mesa, establecer los lineamientos o criterios a partir de los cuales se podrán realizar los ajustes ex post...*”. **Numeral Tercero, 3.1.** (Constitucional Corte, 2025, pág. Pág. 55).

Que, la Corte Constitucional, de acuerdo con lo señalado en el considerando 22 del Auto 089 de 2025 aclaró el Auto 007 de 2025, en lo referente a que, la competencia para fijar la Unidad de Pago por Capitación recae exclusivamente en el Ministerio de Salud y Protección Social, en tanto que, “*Esta labor compete al rector de la política pública en salud quien debe efectuar los estudios técnicos, además de la validación de la información reportada por las EPS...*” (Corte Constitucional, 2025).

Que, el Auto 007 de 2025 establece en sus **numerales 3.4 a 3.11** una serie de obligaciones en materia de cálculo e implementación de posibles ajustes en el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en tal sentido, en cumplimiento del **numeral 3.4**, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) debe presentar un análisis técnico del reajuste de la UPC 2024 y presentar en el marco de una nueva mesa técnica, dentro de los 15 días calendario siguientes a la definición del reajuste, una propuesta conjunta con el MHCP y la ADRES de la propuesta de ajuste Ex post. De acuerdo con el **numeral 3.5**, con base en estos resultados, el MSPS deberá establecer un periodo de transición para que las EPS cuenten con un tiempo determinado para rehacer sus reservas técnicas. Según el **numeral 3.6**, El MSPS hará un reajuste a la metodología de cálculo de la UPC para las próximas vigencias, considerando nuevas variables y ajustadores de riesgo, incluyendo como mínimo el impacto del Covid-19 y las atenciones de usuarios recuperados. **Numeral 3.7**, Calcular el valor de la UPC, de forma que contemple elementos técnicos señalados en los considerandos del Auto

007 de 2025¹, relacionados con participación efectiva, tener en cuenta como mínimo el IPC, la totalidad de las nuevas inclusiones, incluir el rezago establecido, abstenerse de fraccionar la UPC e incluir ajustadores de riesgo ex ante y ex post.

De igual forma, el **numeral 3.8** exige remitir a la Corte Constitucional un informe dentro del mes siguiente a la expedición de la resolución que fije la UPC de cada vigencia, presentando de forma consolidada las medidas implementadas, resultados, calidad de la información, metodología y justificación de la suficiencia del valor de la UPC (Constitucional Corte, 2025, pág. Pág. 56). En línea con esto, el **numeral 3.9** ordena crear un mecanismo de ajuste ex post de la UPC, incluir un método de seguimiento periódico, presentar un informe dentro del mes siguiente a la aplicación del mecanismo, a partir de 2025. Aclarando que el mecanismo debe ejecutarse en un período que permita desembolsar en la misma vigencia reajustada los valores reconocidos (Constitucional Corte, 2025, pág. Pág. 56). Por su parte, el **numeral 3.10** determina desarrollar una herramienta para contrastar la información de las EPS con otras fuentes, considerando los análisis de la mesa técnica, e informar los avances en un plazo de tres meses (Constitucional Corte, 2025, pág. Pág. 57). Finalmente, el **numeral 3.11** Adoptar medidas para solucionar las deficiencias del sistema de información, garantizar la suficiencia de la UPC, equiparar AL 95% del valor de la UPC del RC el valor de la UPC del RS mientras no demuestre la suficiencia de la prima del régimen subsidiado (Constitucional Corte, 2025, pág. Pág. 57).

Que, en los **numerales 4.1 a 4.3**, el Auto 007 de 2025 ordena al Ministerio de Salud y Protección Social que, en el próximo informe, explique si se han adelantado procesos de diálogo con las EPS, como ha ocurrido en vigencias anteriores, y en caso negativo, justifique las razones. Asimismo, debe sustentar la afirmación según la cual la UPC ha estado “muy por encima” de la inflación en la mayoría de los casos, para lo cual deberá analizar su comportamiento en los últimos cinco años, indicando el porcentaje de incremento anual y desagregando dicho aumento según cada componente de asignación. Finalmente, deberá allegar las memorias, actas y resultados de las sesiones realizadas en febrero de 2024, así

¹ (163 a 182): El Auto 007 de 2025 señala un déficit en la participación efectiva durante la revisión de la UPC, ya que varios actores del sector salud, expresaron que sus aportes no fueron considerados en el cálculo final. Además, se cuestiona el proceso, ya que la Resolución 2364 de 2023, que estableció la UPC para 2024, no fue sometida a comentarios previos, en contravía de los principios de participación ciudadana. La Corte resalta la importancia de garantizar una participación activa y deliberativa. En consecuencia, la Corte ordena la creación de mesas de trabajo con una participación plural y la implementación de mecanismos de seguimiento y ajuste de la UPC para asegurar su suficiencia y evitar desajustes. (Constitucional Corte, 2025, págs. Pág. 43 - 47).

(89-98): Si bien la Comisión Asesora recomendó un incremento del 12.01 % en la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para la vigencia 2024, el Ministerio de Salud y Protección Social aprobó un ajuste base del 6.71 %, al cual se adicionaron recursos para nuevas inclusiones en el Plan de Beneficios en Salud y otros componentes específicos, alcanzando un incremento total del 11.38 %. La Corte Constitucional, en los considerandos 89 a 98 del Auto 007 de 2025, manifestó observaciones sobre la suficiencia del ajuste, particularmente en lo relacionado con el tratamiento del impacto inflacionario y la destinación de los recursos. (Constitucional Corte, 2025, págs. Pág 24-26).

(113-120): Se ha producido una migración significativa de servicios y tecnologías al (PBS) financiado por la UPC, con el 97.12% de medicamentos y procedimientos autorizados ahora cubiertos por esta prima. En 2022, se trasladaron más de 980 grupos de medicamentos, aumentando en un 130% los principios activos financiados. Sin embargo, el impacto económico de este traslado no ha sido evaluado ni reconocido adecuadamente, lo que afecta la suficiencia de la UPC. Además, no se ha actualizado la UPC según frecuencias reales de uso ni costos actualizados, lo que repercutió negativamente en 2022 y 2023. La eliminación de notas técnicas que excluían ciertos procedimientos no fue considerada como nueva inclusión, lo que genera mayores costos sin ajuste proporcional en la UPC. Esto ha generado ambigüedades y riesgos para la suficiencia financiera de la prima. (Constitucional Corte, 2025, págs. Pág. 31-33).

como la información obtenida en las mesas de trabajo con las EPS, incluyendo los temas tratados y los acuerdos y disensos identificados. (Constitucional Corte, 2025, pág. 57).

Que, en el **numeral sexto**, la Corte Constitucional insta al MSPS a revisar el comportamiento de las inclusiones y su impacto en la UPC de cada vigencia. (Constitucional Corte, 2025, pág. 57)

Finalmente, La Corte Constitucional ordena que: **numeral Séptimo**: la SNS, la CGR y la FGN adelanten, en el marco de sus competencias, las investigaciones necesarias para identificar posibles irregularidades relacionadas con el uso de los recursos de la UPC en el sistema de salud. Estas entidades deberán presentar reportes semestrales sobre los resultados obtenidos. **Numeral Octavo**: La FGN y la CGR deberán informar, dentro de los 15 días siguientes a la notificación del auto, sobre la conformación del equipo de trabajo encargado de investigar los malos manejos de los recursos de la UPC, según el compromiso adquirido en la sesión técnica del 5 de abril de 2024. También deberán reportar semestralmente las acciones desarrolladas y los resultados obtenidos. **Numeral Noveno**: La SNS deberá informar, en un plazo de 15 días, sobre la conformación de una mesa de trabajo orientada a analizar las denuncias relacionadas con la información utilizada en el cálculo de la UPC. Asimismo, deberá reportar periódicamente las actuaciones desplegadas y los resultados alcanzados. **Numeral Décimo**: El MHCP deberá garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para cumplir los mandatos: vigésimo primero y vigésimo segundo de la Sentencia T-760 de 2008, conforme a lo expuesto en los fundamentos jurídicos 198 y 199 del auto. **Numeral Undécimo**: La Corte Constitucional recuerda a todas las entidades que los informes semestrales deberán tener una estructura uniforme que permita comparar las medidas adoptadas y los resultados obtenidos en cada periodo, incluyendo las cifras necesarias para evidenciar los avances. Podrán, además, incluir información adicional que consideren pertinente.

En cumplimiento de lo dispuesto en el Auto 007 de 2025 de la Corte Constitucional, el presente informe da cuenta de la conformación de la mesa de trabajo, de los actores convocados y los contenidos desarrollados para la revisión de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Las mesas técnicas realizadas entre marzo y abril de 2025 fueron concebidas como espacios de análisis técnico y deliberación participativa, orientados a socializar la metodología de cálculo de la prima, con el propósito de reflejar de forma más precisa las necesidades en salud de la población, las condiciones operativas y financieras del sistema de salud colombiano e identificar oportunidades de mejora del proceso existente.

A lo largo del documento se presentan los elementos técnicos relevantes que aportan insumos para dar respuesta a los requerimientos establecidos por la Corte Constitucional, incluyendo los antecedentes del proceso, la metodología adoptada, los temas abordados y los aportes recibidos. La información aquí consignada refleja un esfuerzo articulado entre los actores convocados y tiene como finalidad recoger los aportes e insumos técnicos recibidos para la revisión y ajuste de la UPC, en aras de garantizar la suficiencia, transparencia y sostenibilidad del valor de la UPC en el sistema de salud.

La ejecución del plan de trabajo correspondiente a la Fase Dos se suspendió por instrucción de la Corte Constitucional. De forma complementaria, en cumplimiento de lo ordenado por el Auto 504 de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social iniciará un nuevo ciclo de mesas técnicas, con la participación de actores adicionales y la incorporación de nuevas reglas de funcionamiento.

Este documento presenta los principales hallazgos y reflexiones derivados de las sesiones desarrolladas, y constituye un insumo base para la reactivación y continuidad del proceso, en tanto recoge las posiciones preliminares construidas en el marco de dichas mesas.

2. Plan de Trabajo

En atención a las instrucciones impartidas en el Auto 007 de 2025 de la Corte Constitucional **numeral 3.3**, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) desarrolló un plan de trabajo que incluye dos fases: la Fase Uno: participación y la Fase Dos: análisis. Ambas fases fueron orientadas a proporcionar una respuesta técnica y rigurosa a los requerimientos relacionados con la recepción, análisis y socialización de información, insumos y aportes presentados por los participantes en el marco de la mesa de trabajo, así mismo, generar los insumos técnicos para dar respuesta a los numerales definidos en el apartado "Resuelve" del Auto 007 de 2025. (**Anexo No.1: Cronograma**).

El objetivo central del proceso es analizar un eventual rezago en el valor de la UPC correspondiente a las vigencias 2021, 2022, 2023 y 2024, así como identificar los elementos técnicos que permitan determinar si procede o no el reajuste de la prima. Para ello, en la primera fase, se abordaron aspectos como: la información reportada oportunamente por las EPS para el cálculo de la UPC en las respectivas vigencias; el procesamiento de dicha información a través de las mallas de validación; su contrastación con otras fuentes determinadas por el MSPS; los análisis de siniestralidad y variaciones en las frecuencias de uso; el efecto de las inclusiones de la vigencia inmediatamente anterior o, en su defecto, de la vigencia en cuestión al momento de efectuar el ajuste; la definición de variables y ajustadores de riesgo a ser considerados para establecer la UPC; y la revisión de la pertinencia de realizar ajustes ex ante o ex post a la prima.

El plan de análisis diseñado por el MSPS se fundamenta en un enfoque integral que combina metodologías mixtas (cuantitativas y cualitativas), criterios técnicos y normativos, y mecanismos de participación interinstitucional y con actores clave del sistema de salud. Todo ello, guiado por los principios de transparencia, rigor técnico, progresividad, participación y sostenibilidad.

2.1 FASE UNO: Participación

2.1.1 Actividades generales. Numeral Tercero.

Esta fase incluye la formulación del cronograma de trabajo, en cumplimiento de lo dispuesto en el **Numeral Tercero (3.3)** del Auto 007 de 2025, así como la creación de la mesa de trabajo formalizada mediante la **Resolución 370 de febrero de 2025** expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Las mesas técnicas estarán compuestas por los participantes definidos en el Auto 007 de 2025, garantizando así la presencia de actores relevantes para el proceso. Para el desarrollo de esta etapa, el MSPS programó seis sesiones orientadas al análisis de los principales componentes para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), en concordancia con los temas priorizados por la Corte Constitucional. La información recopilada en estas sesiones constituye un insumo fundamental para el análisis del posible rezago en el valor de la UPC entre 2021 y 2023, atendiendo lo dispuesto en el **Numeral Tercero (3.1)** del Auto 007 de 2025.

2.1.1.1 Formulación de la metodología para el desarrollo de la mesa de trabajo UPC.

En desarrollo de las disposiciones contenidas en el Auto 007 de 2025 de la Corte Constitucional, el Ministerio de Salud y Protección Social adoptó una metodología técnica y participativa para el desarrollo de las seis sesiones de la Mesa de Trabajo sobre la suficiencia de la UPC. Esta metodología, diseñada con base en criterios de deliberación estructurada y validada en el Manual ASIF03 de participación ciudadana, combinó el foro de conocimiento con la herramienta Phillips 6-6, buscando garantizar una participación representativa y ordenada, así como una discusión técnica que facilitara la presentación y el intercambio de ideas sobre los componentes fundamentales del cálculo de la prima. (**Anexo No.2: Metodología**).

Estructura metodológica de las sesiones

Cada sesión, se desarrolló bajo una estructura común que permitió alinear conceptos, favorecer el intercambio de saberes y generar productos técnicos útiles para el análisis, dicha dinámica incluye:

- **Presentación magistral:** Cada sesión inicio con una presentación a cargo del equipo técnico de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud (DRBCYTAS), en la cual se socializaron los elementos conceptuales fundamentales desde la perspectiva del Ministerio de Salud y Protección Social. Esta introducción tuvo como propósito promover una comprensión compartida sobre los principales componentes que intervienen en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Dado el alto nivel técnico de los contenidos presentados, las exposiciones se diseñaron con lenguaje accesible, reconociendo la diversidad técnica,

institucional y territorial de los actores convocados. Durante estas intervenciones, el Ministerio de Salud y Protección Social presentó los antecedentes, los datos más relevantes y los objetivos específicos de cada discusión, con el fin de promover la alineación conceptual y garantizar una participación informada, equitativa y efectiva en el desarrollo de la mesa de trabajo.

- **Foro de conocimiento:** Posteriormente, se dio paso a un espacio deliberativo en el que los actores, organizados por grupos de interés, socializaron su postura, cifras, argumentos y experiencias en torno a preguntas orientadoras previamente enviadas. Cada delegado dispuso de hasta 10 minutos para presentar sus aportes, los cuales fueron discutidos internamente en cada grupo para construir Aportes comunes, presentadas en plenaria.
- **Técnica Phillips 6-6:** Como complemento, se aplicó una herramienta de discusión estructurada, ampliamente reconocida por su eficacia en contextos con alta participación y limitaciones de tiempo. Los participantes se organizaron en grupos de interés, conformados por seis personas, con el propósito de abordar preguntas complementarias. El ejercicio contempló una fase de reflexión individual, seguida de un intercambio grupal de ideas y la construcción conjunta de Aportes para cada pregunta. Estos aportes fueron presentados en la plenaria por un portavoz designado por cada grupo.
- **Plenaria y consolidación de aportes:** En el cierre de cada sesión, se llevó a cabo una plenaria general en la que cada grupo de interés, a través de su portavoz, tuvo la oportunidad de exponer de manera integral su postura frente a la temática abordada en la jornada. Este espacio garantizó la participación equitativa de todos los actores, propiciando la presentación de aportes, argumentos y propuestas específicas. Cuando fue necesario, el equipo técnico del MSPS intervino para realizar precisiones, resolver inquietudes y aclarar aspectos técnicos relacionados con los temas discutidos.

Recolección y análisis de insumos

Con el ánimo de enriquecer el desarrollo de cada sesión y sus actividades (foro, Phillips 6-6 y plenaria), se solicitó a los participantes el envío, por correo electrónico, de los documentos técnicos, cifras y argumentos que respaldaban sus posturas. La Secretaría Técnica asumió la responsabilidad de sistematizar toda esta información, encargándose de su procesamiento, clasificación y análisis cruzado. Durante este proceso, se evaluó la calidad técnica de los contenidos y su coherencia con los objetivos del ejercicio. El registro de las evidencias correspondientes a cada sesión, así como del desarrollo general del proceso, se presenta como anexo complementario a este informe.

La sistematización de los aportes entregados por los distintos actores al cierre de las seis sesiones permitió elaborar un diagnóstico preliminar sobre los factores que inciden en la

suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y en su comprensión técnica. Los elementos obtenidos constituyen insumos clave para el desarrollo de la Fase Dos del proceso de análisis, y aportan elementos fundamentales para evaluar la pertinencia de un eventual ajuste de la prima, así como para dar respuesta a otros requerimientos establecidos en el Auto 007 de 2025. Este enfoque garantiza que los resultados derivados de los ciclos de mesas técnicas en el marco de los Autos 007 y 504 de 2025 estén fundamentados en evidencia sólida, principios de transparencia y una participación efectiva de los actores convocados.

Desarrollo temático de las sesiones

El primer ciclo de la Mesa de Trabajo (Auto 007/25) se llevó a cabo a través de seis sesiones realizadas entre marzo y abril de 2025, con periodicidad semanal. Cada sesión estuvo dedicada al análisis de un componente técnico específico, en concordancia con los criterios priorizados por la Corte Constitucional para la evaluación de la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC):

- Instalación de la Mesa
- Frecuencias de uso
- Severidad
- Siniestralidad
- Impacto de las inclusiones
- Ajustadores de riesgo

Transparencia y trazabilidad de la información

Como medida de transparencia y para facilitar el acceso equitativo a los insumos generados, el Ministerio habilitó un micrositio web en su portal institucional.² En este espacio se dispusieron las presentaciones, documentos de soporte y demás materiales de cada sesión, permitiendo su consulta pública por parte de los participantes y demás actores interesados.

2.1.1.2 Creación de la mesa de trabajo y diseño del cronograma. Numeral Tercero (3.3)

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) formalizó la creación de la mesa de trabajo mediante la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025, con el objetivo de revisar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) correspondiente a las vigencias 2021 a 2024. Esta medida atiende lo ordenado por la Corte Constitucional en los Autos 007 y 089 de 2025, en el marco del seguimiento al cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008. (**Anexo No.3: Resolución 370 de 2025**).

² Disponible en el siguiente enlace: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

La mesa estuvo compuesta por representantes clave del sistema de salud, tales como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), la Procuraduría General de la Nación, la Fiscalía General de la Nación, la Contraloría General de la República y la Superintendencia Nacional de Salud. Además, participaron las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), sus respectivas agremiaciones, asociaciones de pacientes y representantes del sector académico.

Los participantes tuvieron la responsabilidad de proporcionar información precisa y relevante sobre aspectos clave como los costos operativos, la siniestralidad y las frecuencias de uso de los servicios de salud. Esta información fue sometida a un proceso de contraste con otras fuentes de datos, con el fin de garantizar la transparencia y la fiabilidad de los análisis³.

La mesa fue presidida por el Viceministro de Protección Social y contó con una secretaría técnica a cargo de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Para el análisis de temas específicos, los participantes conformaron grupos internos de trabajo que recogieron los aportes de sus representados. Asimismo, la Secretaría Técnica tuvo la facultad de proponer mociones de orden, procedimiento y suficiente ilustración durante las sesiones cuando lo consideró necesario.

Los resultados preliminares obtenidos durante las sesiones serán presentados a la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, con el fin de que esta comisión evalúe y emita recomendaciones al respecto.

De forma complementaria, la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas de Aseguramiento en Salud (DRBCYTAS), en su calidad de Secretaría Técnica de la Mesa de Trabajo, estructuró un cronograma de trabajo ejecutado desde el 28 de febrero hasta el 30 de junio de 2025. Este cronograma, organizado en dos fases (Participación y Análisis), fue diseñado de manera progresiva y temática para abordar de forma secuencial los aspectos técnicos relacionados con el cálculo de la UPC.

Fase Uno: Participación: (28 de febrero - 29 de abril)

Las sesiones dedicadas al análisis de los componentes técnicos se llevaron a cabo entre marzo y abril de 2025, en las instalaciones del Ministerio de Salud y Protección Social, con una periodicidad semanal y en jornada continua de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Durante estos encuentros se abordaron los seis componentes técnicos priorizados por la Corte Constitucional para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La agenda se desarrolló de la siguiente manera: 20 de marzo: Sesión 1 – Elementos técnicos de la UPC e instalación de la mesa; 27 de marzo: Sesión 2 – Frecuencias de uso; 3 de abril: Sesión 3 –

³ El incumplimiento de esta obligación podía acarrear sanciones administrativas, de acuerdo con lo estipulado en la Ley 1438 de 2011.

Severidad; 10 de abril: Sesión 4 – Siniestralidad; 24 de abril: Sesión 5 – Impacto de las inclusiones, y 29 de abril: Sesión 6 – Ajustadores de riesgo.

Durante el desarrollo de las sesiones, los participantes aportaron estudios, artículos y estadísticas que sirvieron como insumos técnicos fundamentales para la discusión. Como se mencionó anteriormente, la metodología implementada combinó tres momentos clave: foro de conocimiento, herramienta Phillips 6-6 y plenaria general. Esta estructura permitió organizar la participación de manera efectiva, dinamizar los debates y facilitar la construcción conjunta de conocimiento, los cuales fueron sistematizados y consolidados al cierre de cada sesión.

Fase Dos: Análisis (30 de abril – 30 de junio)

El propósito de esta fase fue sistematizar los aportes, analizar y consolidar los resultados técnicos derivados de las sesiones temáticas, con el objetivo de generar insumos que permitan dar respuesta a los requerimientos establecidos por la Corte Constitucional en relación con el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para ello, se desarrollaron cuatro actividades principales:

- Consolidación del archivo documental de la mesa de trabajo UPC.
- Análisis de propuestas, aportes e insumos presentados por los actores participantes en el marco de cada sesión y componente.
- Insumo decisión técnica con base en la evidencia discutida
- Elaboración del informe de avance, presentación, validación y aprobación por parte de la Comisión⁴ presentación del informe de avance a la Honorable Corte Constitucional.

2.1.1.3 Invitación y convocatoria a la mesa de trabajo

En respuesta a los requerimientos formulados en el Auto 007 de 2025 proferido por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, **numeral Tercero (3.3)** y en concordancia con lo establecido en la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025. **Capítulo II**, el MSPS adelantó de manera oportuna la etapa de invitación y convocatoria a la Mesa Técnica para el análisis del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Esta fase inicial fue fundamental para garantizar la participación efectiva de los distintos actores institucionales, gremiales, sociales y académicos convocados a este espacio de trabajo técnico y participativo.

El proceso de convocatoria incluyó diversas acciones preliminares orientadas a garantizar la transparencia, la inclusión de actores clave y la adecuada operatividad de la mesa técnica. A continuación, se presenta la cronología y el desarrollo de dichas acciones, junto con las medidas de mejora identificadas y adoptadas a lo largo del desarrollo de las sesiones.

⁴ Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud

- *Expedición de la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025*
- *Divulgación de la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025*
(Anexo No.4): - Divulgación Res 370 - 2025 Reporte de estadísticas: Correo masivo / boletines@mailing.minsalud.gov.co – Divulgación Resolución 370
Asunto: Divulgación de la Resolución 370 de 2025 “por la cual se crea la mesa de trabajo en cumplimiento del auto 007 del 28 febrero de 2025”.
 Fecha: 28/02/2025 18:01
 Dirigido a: Entidades promotoras de servicios de salud y sus agremiaciones, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y sus agremiaciones, asociaciones de pacientes y actores del sistema de salud
 Enlace consulta:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%20370%20de%202025.pdf
- *Recordatorio designación representante mesa de trabajo:*
(Anexo No.5): Recordatorio designación Reporte de estadísticas
Asunto: “Recordatorio designación representante mesa de trabajo resolución 370 de 2025 “por la cual se crea la mesa de trabajo en cumplimiento del auto 007 del 28 febrero de 2025”. Fecha: 11/03/2025
 Dirigido a: Entidades promotoras de servicios de salud y sus agremiaciones, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y sus agremiaciones, asociaciones de pacientes y sector académico
- *Solicitud de designación de representantes actores 3.4 a 3.7 del artículo*
 De acuerdo con la Resolución 370 de 2025, el MSPS formalizó el 05 de marzo, la solicitud de designación de un representante de cada entidad para que asistiera y participara en las mesas de trabajo. **Anexo No.6:** - Solicitud representantes 3.4 a 3.7 Comunicaciones designación
 - Ministerio de Hacienda y Crédito Público: Radicado 2025340000441871
 - Procuradora Delegada para la Salud, Protección Social y el Trabajo Decente: Radicado 2025340000441881
 - Procuradora Delegada Para el Seguimiento al cumplimiento de las Sentencias de Tutela: Radicado 2025340000441891
 - Fiscal General de la Nación: Radicado 2025340000441901
 - Contraloría General de la República: Radicado 2025340000441911
- *Identificación de designados habilitados y respuesta a solicitudes que no reúne los criterios establecidos en la Resolución 370 de 2025 para integrar el grupo de entidades y sectores participantes.*
 Desde la expedición del Auto 007 de 2025 y con la expedición de la Resolución 370 de 2025, el MSPS inició el proceso de recepción de solicitudes y designaciones para participar en la mesa de trabajo.

En ese contexto desde el 23/01/2025 hasta 19/03/2025 se recibieron 76 solicitudes mediante correo electrónico – ID Control Doc. **Anexo No.7:** Radicados Solicitud Mesa de Trabajo UPC A 19 de marzo 2025

Con estas solicitudes el MSPS realizó un proceso de validación del cumplimiento de los criterios de participación establecidos en el Capítulo II – Conformación Mesa de Trabajo, de la Resolución 370 de 2025. Resultado del proceso, el MSPS.

- *Relación de actores habilitados*

Conforme con los criterios establecidos en la Resolución 370 de 2025, el MSPS estructuró una relación de participantes habilitados:

- 3.1. El Ministerio de Salud y Protección Social: 15 designados MSPS. Estos funcionarios cumplen el rol de facilitadores, es decir, acompañan la realización de las sesiones sin intervenir técnicamente en el desarrollo de los componentes temáticos. **Anexo No.8:** 3.1 Designados Minsalud - Archivo PDF (nombre dependencia / nombre delegado / correo electrónico / suplente / correo electrónico suplente)
- 3.2. El Ministerio de Hacienda y Crédito Público: 1 designado – Comunicado MHCP de fecha 12 de marzo de 2025. **Anexo No.9:** 3.2 Designados MHCP (comunicado y correo electrónico)
- 3.3. La Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. **Anexo No.10:** 3.3 Designados ADRES (comunicado Radicado: 20251000000251, 03/03/2025)
- 3.4. La Procuraduría Delegada para la Salud, la Protección Social y el Trabajo Decente. **Anexo No.11:** 3.4 Designados PGN (comunicado, 10/03/2025)
- 3.5. La Procuraduría Delegada para el Seguimiento al Cumplimiento de las Sentencias de Tutela. **Anexo No.12:** 3.5 Designados PGN (comunicado, 10/03/2025)
- 3.6. La Fiscalía General de la Nación. **Anexo No.13:** 3.6 Designados FGN (correo electrónico 10/03/2025)
- 3.7. La Contraloría General de la República. **Anexo No.14:** 3.7 citación a 1ra sesión CGR No se tiene registro de delegación. Se tiene registro de comunicaciones remitidas por el MSPS solicitando delegación. Si asisten a las sesiones programadas por el MSPS.
- 3.8. La Superintendencia Nacional de Salud. **Anexo No.15:** 3.8 Delegado SNS (correo electrónico 26/03/2025) – (El MSPS cuenta con cinco correos de delegación, envían uno por sesión).
- 3.9. Las Entidades Promotoras de Salud y sus agremiaciones. **Anexo No.16:** 3.9 Delegaciones de EPS: ACEMI (03/03/2025) – GESTARSALUD (04/03/2025) – Nueva EPS (26/03/2025) – (14/03/2025) – FERROCARRILES (05/03/2025) – Radicado 202501000024901) – ANAS WAYUU – Radicado (2025423000749512 del 10/03/2025).
- 3.10. Las Instituciones Prestadoras de Salud y sus agremiaciones. **Anexo No.17:** 3.10: IPS, UNIPS (11/03/2025) – ID 640502; ACHC (Radicado 2025423000774632 - 10/03/2025); Asociación de Hospitales de Caldas: Correo electrónico 12/03/2025 (No han asistido); ACESI (05/03/2025); CEXPES ID

616482 (04/03/2025); MALLAMAS (Radicado 2025423000749902 - 10/03/2025); ISABU (ID 639835 – 11/03/2025); IPS ESSALUD YAGUARA (ID: 641287 - 12/03/2025); Asociación de Cabildos y Autoridades Tradicionales de La Guajira (ID: 646920 – 12/03/2025).

- 3.11. Las agremiaciones de pacientes. **Anexo No.18:** 3.11: Pacientes, Organización Defensa del Paciente Derechos Humanos - correo electrónico (17/03/2025); Pacientes de Colombia (10/03/2025); ENHU (ID 614469 – 04/03/2025); FECOER (ID 637223 – 11/03/2025).
- 3.12. El sector académico. **Anexo No.19:** 3.12 Sector Académico: El MSPS envió invitaciones a: ASCUN, Confluencia de Universidades Públicas en Salud; Asociación Colombiana de Salud Pública, Mesa Técnica de Alianza Académica. No se tiene delegación. ACFAS (ID: 640151 – 12/03/2025).

Parágrafo 2 Invitados otros sectores, entidades o personas. **Anexo No. 20** - Parágrafo 2 Invitados.

Respuesta a (33) solicitantes que no cumplen criterios de participación conforme Capítulo II de la Resolución 370 de 2025. **Anexo No.21** - Solicitantes no cumplen criterios.

2.2.2.4 Registro documental de las mesas de trabajo

Atendiendo el numeral 4.3 ordenado por la Corte Constitucional a través del Auto 007 de 2025, en cuanto a que el MSPS “(...) remita la información obtenida mediante la realización de mesas de trabajo con las EPS, con los datos y resultados relacionados con los temas debatidos en cada una de las reuniones y los aportes obtenidos para mejorar la calidad de la información orientada a fijar de forma adecuada y suficiente la UPC”, y de conformidad con la Resolución 370 de 2025, que indica se desarrollaran seis (6) sesiones de trabajo.

A continuación, se detallan los registros generados en cada una de las fechas en que se realizaron las sesiones, los cuales incluyen, de manera general, los temas abordados, los datos y resultados discutidos, así como los aportes derivados de cada encuentro, en tal sentido, se presenta la estructura general de los documentos contenidos para cada sesión y hacen parte de las evidencias que serán entregadas como complemento al presente informe:

- **Formato Consentimiento informado** - GPSF11 V02
- **Formato Declaración posible conflicto de intereses** - GPSF13 V02
- **Listados de asistencia** - (el mismo formato se utilizó para registrar la asistencia de los actores convocados en la jornada de la mañana y en la de la tarde).
- **Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS**
- **Acta de la sesión**

En particular, durante las sesiones 2 a 6 se abordaron temas técnicos clave para el cálculo de la UPC, incluyendo frecuencias de uso, severidad, siniestralidad, inclusiones y ajuste de

riesgo. Estos componentes fueron analizados y discutidos por los participantes mediante espacios estructurados de deliberación. Para ello, como se mencionó anteriormente, se aplicó la metodología Phillips 66, que permitió organizar las intervenciones y recoger respuestas a las preguntas formuladas en el foro de conocimiento, en el ejercicio mismo de la metodología y los aportes de los actores. Todos los aportes entregados por los actores fueron sistematizados y procesados posteriormente, con el fin de generar insumos técnicos que fundamentaran los consensos y disensos por cada eje temático.

Las evidencias de cada mesa fueron organizadas en la carpeta denominada: **Anexo No.22** - Soportes informe final corte constitucional.

De forma complementaria, la carpeta correspondiente a cada sesión contiene subcarpetas organizadas por actor (Academia – EPS – Gobierno – Invitados -IPS – Pacientes), las cuales incluyen los documentos e insumos aportados por los participantes en las mesas de trabajo.

Resumen general de los registros por sesión:

Sesión 1. Instalación de la Mesa – Elementos técnicos de la UPC – (20/03/2025)

- Formato Consentimiento informado - GPSF11 V02: (diligenciados 45 folios).
- Formato Declaración posible conflicto de intereses - GPSF13 V02: (No hay registros).
- Listados de asistencia: Cuatro (4) folios, registran la participación de 46 personas.
- Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS
- Acta de la sesión: Siete (7) folios.

Sesión 2. Análisis de Frecuencias de Uso – (27/03/2025)

- Formato Consentimiento informado - GPSF11 V02: (diligenciados 42 folios).
- Formato Declaración posible conflicto de intereses - GPSF13 V02: (diligenciados 43 folios).
- Listados de asistencia: Tres (3) folios, registran la participación de 45 personas.
- Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS.
- Acta de la sesión: Diez (10) folios.
- Soportes componente técnico (Foro de Conocimiento – Phillips 66 – Aportes)

Sesión 3. Análisis de Severidad – (03/04/2025)

- Formato Consentimiento informado - GPSF11 V02: (diligenciados 50 folios).
- Formato Declaración posible conflicto de intereses - GPSF13 V02: (diligenciados 50 folios).
- Listados de asistencia: Tres (3) folios, registran la participación de 55 personas.
- Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS.
- Acta de la sesión: Catorce (14) folios.
- Soportes componente técnico (Foro de Conocimiento – Phillips 66 – Aportes)

Sesión 4. Análisis de Siniestralidad – (10/04/2025)

- Formato Consentimiento informado - GPSF11 V02: (no registra).
- Formato Declaración posible conflicto de intereses - GPSF13 V02: (diligenciados 45 folios).
- Listados de asistencia: Tres (3) folios, registran la participación de 45 personas.
- Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS.
- Acta de la sesión: Veinte (20) folios.
- Soportes componente técnico (Foro de Conocimiento – Phillips 66 – Aportes)

Sesión 5. Análisis de Impacto de Inclusiones – (24/04/2025)

- Formato Consentimiento informado - GPSF11 V02: (no registra).
- Formato Declaración posible conflicto de intereses - GPSF13 V02: (diligenciados 44 folios).
- Listados de asistencia: Tres (3) folios, registran la participación de 43 personas.
- Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS.
- Acta de la sesión: Veinte y un (21) folios.
- Soportes componente técnico (Foro de Conocimiento – Phillips 66 – Aportes)

Sesión 6. Análisis de Ajustadores de Riesgo – (29/04/2025)

- Formato Consentimiento informado - GPSF11 V02: (no registra).
- Formato Declaración posible conflicto de intereses - GPSF13 V02: (diligenciados 38 folios).
- Listados de asistencia: Dos (2) folios, registran la participación de 39 personas.
- Registro de asistencia de los funcionarios del MSPS.
- Acta de la sesión: Quince (15) folios.
- Soportes componente técnico (Foro de Conocimiento – Phillips 66 – Aportes)

2.1.2 Realización de sesiones 1 a 6

En este numeral y en cumplimiento de lo ordenado por la Honorable Corte Constitucional en el Auto 007 de 2025, este documento presenta el análisis detallado de las sesiones desarrolladas en el marco de la Mesa Técnica de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Para tal fin, se aplicó una metodología de análisis que permitió recolectar, clasificar y examinar la información aportada por los distintos actores del sistema de salud convocados, así como documentar sus percepciones frente a las preguntas formuladas durante los espacios de participación definidos: el Foro de Conocimiento y la metodología Phillips 66.

Cada una de las seis sesiones programadas se describe de manera sistemática a partir de los siguientes componentes:

- **Marco conceptual:** introduce elementos conceptuales y definición técnica desde la perspectiva del Ministerio de Salud y Protección Social sobre la temática tratada;
- **Análisis cualitativo:** consolida las respuestas y opiniones recogidas en los espacios participativos, destacando los principales puntos de consenso y disenso entre los actores;
- **Análisis cuantitativo:** integra los insumos técnicos producidos por el Ministerio y los aportes de los participantes;
- **Aportes de los actores:** sintetiza los hallazgos de cada sesión, identifica oportunidades de mejora metodológica y elementos que pueden fortalecer futuras etapas del proceso; y
- **Comentario final,** que recoge una reflexión integrada sobre el componente temático abordado en cada sesión.

2.1.2.1. Sesión 1. Instalación de la Mesa - (20/03/25)

Siguiendo lo ordenado por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008, mediante los Autos 007 y 089 de 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social inició la Mesa Técnica para el análisis del valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Esta mesa se convocó con el propósito de revisar, de manera sistemática, técnica y participativa, elementos relevantes en el cálculo de la UPC y análisis complementarios para los años 2021, 2022, 2023 y 2024.

La Mesa Técnica fue formalmente constituida mediante la Resolución 370 del 28 de febrero de 2025, con un carácter participativo. Su objetivo principal fue facilitar la recolección, análisis y discusión de información técnica, financiera y operativa, que sirviera como base para que el Ministerio tomara decisiones fundamentadas respecto a un posible reajuste en el valor de la UPC. Contó con una amplia representación de actores claves del sistema de salud convocados conforme a lo establecido por la Corte Constitucional en el Auto 007 de 2025.

La instalación de la mesa estuvo a cargo del Ministro de Salud y Protección Social, Dr. Guillermo Alfonso Jaramillo, en compañía del Viceministro de Protección Social, Dr. Luis Alberto Martínez; el Superintendente Nacional de Salud, Dr. Helver Giovanny Rubiano García; y el Director General de la ADRES, Dr. Félix León Martínez Martín.

Durante la instalación, el Ministro de Salud destacó los siguientes puntos: i) Antecedentes: mencionó el desarrollo de múltiples reuniones previas entre 2023 y 2024 orientadas a identificar posibles desequilibrios en el sistema y explorar consensos frente al cálculo de la UPC; ii) Manifestó preocupaciones sobre el uso de los recursos: señaló el uso ineficiente de los recursos públicos en salud, acompañado de críticas a la inconsistencia y falta de transparencia en los datos financieros reportados por algunas EPS; iii) Destacó desajustes entre gasto y afiliación: Se expusieron discrepancias entre el aumento de los gastos y el crecimiento real del número de afiliados, lo que plantea dudas sobre la eficiencia y la

veracidad de los informes; iv) Destacó el compromiso con la transparencia: Se propuso que esta mesa funcione como un mecanismo para esclarecer la verdad sobre los flujos y usos de los recursos del sistema, con un enfoque técnico y participativo centrado en el interés público.

El Viceministro de Protección Social presentó los lineamientos metodológicos y operativos que regirán el funcionamiento de las sesiones programadas en el marco de la mesa técnica:

- **Objetivo central:** Recoger y analizar información técnica que permita determinar, con base en evidencia, si existe rezago en el valor de la UPC de las vigencias mencionadas.
- **Normas de participación:** Se establecieron derechos y deberes tanto del Ministerio como de los delegados de cada entidad, garantizando un entorno de respeto, colaboración y transparencia.
- **Metodologías de trabajo** colaborativo:
 - Foro de conocimiento: Promueve el intercambio de saberes y experiencias entre los participantes.
 - Técnica Phillips 6-6: Favorece la discusión estructurada en grupos pequeños, maximizando la participación en tiempos breves.
 - Mesas de trabajo y plenarias: Espacios donde se consolidarán los análisis y se generarán productos concretos a ser entregados a la Secretaría Técnica del Ministerio.

Cada sesión está diseñada para tener una preparación previa, discusión grupal durante la jornada, y una síntesis final que alimentará las decisiones del Ministerio.

Finalmente, el Viceministro presentó el **cronograma de trabajo** que responde a los plazos establecidos por la Corte Constitucional. Las sesiones se desarrollarán semanalmente (exceptuando Semana Santa), abordando los siguientes temas: (27/03/2025) Análisis de frecuencia de uso; (03/04/2025) Análisis de severidad; (10/04/2025) Análisis de siniestralidad; (24/04/2025) Análisis del impacto de inclusiones y (29/04/2025) Análisis de ajuste por riesgo.

2.1.2.2. Sesión 2. Análisis de frecuencias de uso – (27/03/25)

Marco Conceptual

El modelo conceptual desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para la definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) se fundamenta en la fórmula de frecuencia por severidad. Aunque se trata de dos variables estrechamente interrelacionadas, este numeral se centrará específicamente en la variable frecuencia de uso, dado su papel determinante en la estimación del riesgo esperado y la suficiencia de la prima.

Conceptualmente, la frecuencia de uso se refiere al número promedio de reclamaciones asociadas a tecnologías y servicios en salud suministrados a un afiliado durante un periodo determinado. Sin embargo, este concepto requiere precisiones según el propósito de su estimación. No es equivalente calcular la frecuencia de uso desde la perspectiva del prestador, con fines de seguimiento a una relación contractual, que, desde la perspectiva del regulador, cuyo objetivo es estimar la frecuencia agregada a nivel del sistema de salud. En este último caso, la frecuencia adquiere una dimensión poblacional y sistémica, clave para la formulación de políticas y la definición de parámetros actuariales.

La frecuencia de uso es una variable altamente sensible a múltiples factores. Entre ellos se encuentran los factores demográficos (como edad y género), factores de salud y comorbilidades (incluyendo hábitos de vida y presencia de enfermedades crónicas), factores económicos y sociales (como el nivel socioeconómico y las barreras de acceso a los servicios de salud), factores asociados al diseño del aseguramiento (copagos, cuotas moderadoras, red de atención, cobertura, entre otros), así como factores epidemiológicos y ambientales (por ejemplo, pandemias, brotes epidémicos, contaminación o condiciones climáticas). Adicionalmente, la frecuencia de uso puede verse modificada —ya sea incrementada o reducida— como resultado de la efectividad de los esquemas de gestión integral del riesgo en salud implementados por las aseguradoras sobre su población afiliada.

En este contexto, el reporte de información para el estudio de suficiencia debe sustentarse en datos precisos, consistentes y representativos, que reflejen de manera fiel la realidad del sistema frente a los patrones de utilización de tecnologías y servicios en salud. Solo con información confiable es posible generar inferencias válidas y tomar decisiones técnicas que correspondan a las dinámicas reales de uso de servicios por parte de la población afiliada.

Para el cálculo de la UPC, la fórmula de estimación de la frecuencia de uso es la siguiente:

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

Donde, las reclamaciones hacen referencia a todas las tecnologías y servicios suministrados a un afiliado en una unidad de tiempo y la población expuesta equivale a la unidad de riesgo.

No obstante, el cálculo de la prima de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) no se basa únicamente en la frecuencia promedio observada durante una vigencia específica (corte transversal), sino que también incorpora el comportamiento histórico de la variable a través del ajustador de frecuencia. Este componente permite capturar tendencias y oscilaciones en horizontes temporales más amplios, lo que contribuye a realizar estimaciones más robustas y precisas del pool de riesgo global del sistema.

El plan de análisis diseñado por el MSPS permite una evaluación integral y estructurada de la información disponible y de los distintos enfoques, preocupaciones y recomendaciones planteadas por los participantes en la mesa, asegurando que las decisiones sobre la frecuencia de uso en el cálculo de la UPC sean técnicamente fundamentadas.

Análisis Cualitativo Componente - Frecuencias de Uso

1. Sobre la definición y forma de cálculo de la frecuencia de uso (FU) como variable de la ecuación para la estimación de la UPC

Puntos de convergencia Pregunta No.1

Los delegados resaltan la necesidad de reflejar más claramente los cambios en las condiciones epidemiológicas y demográficas de la población como factores que afectan la frecuencia de uso de los servicios de salud.

Todos los asistentes convergen en señalar que la frecuencia de uso es un indicador clave en la suficiencia de la UPC.

Con base en los soportes entregados por los delegados a la mesa, se observa que la interpretación de la frecuencia de uso está afectada principalmente por temas de gestión administrativa de la atención en salud asociados a las formas de contratación y seguimiento, el paso a paso de las metodologías aplicadas y los sistemas de información (en relación con la calidad del dato, la interoperabilidad entre las fuentes de información y la estandarización semántica para el registro), y en menor nivel de convergencia entre los delegados, por el efecto de la gestión de riesgo de las condiciones de salud o la introducción de nuevas políticas o programas.

Puntos de divergencia Pregunta No.1

Los delegados del grupo de EPS agremiadas manifiestan que la unidad de medida de la frecuencia de uso no sigue un estándar, presentando variaciones entre las mismas EPS y a lo largo del tiempo, según las formas de contratación, tipo de EPS, traslados de población, inclusiones y fuentes de información utilizadas, lo que a su juicio genera inconsistencias en la interpretación de los datos.

Se señala que el Ministerio emplea datos nacionales ajustados por edad, sexo y otros factores de riesgo, mientras que las EPS calculan la frecuencia de uso con bases de datos internas (facturación, autorizaciones), que no son las mismas para todas las EPS.

El gremio de las EPS, en cabeza de ACEMI, señaló que la metodología de cálculo de la UPC empleado por el Ministerio no puede considerarse propiamente actuarial; no obstante, varios de sus agremiados, así como otros delegados participantes en la mesa técnica, manifestaron entenderla como una metodología con enfoque actuarial.

2. Sobre las fuentes de información para el cálculo de la frecuencia de uso

Puntos de convergencia Pregunta No.2

Las respuestas evidencian una percepción generalizada de insuficiencia y dispersión en los datos, sensible a las formas de contratación pactadas entre los agentes, lo cual genera una preocupación por la calidad, cobertura y representatividad de la información que sustenta los análisis.

Aunque los delegados dicen que existen múltiples fuentes de información para el cálculo de la frecuencia de uso, tales como los RIPS, las bases de autorizaciones, la BDUA, la facturación electrónica, los reportes de ADRES y diversas bases propias de las EPS, también coinciden en señalar la necesidad de establecer protocolos de validación previa que permitan evaluar desviaciones significativas, y que involucren tanto al MSPS como a las EPS, de manera que se pueda garantizar una interpretación técnica adecuada de las variaciones encontradas, evitando interpretaciones unilaterales o arbitrarias.

Una percepción transversal sobre la metodología general de estimación de la UPC radica en los umbrales de cobertura exigidos por el estudio de suficiencia (90%), que podrían llevar a la exclusión de datos valiosos de EPS con retos operativos o territoriales particulares. Este enfoque, según se argumenta, favorece a las EPS grandes y tecnológicamente más robustas, reforzando un sesgo estructural que invisibiliza a poblaciones rurales, indígenas o desplazadas y, con ello, los perfiles epidemiológicos específicos que deben ser tenidos en cuenta para una correcta modelación de frecuencias.

Puntos de divergencia Pregunta No.2

Según los delegados, hay variedad y heterogeneidad en las fuentes de información utilizadas por cada EPS para el cálculo de la frecuencia de uso y el reporte de la información requerida por el estudio de suficiencia; así mismo, las entidades utilizan para el análisis de esta variable, agrupaciones de servicios que responden a criterios no homogéneos, lo que genera distorsiones e impide la comparabilidad.

Si bien algunos delegados recomiendan mantener el estudio de suficiencia como fuente de referencia para el cálculo de la UPC en tanto se consolida la implementación plena de FEV-

RIPS, otros alertan sobre el riesgo de depender exclusivamente de información reportada por las EPS al Ministerio, sin mecanismos externos de verificación.

3. Sobre posibles discrepancias entre las fuentes de información para el cálculo de la frecuencia de uso

Puntos de convergencia Pregunta No.3

En opinión de los delegados, las fuentes de información disponibles para hacer cálculos de la frecuencia de uso de servicios de salud tienen divergencias entre sí, que podrían explicarse por factores estructurales, metodológicos y operativos. Resaltan lo siguiente:

- RIPS: Los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) presentan un alto nivel de subregistro frente a la información reportada al estudio de suficiencia de la UPC, que algunos estiman hasta en un 48%, lo cual se debe a que su reporte se hace obligatorio hasta la reciente implementación de la facturación electrónica.
- Interoperabilidad deficiente: La falta de interoperabilidad entre los sistemas de información de prestadores y aseguradoras impide una consolidación eficaz de los datos, especialmente en contextos con alta dispersión geográfica, poblaciones indígenas o migrantes, y dificultades estructurales para el acceso a servicios.
- Diversidad en los perfiles poblacionales: La variabilidad en los perfiles epidemiológicos y socioeconómicos de la población colombiana genera diferencias legítimas en las frecuencias de uso, dificultando la comparación entre aseguradoras.
- Diferencias metodológicas: Mientras los RIPS reflejan lo reportado por los prestadores, el estudio de suficiencia integra información más completa, al incluir en algunas EPS, autorizaciones no facturadas, datos de facturación y registros clínicos, lo que tiende a reportar frecuencias más altas.
- Factores de temporalidad: El desfase entre la prestación del servicio y su radicación en contratos bajo modalidades como el Pago Global Prospectivo afecta la precisión del análisis en tiempo real, ya que los datos de un año pueden seguir modificándose en los meses subsiguientes.

Punto de divergencia Pregunta No.3

El reporte de información al estudio de suficiencia no involucra las mismas fuentes para todos los agentes del sistema.

4. Sobre el real comportamiento de las frecuencias de uso observadas en el periodo (2020 – 2024)

Puntos de convergencia Pregunta No.4

Hay una percepción generalizada de que el comportamiento de las frecuencias de uso de los servicios de salud entre 2020 y 2024 estuvo influenciado por factores asociados principalmente a condiciones de salud emergentes como la pandemia por COVID-19 y en algunos territorios por brotes de Fiebre Amarilla o Dengue; de igual forma, las transiciones demográficas y los cambios del perfil epidemiológico, según los delegados presiona al uso de servicios a causa del envejecimiento poblacional y el incremento en la carga de enfermedad crónica. En este marco, los actores convergen en resaltar algunos aspectos que afectaron en el tiempo la variable bajo análisis, así:

- Año 2020 - Impacto de la pandemia por COVID-19: se registró una caída marcada en las frecuencias de uso debido a la suspensión de servicios preventivos, consultas ambulatorias y procedimientos electivos, en tanto que aumentó la utilización de los servicios de urgencias y hospitalización.
- Año 2021 - Recuperación parcial: Aunque todavía influida por la pandemia, se observó una recuperación parcial en la frecuencia de uso con relación al comportamiento prepandémico observados en el año 2019.
- Año 2022 - Estabilización: Las frecuencias de uso de servicios no relacionados con COVID comenzaron a normalizarse durante esta vigencia, especialmente en servicios con listas de espera y represados, tales como: cirugía ambulatoria u hospitalización quirúrgica.
- Año 2023 - Aumento: se registró un aumento de la frecuencia reportada debido a alta demanda post pandémica y la reactivación total de los servicios de salud diferidos.

Factores específicos como la capitación del suministro de medicamentos, el traslado de pacientes, la asignación obligatoria de usuarios con alta carga de enfermedad, así como la adopción progresiva de nuevas tecnologías en salud, fueron identificados por los delegados como determinantes en las variaciones observadas. Se hizo referencia a estudios cuantitativos en los cuales, la frecuencia de uso per cápita en el año 2023 alcanzó niveles comparables o incluso superiores a los registrados en 2019 (antes del inicio de la pandemia). Sin embargo, indican que para el año 2024 no se mantiene la tendencia al aumento observándose una ligera disminución, la cual se atribuye, posiblemente, a la falta de completitud en los datos reportados hasta la fecha.

Las tendencias generales sugieren una recuperación pospandémica seguida por una estabilización con variaciones explicadas más por condiciones estructurales y poblacionales que por cambios coyunturales.

Punto de divergencia Pregunta No.4

El análisis de las frecuencias es realizado por algunos actores a través de agrupaciones de servicios, los cuales son diferentes entre las EPS.

5. Significancia de las variaciones de la frecuencia de uso y análisis de causas

Puntos de convergencia Pregunta No.5

En opinión de los delegados a la mesa de trabajo, los aspectos de la transición demográfica, algunos factores que inciden en el acceso a servicios de salud como las modas prescriptivas o las inclusiones de tecnologías al Plan de Beneficios, las condiciones epidemiológicas de la población y los efectos de la gestión de riesgo adecuada son los principales determinantes en las variaciones de la utilización de los servicios de salud.

Los soportes presentados refieren que aspectos administrativos como la maduración de la facturación, las formas de contratación y seguimiento empleadas por las aseguradoras, la variabilidad de los sistemas de información y el paso a paso del proceso generador del dato, influyen significativamente en las variaciones de la frecuencia de uso.

Puntos de divergencia Pregunta No.5

Entre los actores que analizaron el umbral de significancia estadística de las variaciones observadas en la frecuencia de uso de servicios en el contexto del cálculo de la UPC, no hay un único concepto comparativamente contra los datos que han sido estimados por este ministerio mediante el análisis de la tendencia histórica.

Es así como, algunos actores indican que la variación significativa es aquella con un coeficiente de dispersión mayor al 15%, en tanto que otros consideran que la variación en la frecuencia de uso de los servicios de salud es significativa bajo ciertos criterios:

- Porcentaje de cambio: Una variación que supera el 5% respecto a la tendencia histórica se considera significativa. Para tecnologías de baja frecuencia y alto costo, este umbral puede ser del 2%.
- Modelos actuariales: Si la variación excede el margen de riesgo de un modelo actuarial, también se considera significativa.
- Pruebas estadísticas: Pruebas como chi-cuadrado, t de Student o análisis de series de tiempo que arrojen un valor p menor a 0.05 indican significancia estadística.

Para los pacientes, toda variación en la frecuencia de uso es significativa porque refleja una necesidad real de atención.

6. Algunas de las posibles causas raíz o determinantes de las variaciones en la frecuencia de uso discutidas en la mesa

Aumento en las frecuencias:

- Envejecimiento poblacional por aumento en la demanda de servicios de salud
- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas
- Cambios en guías de práctica clínica por actualización pueden aumentar la frecuencia de ciertos servicios.
- Eventos emergentes

- Ingreso de población con demanda insatisfecha referido al ingreso de nuevos afiliados que no habían tenido acceso previo a servicios de salud.
- Mejoras en la calidad y precisión del registro de los datos.
- Eliminación de barreras de acceso mediante políticas que lo faciliten.

Disminución en las frecuencias:

- Modelos de pago por resultados que incentiven la utilización eficiente de los servicios de salud.
- Estrategias de prevención para reducir la necesidad de servicios curativos o de mayor costo.
- Optimización de procesos para evitar la repetición innecesaria de servicios.
- Control y revisión de la utilización mediante auditorías
- Pérdida de afiliados debido a la aplicación de medidas de vigilancia y control o liquidación de EPS.
- Efectos de las variaciones de la frecuencia de uso en otros elementos del sistema

Puntos de convergencia Pregunta No.6

Bajo este contexto de análisis, el acceso a servicios de salud, expresado como la disponibilidad de redes de servicios, la oportunidad de atención brindada, las “modas” prescriptivas y las inclusiones de nuevas tecnologías al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, fue el elemento más mencionado por los delegados a la mesa, que, según sus apreciaciones está relacionado con tales variaciones. No obstante, en la discusión también se relacionaron aspectos relativos al perfil de morbilidad de la población afiliada, condiciones emergentes, gestión de riesgo de salud con enfoque preventivo y capacidad resolutive, formas de contratación y seguimiento, así como aspectos relacionados con el origen de los datos que sustenta el cálculo de las frecuencias de uso, la interoperabilidad entre las fuentes y la necesidad de algunas precisiones en la estandarización semántica, principalmente.

Respecto al histórico de frecuencias, los delegados a la mesa consideran que las variaciones hacia el incremento reflejan una mayor demanda de servicios, aunque también puede ser un indicador de la calidad y oportunidad de la atención. Es así como si la frecuencia de mediana y alta complejidad aumentan en servicios no pertinentes, esto podría indicar que la baja complejidad no es resolutive, tiene barreras de acceso y que la gestión en salud no está teniendo los resultados esperados. Particularmente y según lo referenciado por los delegados, existe un patrón de uso diferenciado en comunidades indígenas dado por una mayor incidencia de enfermedades transmisibles y menor acceso a atención especializada debido a las condiciones socioeconómicas.

En cuanto a los RIPS, hay una percepción general de que estos contienen datos incompletos por no obligatoriedad del reporte por parte de los prestadores hasta el año 2024.

Finalmente, los delegados concuerdan al expresar que un mayor uso de los servicios puede derivar en un incremento en las quejas y reclamos por parte de los usuarios ante la

Superintendencia de Salud, relacionados con demoras en la atención, negación de servicios, fallas en la red de prestación o problemas administrativos en la facturación y pago de servicios.

Puntos de divergencia Pregunta No.6

Hay diferentes opiniones respecto al ciclo de maduración de la información observando rangos entre 4 y 10 meses posteriores a la prestación el servicio.

Aunque para algunos delegados, las variaciones de la frecuencia de uso en la factura electrónica de venta - FEV RIPS se refleja en el volumen de facturación electrónica, lo que puede generar retrasos en la conciliación, pagos y auditoría de cuentas médicas, afectando el flujo de caja de las IPS y EPS, para otros, la frecuencia de uso reportada en la suficiencia de UPC no tiene una relación directa con los reportes de RIPS o la facturación electrónica, más allá de ser un dato incluido en estos.

Los delegados de EPS-Intervenidas señalan que las variaciones de la frecuencia de uso pueden deberse a la variación poblacional, procesos migratorios, contexto propio de regiones fronterizas; además de lo anterior, desde las IPS indígenas se considera que dichas variaciones podrían evidenciar fallas en estrategias de prevención o el impacto de determinantes sociales en salud (pobreza, desnutrición, saneamiento básico).

Con base en los soportes presentados por los delegados, no hay acuerdo frente a la correlación directa entre el envejecimiento poblacional y el perfil epidemiológico de la población y las variaciones en las frecuencias de uso, toda vez que la mayoría de percepciones se refieren a la existencia indiscutible de tal correlación, pero otra percepción indica que los registros de la información reportada al estudio de suficiencia reflejan más bien, y a su juicio, la definición administrativa del modelo de contratación o del empaquetamiento de servicios, en lugar de proporcionar una explicación sobre las prevalencias o incidencias de las condiciones de salud de la población.

Hay divergencia de opinión sobre la correlación entre las variaciones de la frecuencia de uso observadas a partir del reporte al estudio de suficiencia y los efectos sobre la capacidad instalada, la red de servicios y el ReTHUS, ya que mientras algunos encuentran una relación directa, hay opiniones de que estos factores no son determinantes para establecer ciertos tipos de incrementos en las frecuencias de uso de los servicios de salud, y sería necesario realizar análisis más preciso, como la capacidad ocupada, efectiva y disponible, por cuanto, los registros de suficiencia reflejan más bien la gestión administrativa que la capacidad instalada. Lo mismo sucedería con la oferta de profesionales en salud y, de hecho, se expresa que este factor está más influenciado por la oferta educativa existente en el país que por la demanda de servicios de salud, ya que el Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS) facilita la inscripción y seguimiento de los profesionales de la salud, pero no afecta directamente la cantidad de profesionales disponibles. Dado lo anterior, se indica que la variabilidad en la frecuencia de uso de los servicios no tiene un impacto

significativo en la oferta de profesionales, ya que esta depende principalmente de los programas educativos y la capacidad de formación de las instituciones académicas.

7. Efectos de la gestión de riesgo en salud y las acciones de promoción y prevención sobre el comportamiento de las FU. Propuesta de estrategias para equilibrar el uso adecuado y sus costos

Puntos de convergencia Pregunta No.7

Los delegados a la mesa de trabajo UPC consideran que la gestión de riesgo en salud es una estrategia que se relaciona con la utilización de los servicios de salud, en la medida en que, al ser adecuada dicha gestión, según los resultados y metas planificados, la frecuencia de uso puede ser controlada.

En relación con las propuestas para equilibrar el uso adecuado de servicios de salud y sus costos, todos los delegados convergen en afirmar que el enfoque preventivo en la prestación de los servicios de salud y el mejoramiento en la capacidad resolutive favorecerían el control de las frecuencias de uso. Inclusive, algunos mencionan la importancia de adoptar estrategias educativas para construir narrativas de conciencia acerca del buen uso, eficiente, responsable y con equidad, por parte de los afiliados, así como la necesidad de construir políticas para disminuir la fragmentación clínica y económica de la atención.

Los actores coinciden en que se deben mejorar los mecanismos de interoperabilidad de los sistemas de información con el fin de favorecer la gestión e integralidad de los actores alrededor de la atención en salud, lo cual pasa por el mejoramiento del proceso de reporte de información, validación y análisis.

Punto de divergencia Pregunta No.7

No todos los grupos participantes tienen la misma opinión sobre la utilidad de la promoción y la prevención en la reducción de la frecuencia de uso, dado que algunos consideran que a corto plazo inducen un mayor uso que a largo plazo evita mayores costos al sistema, pero otros consideran que es una buena estrategia.

Algunas propuestas prospectivas presentadas por los diferentes grupos participantes:

- Grupo EPS: Ajustar metodologías incluyendo variables nuevas, mejorar la formación médica, y estandarizar codificaciones.
- Grupo IPS: Implementar historias clínicas interoperables, desarrollar un banco de experiencias exitosas y realizar análisis por condición clínica.
- Grupo Pacientes: Crear paneles de usuarios, establecer rutas administrativas claras y garantizar acceso a toda la información.
- Grupo Gobierno: Mejorar la explicabilidad de las fórmulas, establecer criterios de representatividad y promover campañas educativas.

- Grupo otros invitados: Aplicar validaciones múltiples, integrar sistemas de información, y recuperar gobernanza del sistema.

Implicaciones futuras expuestas para el componente de frecuencias de uso:

- Introducir análisis de frecuencia de uso por grupos de servicios, dada la naturaleza diversa de estos y la heterogeneidad en su comportamiento y evolución.
- Verificar barreras de acceso, como por ejemplo las negaciones de servicios, las cuales podrían inducir una mayor frecuencia de uso de otros servicios, más intensivos.
- Realizar validaciones de información con los prestadores o con fuentes externas de organizaciones de pacientes.
- Reconocer las diferencias territoriales y poblacionales.

Análisis Cuantitativo Componente - Frecuencias de Uso

Desde la perspectiva de la teoría actuarial y de la técnica formal que debe aplicarse en procesos regulatorios como la definición de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es fundamental considerar la interacción entre tres periodos clave: el **periodo de experiencia**, el **periodo de recolección y análisis de la información**, y el **periodo de aplicación o pronóstico**. Cada uno cumple un rol esencial en la estimación técnica, precisa y fundamentada del riesgo asegurado. Esta distinción permite justificar de manera sólida los supuestos utilizados, garantizar la coherencia del modelo en un marco de **solvencia, y supervisión** con un enfoque **estructurado, reproducible y transparente** en el cálculo de la prima.

El **período de experiencia** hace referencia al horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las atenciones en salud que servirán como experiencia para la estimación de la prima pura de riesgo, es decir, sirve de base estadística para analizar el comportamiento del riesgo asegurado permitiendo detectar tendencias, patrones o riesgos específicos, frente a aspectos relevantes como la frecuencia de utilización de los servicios de salud.

El **período de recolección** es el momento en que se recopila, valida, analiza y modela la información del periodo de experiencia, con el objetivo de depurar los datos, corregir errores, ajustar desviaciones y aplicar técnicas estadísticas y actuariales para el pronóstico futuro. El **período de aplicación o de pronóstico** es el tiempo futuro durante el cual se aplicará la UPC calculada y refleja tanto el riesgo esperado como el riesgo pasado.

Para el análisis de la suficiencia de la UPC 2021-2024, los períodos de experiencia son las vigencias 2019-2022.

En relación con el componente de frecuencia de uso, su evaluación se realiza a partir de la variable “registros”, contenida en la información reportada por las EPS seleccionadas en el marco del estudio técnico de suficiencia de la UPC.

Para analizar las verdaderas variaciones de las frecuencias de uso es necesario tener en consideración algunas precisiones de carácter preliminar:

- La estimación de esta variable se fundamenta en un cálculo nacional de frecuencias ajustadas por edad, sexo y zona geográfica, a partir de la información suministrada por las EPS seleccionadas para el estudio. Este enfoque incorpora un tratamiento de datos, análisis estadístico y generación de resultados que difiere del que se realiza de manera individual una EPS o un prestador de servicios de salud utilizando sus propias bases de datos.
- Dado que la FQ se determina a partir de la demanda y uso real de los servicios de salud por parte de la población atendida, esta se asocia con las características demográficas (edad, sexo) y las causas de consulta, lo cual a su vez permite caracterizar la situación de salud y refleja el perfil epidemiológico de la población expuesta atendida.
- La FQ estimada para el cálculo de la UPC corresponde al pool de riesgo nacional con base en la información total seleccionada para el estudio, sin segmentaciones de ningún tipo.

En este contexto, las reales frecuencias de uso obtenidas en cada año del periodo analizado se observan en la siguiente tabla:

Tabla 1: Histórico de la selección de las EPS - RC – (Período 2019-2022).

AÑOS	VALOR TOTAL	REGISTROS	POBLACIÓN EQUIVALENTE	SEVERIDAD	FQ
2019	\$ 17.989.062.717.345	407.039.873	17.665.105	\$ 44.194,84	23,04
2020	\$ 17.180.130.022.288	330.728.244	16.974.555	\$ 51.946,36	19,48
2021	\$ 21.071.827.772.459	425.527.401	18.080.509	\$ 49.519,32	23,54
2022	\$ 16.820.508.908.137	319.437.202	12.697.423	\$ 52.656,70	25,16

Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2019 -2022 Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2025.

Al comparar las frecuencias de uso observadas entre las EPS agremiadas en ACEMI y las demás EPS incluidas en el estudio de suficiencia, se evidencia que las primeras presentan un patrón de utilización similar al del estudio. Esto sugiere que ambas muestras reflejan una misma realidad en términos de comportamiento de uso, sin que el gremio muestre una mayor intensidad en las frecuencias registradas.

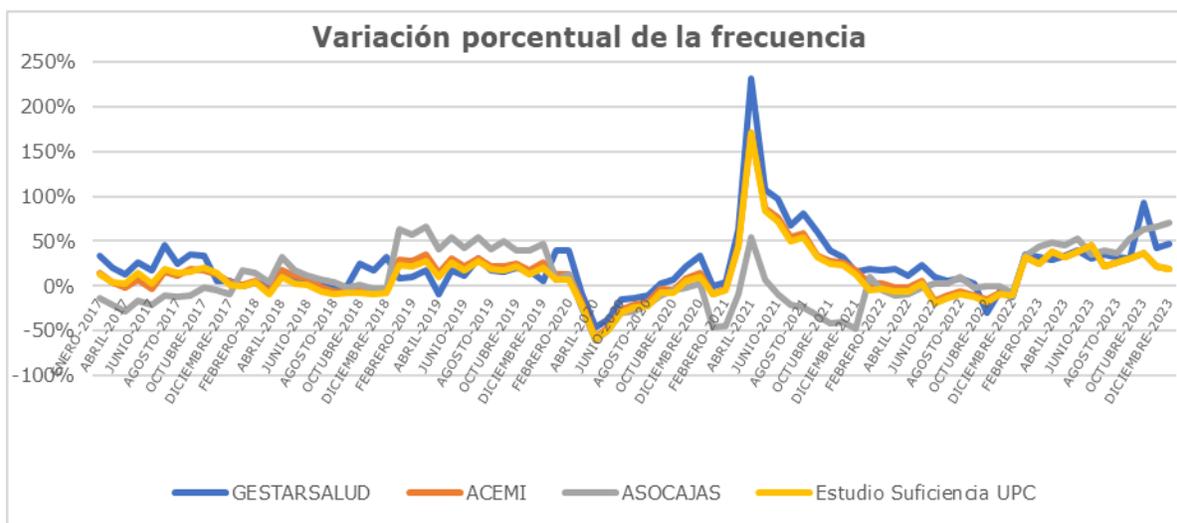
Gráfico 1: Comparativo FQ entre: EPS de ACEMI Vr EPS del Estudio de Suficiencia



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2016 -2023. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2025.

Así mismo, la variación porcentual de la FQ muestra un comportamiento similar de las distintas agremiaciones con las EPS seleccionadas para el estudio de suficiencia. En comparación con dicho estudio, Gestar Salud, ACEMI y Asocajas presentan una correlación positiva (90%, 98% y 36%), en donde si bien Asocajas tiene una menor correlación, esta es positiva e igualmente sigue la tendencia del estudio de suficiencia. Dada la magnitud de la correlación entre las variaciones de los gremios y las del estudio de suficiencia, se puede concluir que este representa muy bien la dinámica del universo de EPS.

Gráfico 2: Variación (%) de la FQ. Gremios y Estudio de Suficiencia



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2017 -2023. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2025.

Tabla 2: Correlación entre agremiaciones y Estudio de Suficiencia de la UPC.

Correlaciones	Estudio de Suficiencia UPC
GESTARSALUD	,899**
ACEMI	,983**
ASOCAJAS	,359**
Estudio suficiencia UPC	1

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

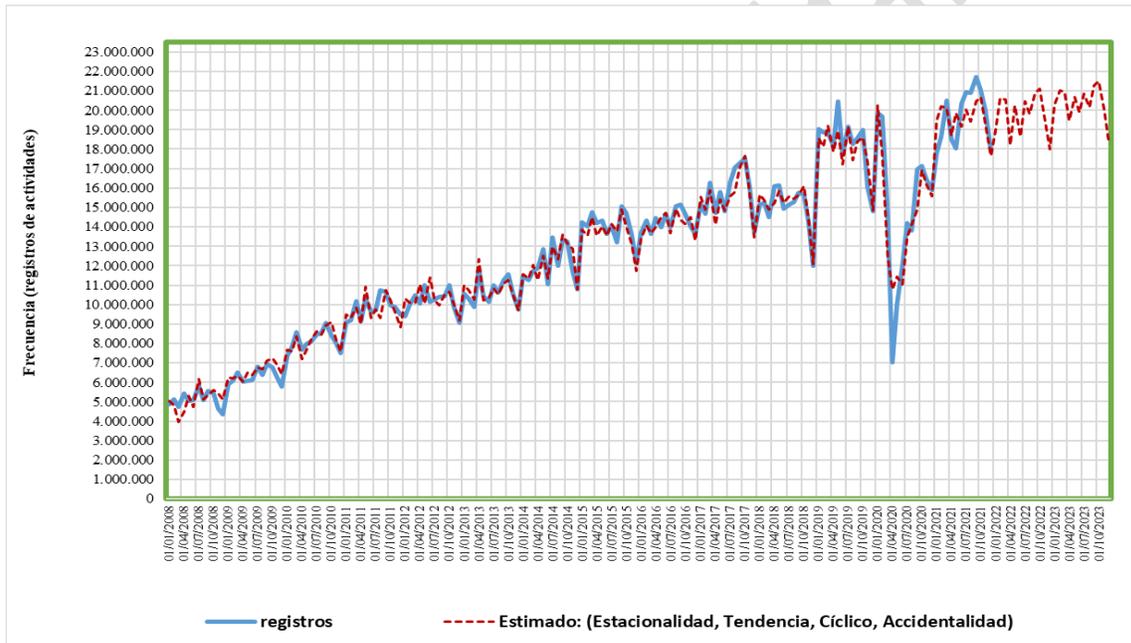
Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2017 -2023. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2025.

La UPC estimada se ajusta mediante un pronóstico del crecimiento en la utilización de servicios para el periodo de aplicación, utilizando una técnica estadística que analiza la serie de tiempo e introduce técnicas para reducir la variabilidad de los datos.

La serie de registros se trabaja en términos de logaritmos para reducir la varianza de los datos y a partir de ella, se calcula el promedio móvil de orden cuatro y el promedio móvil centrado⁵ para establecer la tendencia.

El siguiente gráfico presenta la evolución de la serie original de registros para el periodo 2008–2021, junto con su estimación ajustada y la proyección del comportamiento esperado para los años 2022 y 2023. A partir de estos resultados, se calcula el crecimiento de la frecuencia de uso, el cual se incorpora como un insumo técnico clave en el ajuste del crecimiento de la UPC.

Gráfico 3: Comportamiento histórico del registro de actividades – (2018-2023)



Fuente. Elaboraciones propias de los autores con la información de prestación de servicios reportada por las EPS del R.C. para el periodo 2008 -2023. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. Año 2025

⁵ Un promedio móvil de orden cuatro es una técnica de suavizado de series de tiempo que consiste en calcular el promedio aritmético de cada grupo de cuatro observaciones consecutivas. El promedio móvil centrado ubica el resultado en el tiempo central de los cuatro valores considerando además su desplazamiento. JennLG. (2024). Análisis comparativo del desempeño en métodos para el pronóstico de series temporales (Sección 5.1.3).

Aportes de los actores– Componente Frecuencias de Uso

- Importancia de la frecuencia de uso en la suficiencia de la UPC

La frecuencia de uso ha sido identificada por todos los actores participantes como una variable clave dentro de la estimación de la UPC, que, junto con la severidad, siniestralidad, inclusiones tecnológicas y ajustadores de riesgo, configura los pilares fundamentales de la metodología de estimación. Su adecuada medición permite reflejar las dinámicas del consumo de servicios que se brindan en respuesta a las necesidades en salud de la población asegurada.

- Validez metodológica del cálculo actual

Los hallazgos de la mesa de trabajo muestran que el MSPS ha implementado una metodología de cálculo de la FQ con base en la información reportada por las EPS, con la cual se ha buscado homogeneizar y controlar las diferencias naturales que puedan existir entre las estructuras poblacionales de las distintas EPS, así como aquellas que surgen en el marco del sistema de salud derivadas de prácticas contractuales, modas de prescripción, estrategias de gestión integral del riesgo, variabilidad de los sistemas de información y la generación de datos desde el prestador y las aseguradoras, entre otros. Adicionalmente, hay consenso respecto al uso de FQ como variable de entrada para el cálculo, así como con la definición operacional aplicada, la cual a su vez permite reforzar la comparabilidad, robustez y validez de los análisis requeridos para la estimación de la UPC, como prima de aseguramiento aplicable a toda la población colombiana.

El trabajo de la mesa develó que, para reportar la información solicitada algunas EPS están tomando como fuente los RIPS y otras, están incluyendo adicionalmente información de facturación, autorizaciones u otros registros clínicos o administrativos, integración de datos adicionales que captura prestaciones que no siempre se ven reflejadas en los RIPS y que, a juicio de los delegados, explicaría las diferencias observadas entre esta fuente y el reporte a suficiencia.

Esta heterogeneidad de fuentes utilizadas por las EPS para el reporte a suficiencia implica una probabilidad de sub o sobreestimación de registros; adicionalmente, la aplicación de la fórmula de cálculo de la FQ por parte de los actores ha conllevado divergencias metodológicas al involucrar distintas perspectivas de análisis.

- Confiabilidad de las fuentes de información utilizadas

Los datos usados por el Ministerio para calcular la frecuencia de uso provienen de la información suministrada por las EPS para el estudio de suficiencia, cuya calidad, cobertura y representatividad son evaluadas. Si bien existen limitaciones como la variabilidad en la calidad del dato, la falta de interoperabilidad y heterogeneidad en las fuentes internas de las EPS, metodológicamente el regulador se ha dado a la tarea de minimizar estos sesgos

mediante umbrales de cobertura, validaciones estadísticas y ajuste de riesgo por factores que afectan la prima.

En cuanto al uso de RIPS, se reconoce su subregistro importante frente al estudio de suficiencia por parte de los actores. No obstante, se ha documentado que esta fuente está en proceso de fortalecimiento con la implementación de la Facturación Electrónica de Venta – RIPS, lo cual permitirá mejorar la oportunidad, calidad y completitud de la información en el mediano plazo.

- Comportamiento de las FU en el periodo (2020-2024)

Los delegados identificaron una variabilidad en las frecuencias de uso durante el periodo analizado, explicada principalmente por los siguientes factores:

- ✓ Dinámicas poblacionales:
 - Eventos emergentes: Las políticas de restricción y reapertura gradual implementadas en el marco de la pandemia por COVID-19. Atención en Fiebre Amarilla y Dengue en zonas de riesgo en EPS indígenas.
 - Cambios demográficos (envejecimiento poblacional)
 - Factores epidemiológicos (aumento de enfermedades crónicas)
- ✓ Dinámicas contractuales
- ✓ Dinámicas operativas (Gestión de riesgo, gestión administrativa, facturación, interoperabilidad de la información, etc.)

Hay convergencias de los actores en la descripción del comportamiento histórico de la frecuencia de uso, el cual tiene similitud con el comportamiento observado en suficiencia, así: un patrón de caída durante el año 2020, tendencia a la recuperación parcial en 2021, estabilización en servicios que estaban represados en 2022 y aumento en 2023. No obstante, cabe resaltar que para el año 2024 los datos indican un posible retorno a la tendencia prepandémica.

Así mismo, la comparación entre los patrones de frecuencia de uso observados en distintas agremiaciones de EPS y la muestra utilizada en el estudio de suficiencia muestra altas correlaciones positivas, lo que confirma la representatividad de la muestra nacional y descarta sesgos atribuibles a subgrupos específicos de EPS.

- Determinantes y significancia estadística de las variaciones observadas

La frecuencia de uso es una variable altamente sensible a múltiples factores determinantes, algunos de ellos inherentes a las personas, otros asociados a la prestación de los servicios, otros que tienen que ver directamente con los modelos de gestión de riesgo en salud y otros derivados de la gestión administrativa.

Técnicamente, se evidenció en la mesa que no existe consenso sobre posibles criterios estadísticos para definir la significancia de una variación en la frecuencia de uso que pueda

impactar el gasto en salud. Algunos actores identificaron parámetros distintos como, por ejemplo:

- Cambios mayores al 5% respecto a la tendencia histórica.
 - Umbral superior al 2%, para tecnologías de baja frecuencia y alto costo
 - Variación con un coeficiente de dispersión mayor al 15%
 - Márgenes de cada modelo actuarial
-
- Efectos sistémicos de las variaciones en la frecuencia de uso

No hay consenso entre los delegados a la mesa de trabajo, sobre si las variaciones en frecuencia de uso tienen efectos directos sobre:

- Las redes de servicios.
- La carga administrativa en facturación y conciliación de cuentas.
- Desafíos en la gestión administrativa y de salud, que llevan a la aparición de barreras de acceso, especialmente en contextos de alta complejidad.
- El flujo financiero
- El comportamiento de PQRS por parte de usuarios.

Al punto, resulta válido referenciar el estudio de Núñez, J., et al. (2015)⁶, en el cual se analizó, entre otras cosas, el impacto de las inclusiones al Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC (antiguo Plan Obligatorio de Salud – POS) como posible causa de mayor utilización de servicios, evidenciando que en las EPS encuestadas no se generaron cambios en su red de prestadores, ni en las tendencias de tarificación, ni en el volumen de actividades contratadas, ni en la nueva oferta de servicios. Tampoco impactaron las decisiones técnicas o administrativas en torno a la gestión de riesgo.

A partir de la discusión, las variaciones en frecuencia de uso no se atribuyeron a fallas metodológicas en el cálculo oficial de la UPC, sino que estas reflejan más la respuesta del sistema a dinámicas poblacionales, operativas y contractuales que fallas en el financiamiento.

En consecuencia, si bien es claro que pueden existir variaciones interanuales en las frecuencias de uso de los servicios de salud, por sí mismas, no constituyen en el marco técnico actual, una causa suficiente ni estructural que explique una eventual presión financiera en el gasto en salud o más allá de esto, que dicha presión no se encuentre compensada.

⁶ Núñez, J., et al. (2015). Evaluación de resultados e impacto de la unificación del plan obligatorio de salud – POS, evaluación de resultados de su más reciente actualización y evaluación de los procesos implementados en el marco de la unificación y actualización del POS. Bogotá: Econometría, 260 p.

COMENTARIOS MSPS –COMPONENTE FRECUENCIA DE USO

Después de escuchadas todas las percepciones y preocupaciones de los delegados durante el desarrollo de la sesión y habiendo integrado al análisis la revisión de la documentación de soporte aportada⁷, la primera conclusión que se establece es que existe acuerdo con la forma como este Ministerio viene conceptualizando y utilizando la variable bajo análisis dentro del proceso metodológico de estimación de la UPC.

Que, si bien es clara la sensibilidad de esta variable a múltiples factores, las diferencias señaladas por los actores no deslegitiman el enfoque metodológico adoptado por el Ministerio, sino que más bien están orientadas a la necesidad de avanzar en la estandarización de prácticas y el fortalecimiento de la calidad de la información.

El aseguramiento en salud se fundamenta en un modelo de financiación anticipada que se basa en la mancomunación de los riesgos en salud esperados de la población expuesta. En este contexto, la UPC, que actúa como una prima de riesgo *ex ante*, financia eventos en salud antes de que ocurran con base en el perfil de riesgo estimado de cada afiliado teniendo en cuenta, además, ajustes por edad, sexo y zona geográfica. Este perfil de riesgo se configura a partir de las necesidades reales y efectivamente atendidas en cada grupo de riesgo poblacional según el curso de vida, e incluye cualquier atención que llegue a requerirse en el contexto de la promoción y mantenimiento de la salud, prevención de riesgos, diagnóstico oportuno, tratamiento adecuado, rehabilitación y paliación.

Con lo anterior, la UPC equivale al valor anual que el sistema entrega a las EPS o EOC para que estas, en cumplimiento de lo previsto por la Ley Estatutaria 1751 de 2015, gestionen operativamente y sin barreras, el acceso pleno a las tecnologías y servicios requeridos por sus afiliados, salvo exclusiones explícitas y razonables.

Así las cosas, la estandarización metodológica y el análisis mediante series temporales y tendencias históricas, permite señalar que el MSPS ha buscado asegurar que la variable frecuencia de uso utilizada en el cálculo de la UPC refleje gradualmente las variaciones y se ajuste al comportamiento más próximo a la realidad del sistema, aún dentro de los límites que impone la heterogeneidad natural del aseguramiento y de la prestación de servicios de salud en Colombia.

Adicionalmente, es relevante mencionar que la metodología adoptada por el MSPS para la estimación de la frecuencia de uso en el sistema ha sido consistente en el tiempo, lo que permite comparaciones y seguimientos longitudinales; adicionalmente, su evolución ha estado en línea con el fortalecimiento progresivo de los sistemas de información. Es así como el uso combinado de bases de datos junto con procesos de validación sistemática, han permitido construir una base de datos sólida, que mitiga el riesgo de distorsión o manipulación de los registros que hace parte del cálculo de la FQ.

⁷ 16 Soportes aportados equivalente a 36 archivos por: COMPENSAR Respuestas Ministerio_final, SALUD TOTAL Cuestionario frecuencias, INFORMACIÓN ACEMI.pdf, INFORMACIÓN SURA, INFORMACIÓN COMFENALCO.pdf, GESTARSALUD_Información_Componente_Frecuencias_de_Uso.zip INFORMACIÓN EPSI.zip, INFORMACIÓN NUEVA EPS.pdf, INFORMACIÓN NUEVA EPS2.pdf ESSALUD YAGUARA_carpeta, PREGUNTAS FRECUENCIA DE USO IPSI ESSALUD YAGUARA.pdf, INFORMACIÓN PACIENTES, INFORMACIÓN PACIENTES2, INFORMACIÓN MINHACIENDA, ADRES, IETS

Por otra parte, dicha estimación ha tenido una perspectiva longitudinal que busca identificar y afrontar los efectos de eventos emergentes (como la pandemia), cambios demográficos o tecnológicos; lo anterior, evidencia un enfoque analítico integral que trasciende el uso de simples promedios o acumulados anuales, identificando variaciones legítimas frente a anomalías estadísticas o inconsistencias, de cara a garantizar mayor precisión en la estimación de la frecuencia de uso.

Si bien, los delegados convergen en la perspectiva de una desviación de frecuencias de uso tal que afecta la suficiencia de la prima, y aunque el crecimiento en la frecuencia es un dato importante, no es suficiente por sí mismo para sustentar un posible rezago, toda vez que se requiere ir más allá de la tendencia, con un análisis más completo e integral que considere tanto la magnitud como el contexto de ese cambio. Los análisis de información realizados por el MSPS decantan de manera objetiva que los patrones de frecuencia de uso que presentan los distintos gremios de EPS tienen un comportamiento similar al comportamiento observado en la muestra del estudio de suficiencia con altas correlaciones estadísticas positivas, lo que indica que la prima es representativa para el país y que descarta sesgos atribuibles a subgrupos específicos de EPS. En tanto que las EPS presentan ejercicios realizados bajo una perspectiva individualizada acotados a la información de su entidad u organización.

Finalmente, debe resaltarse que la metodología del MSPS no se limita a una medición pasiva de la frecuencia de uso, sino que incorpora un entendimiento del dato en función del modelo de atención, la gestión del riesgo y la dinámica poblacional demográfica y epidemiológica. Esto ha permitido que la estimación de la UPC no solo esté técnica y actuarialmente sustentada, sino que, con base en la información reportada refleje la dinámica real de la operación del sistema de salud colombiano.

2.1.2.3. Sesión 3. Análisis de Severidad – (03/04/25)

Marco Conceptual

En línea con el componente anterior, el concepto que desde el MSPS se ha usado en el marco del aseguramiento en salud con el objetivo de definir la prima, conocida como la UPC, se basa en la fórmula: frecuencia por severidad. Como se anotó previamente, estos dos conceptos están estrechamente relacionados, el enfoque de este numeral estará centrado en la severidad.

La fórmula comúnmente utilizada para estimar la severidad corresponde a la relación entre el valor total de las atenciones prestadas y el número total de actividades reportadas, lo cual permite obtener un costo promedio por evento o servicio de salud. Este valor representa una medida agregada de la intensidad del gasto en salud por uso. En el marco del cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), la fórmula de severidad se expresa de la siguiente manera:

$$\textit{Severidad} = \frac{\textit{Valor de reclamaciones}}{\textit{Cantidad de Reclamaciones}}$$

Donde, el valor de las reclamaciones hace referencia al costo de todas las tecnologías y servicios suministrados a los afiliados en una unidad de tiempo y la cantidad de reclamaciones correspondiente a tal lapso.

Al respecto es importante señalar que, la noción de severidad adquiere significados distintos según el papel que cada actor desempeña dentro del sistema de salud. Para las entidades aseguradoras y organismos técnicos, la severidad se concibe principalmente como una medida actuarial que permite estimar el costo medio esperado de los servicios prestados, siendo clave para la gestión del riesgo financiero. En contraste, para los prestadores de servicios (IPS), la severidad también incluye consideraciones clínicas y operativas, como la complejidad de la atención requerida o los recursos humanos e insumos involucrados. Por su parte, la sociedad civil y los representantes de pacientes suelen interpretar la severidad desde un enfoque más integral, que incorpora el impacto social, las barreras de acceso y la carga que la enfermedad impone sobre la vida cotidiana. Estas diferencias reflejan no solo intereses particulares, sino también formas diversas de entender el valor y el propósito del sistema de salud.

Por otro lado, la severidad es una variable altamente sensible a múltiples factores que inciden tanto en el costo como en la complejidad de la atención en salud. Entre estos se destacan los determinantes sociales y demográficos, como la edad, el nivel de ingresos, la ruralidad o la pertenencia étnica, los cuales pueden influir en la evolución de las enfermedades y en el acceso oportuno a los servicios. De igual manera, aspectos clínicos y epidemiológicos —como la multimorbilidad, la prevalencia regional de ciertas condiciones o la resistencia a tratamientos— impactan directamente la intensidad y duración de la atención requerida. Asimismo, factores estructurales, como la disponibilidad tecnológica, la capacidad resolutoria de los prestadores y las condiciones contractuales, inciden en los costos promedio asociados a una misma condición clínica. Todos estos elementos se integran a partir de la información reportada por los actores del sistema y se condensan en el proceso de cálculo de la UPC.

Es así como la metodología implementada por el MSPS favorece una evaluación integral y estructurada de la información disponible y acoge los distintos enfoques, preocupaciones y recomendaciones planteadas por los participantes en la mesa, asegurando que las decisiones sobre severidad en el cálculo de la UPC se encuentren técnicamente fundamentadas.

Análisis Cualitativo Componente - Severidad

1. Sobre la definición y forma de cálculo de la severidad como variable de la ecuación para la estimación de la UPC

Puntos de convergencia Pregunta No.1

Entre las coincidencias de los actores se encuentra la necesidad de mejorar la calidad y completitud de los datos. Además, existe consenso en que las deficiencias en los estándares de recolección y reporte de información afectan la precisión del cálculo de severidad. También es de destacar la importancia de fortalecer la auditoría y el análisis conjunto entre EPS e IPS para optimizar la calidad de los datos.

Entre los factores clínicos y epidemiológicos se reconoce que la severidad debe considerar variables clínicas (enfermedades crónicas, complejidad de tratamientos) y epidemiológicas (envejecimiento, multimorbilidad). Se menciona adicionalmente la necesidad de clasificar a los afiliados/ según su riesgo individual y condiciones de salud prevalentes.

Al analizar el impacto de los determinantes sociales y territoriales, se evidenció consenso en que variables como el nivel socioeconómico, la dispersión geográfica, el acceso efectivo a servicios de salud y las condiciones culturales inciden directamente en los niveles de severidad observados. En particular, se destacó la situación de poblaciones en condiciones de vulnerabilidad —como comunidades indígenas, personas migrantes y víctimas del conflicto armado— que presentan características diferenciadas en términos de riesgo y requerimientos de atención, lo cual justifica la necesidad de incorporar ajustes específicos en el análisis y cálculo de la prima.

De otra parte, en relación con las limitaciones de la metodología actual se destaca una crítica al uso de datos históricos desactualizados (Se cita que *“la UPC 2024 se calcula con información de frecuencias de 2022”*). En el mismo sentido se cuestiona la independencia entre frecuencia y severidad, proponiendo modelos más dinámicos (*trending*, modelos IBNR, bayesianos).

En cuanto al crecimiento de enfermedades crónicas y presión tecnológica, se informa que los estudios nacionales e internacionales coinciden en que las enfermedades crónicas consumen una proporción creciente de recursos. Se señala también la necesidad de ajustar la UPC por tendencias demográficas y avances tecnológicos que no se tienen en cuenta en el cálculo actual.

Puntos de Divergencia Pregunta No.1:

Una controversia relevante se encuentra en el enfoque del cálculo: si este debe responder estrictamente a un modelo actuarial, o si, por el contrario, debe adoptar un enfoque multidimensional. Algunos actores, como ACEMI, sostienen que la severidad debe

analizarse en conjunto con la frecuencia, mientras que otros proponen un enfoque ampliado que incorpore dimensiones clínicas, sociales y territoriales. Una discrepancia significativa gira en torno a si la severidad debe estimarse con base en el costo histórico observado, o en el costo real necesario para garantizar un acceso efectivo a los servicios de salud.

Otro aspecto de divergencia se relaciona con la representatividad de los datos. Mientras algunas voces (como Gestarsalud y Nueva EPS) critican la falta de estandarización y el afán en el análisis, otros actores argumentan que el problema no es la metodología, sino la calidad de los datos. Cuestionan, por ejemplo, que se tomen decisiones con información parcial (solo el 22% de las EPS y 13% de la población en algunos análisis).

Otro tema se refiere al ajuste por regiones y poblaciones específicas. Algunos actores exigen cálculos diferenciados por regiones debido a disparidades en acceso y costos, mientras que otros priorizan modelos nacionales estandarizados. Se propone abrir un debate sobre si incluir variables como violencia, migración y dispersión geográfica en el cálculo de la UPC.

Finalmente, en cuanto a la transparencia y validación de estudios los actores participantes señalan la falta de publicación de notas técnicas clave (se cita el estudio de suficiencia 2022 del régimen subsidiado), lo que genera desconfianza en los resultados. Adicionalmente se cuestionan las inconsistencias en los datos reportados (subestimación del gasto real en medicamentos en relación con lo reconocido en la UPC).

2. Sobre las fuentes de información para el cálculo de la severidad en la UPC

Puntos de Convergencia Pregunta No 2

En cuanto a las fuentes clave de información, se reconoce la importancia de integrar datos clínicos, epidemiológicos, financieros y sociodemográficos. Los sistemas de información como SISPRO, RIPS, MIPRES, ADRES, BDUA, Cuenta de Alto Costo, SIVIGILA, SIMED y SISBEN IV son fundamentales y deben tenerse en cuenta, además, las encuestas nacionales (ENSIN, ENDS, ENSAB) y registros específicos (enfermedades huérfanas, estudios de carga de enfermedad) para complementar el análisis.

En términos de calidad y validación de los datos, los actores participantes manifiestan la necesidad de auditorías técnicas para contrastar aquella información dudosa, especialmente con los prestadores (IPS). La validación puede realizarse mediante costeo de guías clínicas o rutas de atención como referencia. Indican la necesidad de hacer énfasis en mejorar la interoperabilidad, estandarización y registros transaccionales en tiempo real.

Por otro lado, los actores señalan que, en el análisis debe considerarse el enfoque poblacional y de ajuste de riesgo. Plantean la necesidad de incluir determinantes sociales, como la migración y las inequidades, así como los perfiles epidemiológicos, sumado al uso de ajustadores de riesgo aplicables a enfermedades específicas y grupos poblacionales vulnerables. Asimismo, sugieren complementar el análisis con comparaciones

internacionales en el contexto postpandemia, con el fin de contextualizar adecuadamente la severidad.

Finalmente, recomiendan avanzar en la incorporación de nuevas metodologías y el fortalecimiento tecnológico, particularmente la aplicación de Big Data, inteligencia artificial y análisis predictivo. Adicionalmente, fortalecer la facturación electrónica y sistemas unificados para reducir inconsistencias.

Puntos de Divergencia Pregunta No.2:

En el tema de la responsabilidad en la actualización de datos, algunos actores destacan la corresponsabilidad de prestadores y proveedores (actualizar costos en SISMED), mientras otros enfatizan la fiscalización directa del MSPS mediante auditorías.

En cuanto al enfoque utilizado para estimar los costos, los actores plantean críticas al modelo basado exclusivamente en costos observados, dado que este tiende a generar subestimaciones, en contraste con la propuesta de incorporar los costos reales asociados a una atención integral. Asimismo, se debate si el uso de tendencias de inflación (trending) resulta suficiente para sustituir el análisis detallado de la severidad, o si, por el contrario, introduce distorsiones relevantes, como lo evidenciaría la brecha del 12% identificada en las proyecciones para el periodo 2021–2024.

En cuanto a la capacidad institucional los actores manifiestan que, mientras las EPS pequeñas tienen limitaciones en sistemas de información, las grandes usan estadística inferencial para grupos de riesgo. Algunos actores proponen un sistema transaccional unificado administrado por el MSPS, frente a la realidad fragmentada actual. Las prioridades en fuentes complementarias. Algunos actores destacan datos financieros comparativos (SISPRO vs. SISMED), mientras otros priorizan estudios independientes sobre demanda insatisfecha y efectividad clínica.

3. Sobre las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), su evolución (2020-2024) e impacto en el sistema de salud colombiano

Puntos de convergencia Pregunta No 3

Entre las principales ECNT y sus tendencias los actores coinciden que las enfermedades con mayor impacto en costos y severidad incluyen cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y multimorbilidad. Adicionalmente, la pandemia (COVID-19) generó represamiento en atenciones, agravando la carga de enfermedad en pacientes crónicos. También concuerdan que los factores demográficos (envejecimiento poblacional) y epidemiológicos (obesidad, sedentarismo) están acelerando la prevalencia de ECNT.

Los actores están de acuerdo que el impacto en el sistema de salud se da por los costos crecientes. Según citación de *The Lancet*, los costos en Latinoamérica se duplicarán para 2050; en Colombia, se estima un aumento del 0.9% del PIB para 2030. Otro dato presentado es que los precios de medicamentos se multiplicaron 85 veces entre 2008 y 2021, y el costo por paciente con cáncer crece 13-15% anual. Igualmente apunta a la presión financiera. Tanto la inflexibilidad presupuestal por contratación pública a 3 años y dependencia de recursos del PGN, como la crisis de suministro de medicamentos ha generado complicaciones evitables, aumentando costos por descompensaciones.

Entre los factores que incrementan severidad están la multimorbilidad, ya que pacientes con múltiples condiciones requieren atención más compleja y costosa. Otro factor es el asociado a los determinantes sociales tales como la pobreza, la desigualdad territorial y la migración forzada que limitan acceso oportuno. Adicionalmente, la falta de adherencia a Guías de Práctica Clínica y adopción de tecnologías sin evaluación previa elevan gastos innecesarios.

Finalmente, hay coincidencia en la necesidad de mejoras en gestión. Se hace necesario implementar modelos de gestión de riesgo y seguimiento de cohortes para optimizar recursos. También están de acuerdo con la evaluación de tecnologías sanitarias (Art. 72 pendiente) para controlar ingresos de tratamientos de alto costo y mayor interoperabilidad y minería de datos para predecir tendencias y ajustar la UPC.

Puntos de Divergencia Pregunta No.3:

En la gestión de costos, mientras algunos actores destacan la falta de financiamiento sistémico como raíz del problema, otros priorizan las ineficiencias en la contratación pública y la ausencia de evaluación tecnológica.

El impacto de crisis recientes es disímil. Las organizaciones de pacientes enfatizan el efecto del estallido social (2021) y las EPS intervenidas como agravantes de la severidad. Mientras otros actores atribuyen el aumento a factores estructurales como la transición demográfica, y el cambio climático en lugar de coyunturas políticas.

En términos de la Sobre/subestimación de la severidad, algunos señalan que el cálculo actual no refleja el costo real de una atención integral, subestimando la severidad. Mientras otros plantean que la volatilidad en costos medios y el efecto sustitución (severidad vs. frecuencia) distorsionan las proyecciones.

4. Acerca de las métricas para determinar la significancia de una variación en la severidad

Puntos de convergencia Pregunta No 4

Los actores concuerdan con la necesidad urgente de alinear criterios y herramientas para evaluar el desempeño, especialmente en términos de eficiencia y calidad de los servicios prestados. Esta convergencia se manifiesta en tres ejes fundamentales: la incorporación de métricas cuantitativas clave, la estandarización de metodologías y la consideración de factores contextuales que inciden en la interpretación de los datos.

El uso de métricas cuantitativas permite establecer comparaciones objetivas y sustentar decisiones informadas. Una dimensión crítica es la variación en los costos, donde se ha observado una desviación significativa entre los costos reales y los inicialmente contratados, lo cual se traduce, por ejemplo, en ejecuciones presupuestales que superan ampliamente lo proyectado. Asimismo, el costo promedio por evento o por usuario se convierte en un indicador sensible, considerando que variaciones anuales superiores al 10% son interpretadas como señales de alerta. En el plano clínico y poblacional, indicadores epidemiológicos como los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) permiten dimensionar la carga de enfermedad, mientras que las tasas de hospitalización evitables, asociadas a condiciones sensibles a la atención primaria, ofrecen una ventana para evaluar la efectividad del primer nivel de atención. Por otro lado, estadísticas operativas como la razón de siniestralidad (siniestros por afiliado) y la frecuencia de eventos adversos ayudan a medir la eficiencia operativa y los niveles de riesgo dentro del sistema.

No obstante, la utilidad de estos indicadores se ve limitada por la ausencia de metodologías estandarizadas. Existe un consenso sobre la falta de uniformidad en la forma como se evalúa la significancia de las métricas; muchas Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) recurren a metodologías propias o ad hoc, dificultando así la comparación y el análisis interinstitucional. Este vacío ha motivado un llamado a las autoridades nacionales, particularmente al Ministerio de Salud, para que diseñen y adopten protocolos claros de monitoreo y seguimiento, que garanticen coherencia técnica y operativa a nivel nacional.

Finalmente, cualquier análisis debe considerar factores contextuales que afectan la validez y comparabilidad de los indicadores. Variables macroeconómicas como la inflación, la tasa de cambio y las modalidades de contratación introducen distorsiones en los costos reportados, lo que puede generar interpretaciones erróneas si no se ajustan adecuadamente. A ello se suman factores estructurales como los cambios demográficos o las barreras de acceso a los servicios de salud, que también alteran los patrones de demanda y el perfil epidemiológico de la población.

Puntos de Divergencia Pregunta No.4:

La evaluación del desempeño en salud no es solo un ejercicio técnico, sino también un campo de disputa entre visiones, intereses y valores profundamente diferentes. Mientras algunos actores priorizan la eficiencia y la cuantificación rigurosa, otros reclaman enfoques más humanos y estructurales, que reconozcan la salud como un derecho fundamental por encima de las métricas financieras. Estas tensiones se evidencian en tres dimensiones

clave: el **enfoque de evaluación**, la **profundidad del análisis** y el **uso de los datos disponibles**.

- La primera gran divergencia radica en el enfoque mismo de evaluación. Por un lado, las entidades técnicas, incluidas agencias estatales y grupos de investigación, tienden a priorizar indicadores financieros y estadísticos, haciendo uso de herramientas como desviaciones estándar o coeficientes de variación para monitorear el comportamiento del sistema. Este enfoque se centra en la eficiencia operativa, el control del gasto y la identificación de desviaciones que puedan indicar ineficiencias o riesgos. En contraposición, sectores de la sociedad civil —organizaciones de pacientes, movimientos sociales y defensores del derecho a la salud— rechazan esta mirada cuantitativa, argumentando que reduce la salud a una cuestión contable. Desde esta perspectiva, el único criterio legítimo debe ser la garantía efectiva del derecho a la salud, sin ajustes por capacidad de pago ni restricciones impuestas por el modelo financiero del sistema.
- La segunda fuente de tensión se relaciona con la profundidad del análisis. Mientras algunos actores se limitan a una lectura tradicional basada en indicadores como costos, tasas de hospitalización o cobertura de servicios, otros exigen enfoques más complejos y multivariados. Estos últimos plantean la necesidad de incluir determinantes sociales como la pobreza, el desplazamiento forzado, o la migración, que condicionan estructuralmente el acceso y los resultados en salud. Además, se señala la influencia de fallos de mercado, tales como los oligopolios en la distribución de medicamentos o la opacidad en los precios, que afectan la sostenibilidad y equidad del sistema, y que rara vez son considerados en los análisis técnicos convencionales.
- Por último, persiste una fuerte discrepancia en el uso y gobernanza de los datos. El sector público y los aseguradores suelen basarse en bases de datos históricas como los RIPS o el SISPRO para construir sus modelos de proyección y toma de decisiones. Sin embargo, desde los prestadores de servicios de salud (IPS) se denuncia la escasa interoperabilidad de estas fuentes, así como la limitada gobernanza de la información pública. Esta situación genera duplicidades, errores y retrasos en los flujos de información, lo cual afecta la toma de decisiones clínicas y administrativas, e impide construir una visión integrada y actualizada del estado del sistema.

5. Sobre propuestas para mejorar la calidad de la información en el cálculo de la UPC

Puntos de convergencia Pregunta No 5

Existe consenso en que la calidad de la información para la UPC requiere la consolidación de un sistema de salud eficiente, equitativo y basado en evidencia requiere una transformación profunda en la forma como se recolectan, procesan y utilizan los datos. Esta transformación implica avanzar hacia la estandarización, interoperabilidad, auditoría efectiva y una institucionalidad fortalecida, todo ello enmarcado en un enfoque centrado en el paciente y en la equidad.

Uno de los pilares fundamentales para lograr esta transformación es la estandarización y homologación de datos, situación donde los actores del sistema están de acuerdo. En este sistema donde múltiples actores generan y reportan información, es imprescindible establecer lenguajes comunes que garanticen coherencia y comparabilidad. La obligatoriedad en el uso de clasificaciones como CIE-10/CIE-11, CUPS y SNOMED CT no solo permite homogeneizar diagnósticos y procedimientos, sino que también sienta las bases para un análisis riguroso y confiable. A esto se suma la implementación de la facturación electrónica como un mecanismo para mejorar la trazabilidad de los servicios, reducir inconsistencias y facilitar procesos de auditoría y control.

También concuerdan los actores que, sin embargo, la estandarización por sí sola no es suficiente si no está acompañada de interoperabilidad y transparencia. El potencial de los datos solo se realiza plenamente cuando fluyen de manera integrada entre los diferentes niveles del sistema. La articulación en tiempo real de plataformas como RIPS, SISPRO, ADRES y BDUA es una condición necesaria para generar inteligencia colectiva, eliminar redundancias y mejorar la oportunidad en la toma de decisiones. Asimismo, la creación de un repositorio único de datos que centralice información epidemiológica, financiera y poblacional se vislumbra como una herramienta clave para la planificación en salud con enfoque territorial y diferencial.

Se reconoce por parte de los actores la importancia de que a medida que el volumen y complejidad de los datos crece, también lo hace la necesidad de establecer mecanismos de auditoría y validación robustos. Las auditorías técnicas periódicas a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) son fundamentales para asegurar la calidad, integridad y oportunidad de la información. Además, la existencia de un régimen sancionatorio para quienes incumplan con los reportes o presenten datos erróneos no solo garantiza el cumplimiento normativo, sino que también fortalece la confianza en el sistema.

Uno de los aspectos que los participantes consideran más transformadores de esta nueva visión es el enfoque centrado en el paciente y la equidad. Se reconoce la urgencia de migrar de un modelo de cálculo basado en actividades aisladas a uno que privilegie la integralidad de la atención, representado en herramientas como las historias clínicas unificadas. Asimismo, se plantea la necesidad de incorporar diferenciales sociales y étnicos —como el reconocimiento de poblaciones indígenas o migrantes— en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con el fin de corregir inequidades históricas y garantizar el acceso efectivo de todos los grupos poblacionales.

Los participantes manifiestan que todos estos esfuerzos deben estar respaldados por un proceso sostenido de fortalecimiento técnico e institucional. La creación de una entidad independiente, con funciones especializadas como el cálculo de la UPC utilizando herramientas predictivas y *Big Data*, permitiría reducir la discrecionalidad y aumentar la transparencia en las decisiones técnicas. Esta transformación requiere, además, de un proceso continuo de capacitación para todos los actores del sistema, que promueva una cultura del dato y fortalezca las capacidades analíticas y de gestión en salud.

Puntos de Divergencia Pregunta No.5:

La construcción de un sistema de salud equitativo, financieramente sostenible y técnicamente robusto enfrenta numerosos desafíos. Entre ellos, uno de los más complejos es la falta de consenso entre los distintos actores sobre cómo deben calcularse, ajustarse y usarse los datos y recursos que sostienen el sistema. Las divergencias se agrupan en tres grandes frentes: los **mecanismos de ajuste financiero**, la **gobernanza de los datos**, y el **enfoque** mismo con el que se define el cálculo de los recursos en salud.

- Uno de los debates más sensibles entre los participantes gira en torno a los **mecanismos de ajuste financiero**, especialmente en lo referente a la actualización de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Desde unos sectores se plantea la necesidad de utilizar la inflación observada —y no la proyectada— como referencia para evitar la subestimación de los costos reales del sistema. Se menciona, por ejemplo, una brecha acumulada del 4,94% entre 2021 y 2023, lo que evidencia el impacto de esta diferencia en la sostenibilidad financiera. A esto se suman las críticas a las mallas de validación, que en muchos casos eliminan registros sin una justificación técnica clara, generando distorsiones en la frecuencia y severidad de eventos que afectan el cálculo de riesgos. Por otro lado, existen voces que priorizan modelos predictivos basados en inteligencia artificial, aunque sin un consenso sobre cómo deben corregirse las proyecciones pasadas que ya resultaron en déficits o sobrecostos.
- Otra área de disenso tiene que ver con la **gobernanza de los datos**. Mientras algunos actores —incluyendo entes de control y veedurías ciudadanas— exigen una mayor transparencia pública, incluyendo la publicación de cuáles Entidades EPS superan o fallan en los procesos de validación de datos, así como la imposición de planes de mejora supervisados por la SNS, otros sectores advierten sobre los riesgos de vulnerar la privacidad y la protección de datos personales. Se considera que la exposición pública de información sensible podría afectar derechos fundamentales, por lo que propone un enfoque que equilibre el acceso a la información con las garantías individuales. Se refleja la dualidad entre el interés público por conocer la eficiencia del sistema y la obligación institucional de proteger a las personas y entidades involucradas.
- Las diferencias más profundas emergen en relación con el **enfoque de cálculo** de la financiación del sistema. Desde EPS e IPS, se demanda que el cálculo de la UPC se base en costos reales, tales como los aumentos en el salario mínimo, los incrementos propios de la inflación sectorial o los costos efectivos de insumos y personal. La crítica se dirige a las fórmulas abstractas que no reflejan la realidad operativa de las instituciones prestadoras de servicios. En contraposición, desde la sociedad civil se alza una posición crítica hacia cualquier ajuste técnico que pueda traducirse en restricciones al acceso efectivo a la salud. Para este grupo, el derecho a la salud debe ser el principio rector del sistema, por encima de métricas financieras o criterios actuariales. Este enfoque, aunque éticamente potente, plantea desafíos para la

sostenibilidad financiera si no se acompaña de estrategias de eficiencia y priorización racional de recursos.

6. Acerca de similitudes y diferencias en la definición y cálculo de la severidad

Puntos de convergencia Pregunta No. 6:

En esta mesa se llega a la conclusión que la medición de la severidad se ha consolidado como un componente clave para entender el comportamiento del gasto, prever riesgos y construir mecanismos de financiamiento más justos. Si bien existen diferencias técnicas y metodológicas entre los actores del sistema, hay conjunto de consensos que deben permitir avanzar hacia una definición funcional de este concepto, con énfasis en su dimensión poblacional, territorial y clínica.

- Primero, existe acuerdo en que la severidad debe entenderse como un indicador actuarial, estrechamente relacionado con el costo medio de los servicios y tecnologías de salud prestados durante una vigencia determinada. Este enfoque reconoce que la severidad no solo se refiere al estado clínico de los pacientes, sino también a los recursos que, en promedio, se destinan para su atención. En consecuencia, el análisis de severidad se convierte en un instrumento esencial para el análisis de riesgos y la estimación de costos esperados, permitiendo una gestión más precisa de la sostenibilidad financiera del sistema.
- Segundo punto de convergencia es la necesidad de adoptar un enfoque poblacional y regional. Todos los actores reconocen que las condiciones de salud no se distribuyen de forma homogénea en el territorio ni en la población. De allí la importancia de caracterizar a los grupos de usuarios según sus perfiles epidemiológicos y sociodemográficos, considerando factores como edad, género, prevalencias locales de enfermedad y carga de comorbilidades. A su vez, se resalta el papel de los determinantes sociales de la salud, como las inequidades territoriales, la pobreza, el acceso a servicios y la infraestructura disponible. Algunos sectores, especialmente aquellos con experiencia en el trabajo con comunidades étnicas, proponen incluso la incorporación de elementos culturales, como las creencias y saberes ancestrales, en los modelos de análisis, con el objetivo de garantizar un enfoque verdaderamente diferencial y respetuoso de las particularidades territoriales.
- Así mismo, se ha llegado a un consenso técnico en torno a las métricas base utilizadas para calcular la severidad. Una fórmula ampliamente aceptada es la que relaciona el valor total de las actividades prestadas con el número total de actividades reportadas, lo que permite obtener un promedio representativo de los costos asociados a la atención. No obstante, también se reconoce que esta métrica general debe complementarse con análisis más desagregados. En particular, hay acuerdo en que la severidad debe evaluarse por condición clínica específica —como en el caso de

enfermedades crónicas o de alto costo— o incluso a nivel de paciente individual, especialmente en escenarios de alta complejidad donde los tratamientos son intensivos y variables.

Puntos de Divergencia Pregunta No.6:

En la medición de la severidad en el sistema de salud, el aparente consenso técnico contrasta con una serie de diferencias metodológicas y conceptuales entre los actores clave. Aunque todos reconocen la importancia de cuantificar la severidad para planificar recursos y ajustar la financiación, el cómo hacerlo sigue siendo objeto de desacuerdos significativos. Estas diferencias se manifiestan en la definición de la unidad de análisis, los enfoques geográficos, la profundidad del análisis y la forma de alcanzar consensos metodológicos reales.

- Una de las divisiones más notorias se relaciona con la unidad de análisis empleada para calcular la severidad. Por un lado, el grupo conformado por Entidades Promotoras de Salud (EPS) y el MSPS tiende a privilegiar una agrupación basada en los Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS), argumentando que esta desagregación permite una trazabilidad detallada de los costos asociados a cada actividad específica del sistema. En contraste, Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y representantes de la sociedad civil sostienen que esta aproximación fragmenta innecesariamente el análisis y proponen, en cambio, una agrupación centrada en los diagnósticos clínicos (CIE-10), que reflejaría mejor la carga real de enfermedad, al permitir la comprensión integral del cuadro clínico del paciente y sus requerimientos terapéuticos.
- Otro punto de tensión es el enfoque geográfico en la construcción de los indicadores. Mientras unos actores—principalmente instancias gubernamentales y técnicas— proponen modelos estandarizados a nivel nacional para garantizar comparabilidad entre regiones y facilitar la consolidación de estadísticas, los representantes de IPS regionales y organizaciones territoriales argumentan que dicha homogeneización ignora las realidades locales. Estos actores exigen un ajuste territorial que tome en cuenta factores como las barreras de acceso, la disponibilidad de servicios y las particularidades epidemiológicas de cada región, sin lo cual la medición de la severidad resultaría incompleta o sesgada.
- La “profundidad del análisis” es otro eje de diferencia. La Mesa de Pacientes, por ejemplo, insiste en que la severidad no debe limitarse a una cifra contable, sino que debe incorporar también aspectos clínicos y sociales, como la presencia de eventos adversos, la experiencia del paciente, y las barreras que enfrentan ciertos grupos para acceder al sistema. Este “enfoque holístico” contrasta con el “enfoque técnico”, que generalmente restringe la severidad a un análisis financiero y actuarial, centrado en costos promedio, desviaciones estándar y comportamiento histórico del gasto. Esta

discrepancia revela no solo una diferencia metodológica, sino también un debate de fondo sobre qué debe medirse y para qué fines.

- Finalmente, existe una tensión persistente en torno a la existencia —o no— de un consenso metodológico real. Mientras algunos subgrupos, como la misma Mesa de Pacientes, señalan que ya se han alcanzado acuerdos básicos sobre definiciones clave, otros actores denuncian que en la práctica persisten diferencias significativas en los criterios de agrupación de datos, los indicadores utilizados y la interpretación de los resultados. Esta situación genera una percepción de fragmentación y obstaculiza la posibilidad de construir una metodología unificada y legítima para el conjunto del sistema.

7. En cuanto a estrategias para garantizar costos adecuados que reflejen una severidad alineada con el goce efectivo del derecho a la salud

Puntos de Convergencia Pregunta No. 7:

Un primer consenso se da alrededor de la necesidad de **fortalecer modelos de atención centrados en la prevención y la detección temprana**. Todos los actores coinciden en que el enfoque curativo, tardío y fragmentado debe dar paso a estrategias de tamizaje oportuno, promoción de la salud y protección de factores determinantes, con especial énfasis en la Atención Primaria en Salud (APS). Esta debe ser resolutiva, cercana al territorio y con capacidad para generar respuestas integrales, sobre todo en contextos vulnerables. Se trata no solo de anticiparse a la enfermedad, sino de garantizar acceso equitativo y sostenido a servicios básicos de salud.

El segundo consenso gira alrededor de la importancia de **unificar criterios clínicos mediante Guías de Práctica Clínica (GPC) basadas en evidencia científica**. El uso obligatorio de estas guías busca reducir la variabilidad injustificada en la atención, evitar intervenciones innecesarias y contener costos sin comprometer la calidad. No se trata de imponer uniformidad mecánica, sino de ofrecer marcos técnicos que orienten decisiones con base en estándares comprobados. A su vez, se plantea que las auditorías clínicas deben ir más allá del control financiero: deben evaluar la pertinencia, seguridad y calidad de las intervenciones, devolviendo a lo clínico y humano su lugar central en el sistema.

Un tercer consenso se da alrededor de la **gestión de datos y la transparencia informativa**. Se reconoce la urgencia de contar con un sistema unificado e interoperable que integre información clave sobre morbilidad, costos, uso de servicios y recursos humanos. Esta base de datos consolidada permitiría tomar decisiones más precisas y ajustar las fórmulas de financiamiento con base en costos reales, no en proyecciones abstractas o estimaciones históricas. Además, la transparencia en el reporte de insumos, honorarios y procedimientos es vista como una condición necesaria para la equidad y la rendición de cuentas.

El cuarto consenso se da alrededor la incorporación de un **enfoque poblacional y territorial que reconozca la diversidad y desigualdad del país**. Los actores coinciden en que cualquier modelo de atención debe incluir ajustes por riesgo, considerando factores como la multimorbilidad, la ruralidad, la pobreza o la pertenencia étnica. Solo así es posible responder a barreras geográficas y culturales que, de otro modo, perpetúan la exclusión en muchas regiones. La equidad deja de ser una consigna abstracta cuando se convierte en criterio operativo para la planificación y el financiamiento.

Finalmente, hay consenso en la **necesidad de superar la fragmentación institucional mediante una coordinación intersectorial más robusta**. Esto incluye la adopción de modelos de contratación por resultados en salud y no por procedimientos individuales, incentivando la colaboración entre EPS, IPS, entes gubernamentales y la academia. La formación de talento humano, la integración de saberes y la gestión territorial compartida se presentan como condiciones necesarias para un sistema más eficiente, cohesionado y centrado en las personas.

Puntos de Divergencia Pregunta No. 7:

Los **modelos de contratación y pago** es uno de los puntos de divergencia. Sectores — incluyendo EPS y el MSPS — impulsan esquemas como el pago por capitación o por resultados, argumentando que dichos modelos incentivan la eficiencia y el uso racional de los recursos. Sin embargo, esta perspectiva es fuertemente cuestionada por prestadores (IPS) y representantes de la sociedad civil, quienes sostienen que estas formas de pago priorizan el control de costos en detrimento de la calidad e integralidad de la atención. Desde esta óptica crítica, los modelos basados en resultados fragmentan la atención y desincentivan la resolución completa de los problemas de salud, al recompensar acciones aisladas en lugar de procesos continuos de cuidado.

El disenso también se presenta en la **priorización de los recursos disponibles**. Mientras que el Gobierno y los aseguradores promueven planes de beneficios ajustados al presupuesto disponible, con énfasis en la promoción y prevención, los pacientes, junto con algunos sectores académicos, cuestionan esta lógica fiscalista. Según ellos, el acceso a tecnologías en salud debe responder a criterios de necesidad clínica y no a la capacidad presupuestal del sistema. Incluso cuando ciertas tecnologías o tratamientos son costosos, argumentan que el derecho a la salud no puede estar condicionado por la lógica financiera. Esta diferencia revela una tensión estructural entre la sostenibilidad económica del sistema y su legitimidad social.

Otras discrepancias también se manifiestan en torno a las **métricas de evaluación**. Algunos actores promueven indicadores clínicos — como la adherencia terapéutica, los desenlaces en salud o la calidad de vida del paciente— como la mejor forma de valorar el desempeño del sistema. Otros, en cambio, priorizan métricas financieras, como costo- efectividad o la siniestralidad, lo que refleja una visión más economicista del sector salud. Estas diferencias no solo responden a los intereses particulares de cada actor, sino también a los marcos conceptuales desde los cuales se interpreta el valor de una intervención en salud.

Por último, el **enfoque sobre las tecnologías en salud** se ha convertido en un terreno de debate intenso. El sector público promueve evaluaciones previas, como las contempladas en el Artículo 72 de la Ley Estatutaria, para controlar la entrada de nuevas tecnologías y contener el gasto. Si bien esta estrategia apunta a la sostenibilidad, desde la sociedad civil se observa con preocupación: muchas veces estas evaluaciones son percibidas como restricciones disfrazadas, que terminan limitando el acceso a tratamientos innovadores o necesarios. En este sentido, los defensores de los pacientes exigen mayor transparencia en los criterios de inclusión y exclusión, así como la participación de usuarios en estos procesos de evaluación.

Análisis Cuantitativo Componente – Componente de Severidad

A partir de la consolidación de los reportes realizados por las EPS en cada vigencia, cuyo fin es el desarrollo del estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC en salud de cada año, en la siguiente tabla se puede observar el histórico de EPS que cumplen con los criterios de selección, los cuales están definidos en cada documento técnico que soporta el cálculo de la UPC, sin embargo, de manera general, se resume en definir la cobertura de la información como un porcentaje derivado de la relación entre el valor total de los procedimientos, medicamentos e insumos reportados por cada aseguradora y el gasto total certificado; creando indicadores según ámbito de atención y la forma de reconocimiento y pago. De estas se seleccionan las EPS del RC con un porcentaje igual o superior al 90%. Estos criterios permiten evidenciar que existen una disminución en la calidad de los datos reportados ya que para el año 2010 el 66% de las EPS cumplían con los criterios mientras que ya para el 2023, tan solo el 33% los cumplen.

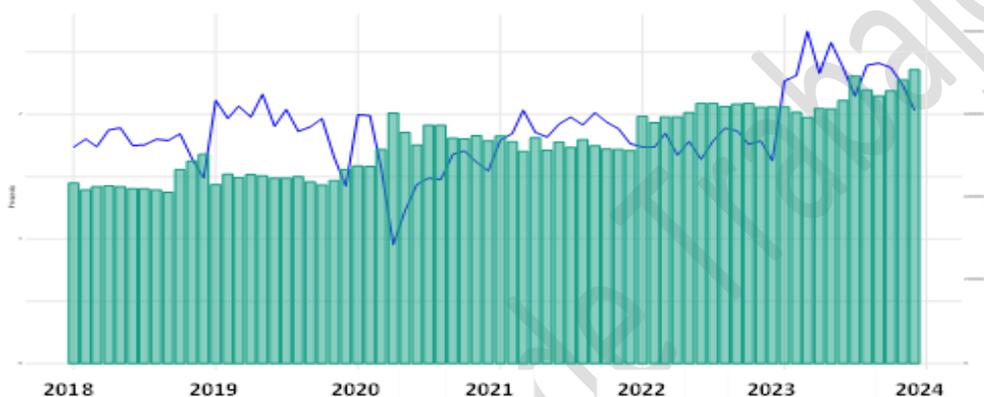
Tabla 3 Histórico EPS que cumplen con los criterios de calidad de la información

AÑO	NUMERO DE EPS	Porcentaje EPS que cumplen criterios de selección
2010	16 de 24	66%
2011	14 de 24	58%
2012	14 de 23	60%
2013	14 de 21	66%
2014	10 de 17	59%
2015	10 de 16	63%
2016	10 de 15	66%
2017	11 de 17	65%
2018	9 de 17	53%
2019	9 de 16	56%
2020	9 de 16	56%
2021	8 de 16	50%
2022	4 de 18	22%
2023	5 de 15	33%

Fuente: Elaboración propia a partir de lo registrado en las bases (Base de Suficiencia).

Con el fin de verificar el comportamiento histórico entre la severidad y la frecuencia, en la siguiente gráfica se analiza la consistencia interna histórica de las 8 EPS seleccionadas inicialmente para el estudio del año 2025 y se evidencia un aumento constante en la severidad y un aumento abrupto de frecuencias para el reporte de 2023.

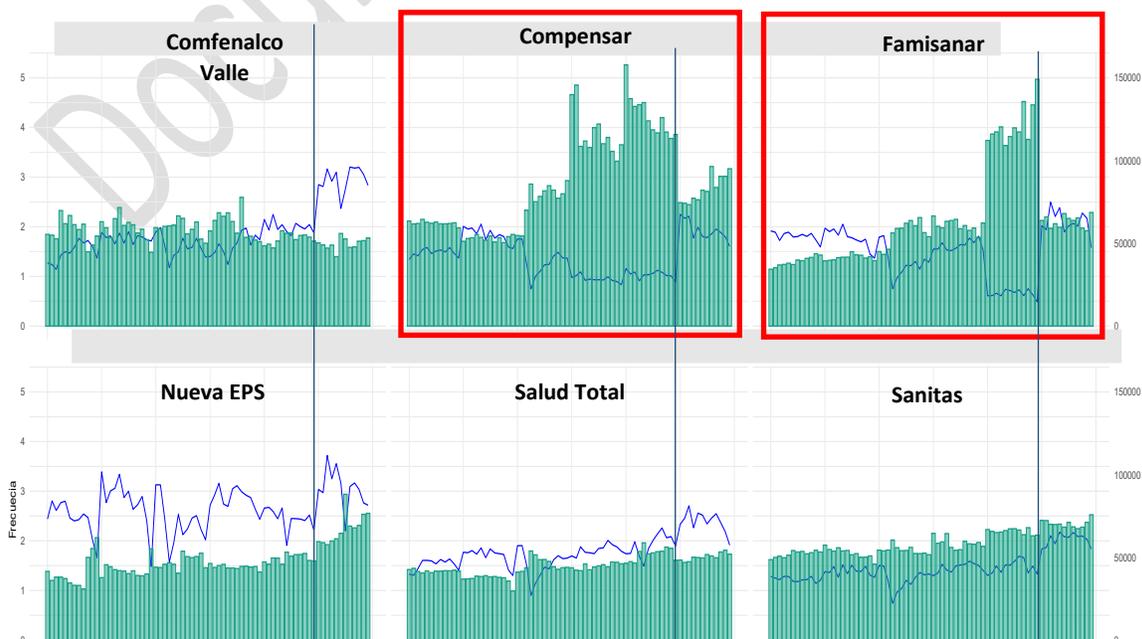
Gráfico 4: Análisis consolidado de frecuencias y severidades de 8 EPS seleccionadas



Fuente: Base del estudio técnico UPC 2022-2023. Elaboración ADRES Innovación y Analítica.

También se verifica el comportamiento histórico entre la severidad y la frecuencia en cada una de las EPS seleccionadas inicialmente para el año 2025, en la gráfica se observa que el comportamiento no es consistente entre las EPS, las EPS con mayor severidad son Compensar y Famisanar, mientras que en relación con mayor frecuencia son Nueva EPS y Comfenalco Valle. Las EPS marcadas en rojo son las que presentan los cambios más abruptos entre las vigencias analizadas.

Gráfico 5: Análisis individual de frecuencias y severidades de 8 EPS seleccionadas



Fuente: Base del estudio técnico UPC 2022-2023. Elaboración ADRES Innovación y Analítica.

APORTES DE LOS ACTORES Y RECOMENDACIONES: COMPONENTE SEVERIDAD

El análisis realizado sobre la severidad en el sistema de salud colombiano, en el marco de las preguntas formuladas a los participantes en la Mesa técnica para el cálculo de la UPC, permite extraer los siguientes aportes que abordan perspectivas técnicas, éticas e institucionales.

- **Sobre la definición y forma de cálculo de la severidad como variable de la ecuación para la estimación de la UPC.**

Aunque hay consenso en la necesidad de mejorar los datos, incorporar determinantes sociales y ajustar por tendencias demográficas y epidemiológicas, persisten divergencias en el enfoque metodológico (actuarial vs. multidimensional), la representatividad de la información y el peso asignado a variables territoriales y poblacionales. Los participantes señalan que se requiere mayor transparencia en los estudios y una discusión técnica más integral para lograr un cálculo de la severidad que refleje la realidad del sistema de salud colombiano.

- **Sobre las fuentes de información para el cálculo de la severidad en la UPC.**

Existe consenso en la necesidad de integrar múltiples fuentes de información y mejorar su calidad, pero persisten debates sobre metodologías (inflación vs. severidad), responsabilidades en la gestión de datos y la inclusión de costos reales. La interoperabilidad y el uso de tecnologías avanzadas emergen como soluciones transversales, aunque su implementación requiere superar brechas entre actores del sistema.

- **Sobre las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), su evolución (2020–2024) e impacto en el sistema de salud colombiano.**

Las ECNT representan un desafío creciente para el sistema de salud colombiano, con costos en aceleración por factores demográficos, epidemiológicos y fallas en gestión. En este sentido, existe consenso en la necesidad de mejorar modelos predictivos, evaluar tecnologías previamente y fortalecer la atención primaria en salud, pero persisten debates sobre si las soluciones deben enfocarse en mayor financiamiento o en eficiencia operativa. La crisis de acceso a medicamentos y la multimorbilidad emergen como prioridades urgentes para mitigar el impacto fiscal hacia 2024.

- **Acerca de las métricas para determinar la significancia de una variación en la severidad.**

Existe consenso en que las variaciones de severidad deben medirse con indicadores de costo, epidemiología y calidad, pero persisten tensiones entre los enfoques técnicos (modelos estadísticos) vs. enfoques derechos humanos (acceso irrestricto) y, por otro lado, de las métricas existentes (fragmentadas) vs. necesidad de un sistema integrado con datos en tiempo real. La falta de estandarización y los factores externos (inflación, crisis migratoria) complican la interpretación, exigiendo no solo mejores datos, sino también políticas que regulen mercados críticos (medicamentos) y reduzcan inequidades.

- **En relación con propuestas para mejorar la calidad de la información en el cálculo de la UPC.**

La gobernanza de los datos en salud no puede entenderse como una cuestión puramente técnica. Es, ante todo, un asunto de justicia social, de eficiencia institucional y de respeto al derecho a la salud. La estandarización, interoperabilidad, validación rigurosa, y una institucionalidad fuerte no solo mejoran el funcionamiento del sistema, sino que lo hacen más equitativo, más transparente y centrado en las personas. En conjunto, estas divergencias revelan un conflicto de fondo entre tres visiones del sistema: una técnico-financiera centrada en la sostenibilidad; una institucional, preocupada por la gobernanza y la transparencia; y una visión social y ética que exige la primacía del derecho a la salud sobre cualquier cálculo económico. Si bien estas perspectivas pueden parecer irreconciliables, es precisamente en su articulación donde reside la posibilidad de construir un sistema más justo, eficiente y legítimo. Los actores señalan la importancia en cuanto a

que, el reto no es elegir entre ellas, sino diseñar mecanismos que reconozcan su coexistencia y canalicen sus tensiones hacia soluciones integradoras y sostenibles.

Sin embargo, persisten tensiones en la corrección de errores históricos (subestimación de inflación), el grado de transparencia vs. privacidad, la ponderación de criterios técnicos vs. derechos fundamentales. Los actores manifiestan que, una solución integral depende de voluntad política para implementar reformas estructurales (Regulador independiente), inversión en tecnología (facturación electrónica, minería de datos) y un diálogo multisectorial que equilibre sostenibilidad financiera y equidad.

- **Acerca de similitudes y diferencias en la definición y cálculo de la severidad.**

La noción de severidad como herramienta actuarial y de gestión está dejando de ser un concepto técnico aislado para convertirse en un componente estructural de la planificación en salud. Su correcta interpretación y aplicación, basada en consensos técnicos y éticos, permitirá construir un sistema más equitativo, eficiente y sensible a la diversidad de condiciones que enfrentan las poblaciones a lo largo del país. Aunque el concepto de severidad es ampliamente reconocido como fundamental para la gestión del sistema de salud, su operacionalización enfrenta divergencias de fondo que expresan no solo diferencias técnicas, sino también tensiones políticas, territoriales y éticas. Resolver estas controversias requerirá espacios de diálogo sostenido, transparencia en las metodologías aplicadas y voluntad de incorporar tanto la evidencia cuantitativa como las voces de los usuarios y territorios. Solo así será posible construir un sistema de salud que combine rigurosidad técnica con justicia social.

- **En cuanto a estrategias para garantizar costos adecuados que reflejen una severidad alineada con el goce efectivo del derecho a la salud.**

Aunque subsisten múltiples divergencias en este aspecto, los puntos de convergencia aquí analizados constituyen una base legítima para la reforma estructural del sistema de salud. Un modelo que priorice la prevención, la equidad, la estandarización clínica, la gestión transparente de datos y la articulación intersectorial puede transformar de manera profunda la manera en que se entiende y se ejerce el derecho a la salud en el país. Los desacuerdos en torno al financiamiento y evaluación del sistema de salud revelan visiones encontradas sobre el equilibrio entre eficiencia y equidad, entre sostenibilidad y derechos. Superar estas tensiones no requiere solo soluciones técnicas, sino procesos de deliberación democrática, donde todas las voces —incluidas las de los pacientes— tengan un lugar real en la toma de decisiones.

COMENTARIOS MSPS – COMPONENTE DE SEVERIDAD

A partir de los aportes técnicos presentados por los actores convocados en el marco de la mesa técnica, a continuación, se detallan las principales consideraciones en materia de severidad:

- La severidad constituye un componente transversal que se relaciona estrechamente con variables como la siniestralidad, el impacto de las inclusiones y los ajustadores de riesgo, todas ellas determinantes en el análisis de la suficiencia y el rezago de la UPC.
- El cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y en particular su componente de **severidad** se realiza con base en una estimación agregada para el conjunto del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Si bien esta aproximación no contempla los efectos diferenciados sobre cada actor, es importante reconocer que dichos efectos varían según los objetivos, roles y estrategias de operación dentro del sistema. Estas diferencias no solo evidencian intereses diversos, sino también múltiples perspectivas sobre el valor y el propósito del sistema de salud. En este contexto, el principal reto del MSPS como ente regulador y direccionador de la política pública en salud consiste en construir un marco común que permita decisiones técnicas equilibradas, ajustadas a los principios de suficiencia, equidad y sostenibilidad.
- Existen tanto **consensos** como **disensos** entre los actores frente a aspectos metodológicos, fuentes de información y propósitos empleados para el cálculo de la severidad. En este escenario, corresponde al MSPS velar por el rigor técnico de los análisis y la evidencia disponible que sustente el ajuste periódico de la prima y la promoción del ejercicio del derecho a la salud de la población colombiana.

Cabe señalar que, la metodología adoptada por el MSPS para el cálculo de la severidad incorpora factores contextuales y operativos que permiten una interpretación técnica del dato en función de las condiciones reales del sistema de salud colombiano. Esta aproximación contempla la carga atribuible a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), las variables macroeconómicas que inciden en los costos del aseguramiento y, de manera central, la calidad de la información disponible. Este último aspecto constituye un insumo clave para el análisis, pero también representa una limitación estructural, en la medida en que las inconsistencias, rezagos o heterogeneidades en el reporte pueden afectar la precisión de las estimaciones.

Con base en los aportes, argumentos e inquietudes recogidos en la Mesa Técnica y en los documentos entregados por los actores, el MSPS concluye que la metodología aplicada es adecuada desde diversas perspectivas. Esta ha sido validada por expertos y se ajusta a los principios normativos vigentes. En relación con el componente de severidad, la aproximación metodológica resulta pertinente, pese a las diferencias expresadas por los participantes. Las discusiones se concentraron, principalmente, en la necesidad de fortalecer el enfoque prospectivo del cálculo, incorporando mejores prácticas técnicas y elevando la calidad de la información disponible.

2.1.2.4. Sesión 4. Análisis de Siniestralidad – (10/04/25)

Marco Conceptual

Desde la perspectiva actuarial, la siniestralidad se refiere a la ocurrencia del evento aleatorio cubierto por una prima de riesgo. En el contexto del sistema de salud colombiano, este concepto —también denominado frecuencia absoluta— se traduce en el conjunto total de prestaciones efectivamente suministradas a la población afiliada, incluyendo procedimientos, insumos y medicamentos. La siniestralidad constituye el insumo fundamental para los cálculos actuariales, al ser la base sobre la cual se determina la suficiencia de la prima en un periodo determinado de exposición al riesgo.

El propósito central de la metodología actuarial es estimar, de forma robusta y técnicamente fundamentada, el costo esperado de la siniestralidad durante el año de exposición, garantizando así que la prima refleje adecuadamente el riesgo asumido por el asegurador.

La siniestralidad en la ecuación fundamental del seguro sería la variable L y quedaría así expresada:

Ecuación fundamental del seguro:

$$P_I = L + E_L + E_F + V * P_I + Q_T * P_I$$

Donde,

P_I : Prima Indicada

L : Valor de los siniestros

E_L : Gastos por ajustes de siniestros

E_F = Gastos Fijos

V : Gastos Variables como porcentaje de la prima

Q_T = Nivel de utilidad en porcentaje de la prima

Adicionalmente, es relevante distinguir que existen dos enfoques complementarios para el análisis y cálculo de la siniestralidad:

Desde el **punto de vista técnico**, la siniestralidad corresponde al conjunto de registros que dan cuenta de las atenciones en salud de la población colombiana en el año de exposición y las cuales quedan registradas, para efectos del cálculo de la UPC, en la base de datos de

suficiencia. La suma total del costo de atenciones prestadas durante un año corresponde al total de eventos que tuvieron que ser cubiertos con cargo a la prima de riesgo.

Por su parte desde el **punto de vista financiero**, la siniestralidad puede entenderse como un indicador de resultado del desempeño de los actores en el marco de la cadena de generación de valor del sector, y en este sentido, como producto de la confluencia de diferentes factores dinámicos. La Superintendencia de salud define la metodología de cálculo de la Siniestralidad como:

$$\text{Siniestralidad} = \frac{\text{Costos}}{\text{Ingresos}}$$

De forma complementaria, la **Superintendencia de Salud** define la Siniestralidad por unidad de negocio de las administradoras, en lo que respecta al Plan de Beneficios en Salud, en el documento puede encontrarse esta definición:

$$\text{Siniestralidad PBS} = \frac{\text{Costos RC} + \text{Costos RS}}{\text{Ingresos RC} + \text{Ingresos RS}}$$

A partir de estas definiciones, es posible identificar las cuentas específicas del Plan Único de Cuentas (PUC)⁸ para entidades del sector salud que deben considerarse en el cálculo de la siniestralidad. En particular, la SNS establece una desagregación detallada de estas cuentas a nivel de ocho (8) dígitos, lo cual permite una mayor precisión en la clasificación y seguimiento de los ingresos y egresos asociados a la prestación de servicios de salud por parte de las EPS.

Las principales variables del **ingreso** que se deben tomar, y que se detallan más adelante, corresponden a:

- Unidad de Pago por Capitación
- Unidad de pago para actividades de promoción y prevención
- Cuotas moderadoras y copagos

Desde el punto de vista del **costo**, las principales variables son:

- Reservas técnicas
- Contratos para actividades promoción y prevención
- Enfermedades catastróficas y de alto costo.
- Contratación de servicios con IPS propias

⁸ Normas de Contabilidad e Información Financiera para el Sector Salud

Análisis Cualitativo Componente - Siniestralidad

1. Sobre el concepto de siniestralidad en el contexto de prima de riesgo en salud

Puntos de convergencia Pregunta No.1

Existe un consenso amplio en definir la siniestralidad como una relación entre los costos en salud (prestaciones, servicios, tecnologías, medicamentos, etc.) y los ingresos recibidos por la entidad aseguradora (generalmente representados en la Unidad de Pago por Capitación – UPC).

Los delegados reconocen unánimemente que la siniestralidad es un indicador esencial para evaluar la suficiencia de la prima de riesgo, ya que permite determinar si el ingreso recibido por la UPC es adecuado para cubrir los costos derivados de la atención en salud.

Diversos actores destacan la diferencia entre dos enfoques de siniestralidad: la siniestralidad técnica, que se calcula con base en los siniestros incurridos (pagados o reservados) en relación con la prima, y la siniestralidad financiera, que compara los costos contables reales con los ingresos efectivamente recibidos. Ambos enfoques son considerados relevantes para el análisis del riesgo y la adecuada definición de la prima. Al respecto es importante precisar que el enfoque técnico es el relevante para el análisis del riesgo y la adecuada definición de la prima.

Los actores señalan que, la siniestralidad está determinada por múltiples factores, entre ellos el perfil epidemiológico de la población, la región geográfica y la complejidad clínica, así como los cambios tecnológicos y las variaciones en la práctica médica. Asimismo, advierten que existen limitaciones metodológicas en el cálculo de la prima que afectan la adecuada medición del riesgo. De igual forma, resaltan la importancia de incluir en el análisis las reservas técnicas, particularmente aquellas asociadas a eventos no conocidos, no facturados u otras contingencias, como elementos esenciales para una evaluación integral.

Finalmente coinciden en la necesidad de mayor trazabilidad y control, subrayan dificultades técnicas e institucionales para estimar adecuadamente la siniestralidad, como:

- Falta de trazabilidad en categorías de costos.
- Asimetrías de información.
- Necesidad de fortalecer la vigilancia y el cumplimiento normativo por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

Puntos de divergencia Pregunta No.1

En las respuestas analizadas se evidencian diferentes enfoques para definir y calcular la siniestralidad. Por un lado, algunas adoptan una perspectiva contable basada en los costos efectivamente pagados frente a los ingresos (como la UPC y copagos), mientras que otras siguen un enfoque actuarial que incluye reservas técnicas (por obligaciones conocidas, no

conocidas y no pagadas), conforme a la definición establecida en la Resolución 412 de 2015. Aunque en algunos casos se distingue entre siniestralidad técnica y financiera, esta diferenciación no es uniforme.

También se identifican discrepancias en las cuentas contables de ingreso incluidas en el análisis: algunas definiciones se limitan a la UPC, mientras que otras incluyen copagos, cuotas moderadoras e incluso incapacidades como ingresos operacionales, lo que impacta directamente la interpretación del índice de suficiencia.

Desde el ámbito académico, proponen ampliar el concepto hacia un “gasto integral en salud” que incorpore el componente preventivo y el cuidado a lo largo del curso de vida, en contraste con las aproximaciones más centradas en eventos asistenciales.

Algunos actores plantean un enfoque crítico con énfasis normativo e institucional, al señalar falencias en trazabilidad, asimetrías de información, debilidades en inspección y control, y opacidad en el uso de recursos públicos por entidades privadas, lo que resalta la necesidad de un marco regulatorio más robusto.

Finalmente, se observa una amplia variabilidad en el nivel de agregación del indicador: desde definiciones operativas simplificadas como "Costo/Ingreso", hasta modelos técnicos complejos con fórmulas detalladas, componentes de reservas y referencias normativas específicas.

2. Sobre la fórmula para calcular la siniestralidad financiera en el sector salud: composición del numerador, el denominador, fuentes utilizadas y aspectos susceptibles de mejora.

Puntos de convergencia Pregunta No.2

Existe una amplia convergencia en la fórmula utilizada para calcular la siniestralidad financiera en el sector salud, la cual se expresa como la relación entre los costos y los ingresos, multiplicada por cien: $\text{Siniestralidad} = (\text{Costos} / \text{Ingresos}) \times 100$. Esta fórmula es comúnmente empleada por entidades aseguradoras, organismos de supervisión como la Superintendencia Nacional de Salud, así como en metodologías contables y académicas.

En relación con el numerador (costos), en términos generales, se considera que los costos deben incluir todos aquellos asociados a la atención en salud cubierta por el Plan de Beneficios en Salud (PBS), los Presupuestos Máximos (PM), los Planes Complementarios (PAC) y las incapacidades laborales. Estos datos provienen, por lo general, de los estados financieros de las entidades y se registran como egresos operacionales o costos contables reconocidos.

En cuanto al denominador, los ingresos considerados para el cálculo deben reflejar los recursos efectivamente destinados a cubrir los costos en salud. Se incluye principalmente la Unidad de Pago por Capitación (UPC) tanto contributiva como subsidiada, así como los ingresos por actividades de promoción y prevención, copagos, cuotas moderadoras y, en algunos casos, las primas PAC y los ingresos por presupuestos máximos. Estos datos provienen de registros contables y reportes oficiales presentados ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Las fuentes utilizadas para el cálculo del indicador presentan una relativa convergencia. Entre las más relevantes se encuentran los estados financieros (especialmente las cuentas 6 y 41), el Formato FT001. Varios actores coinciden en la necesidad de unificar criterios y estandarizar los periodos y fuentes utilizadas, con el fin de fortalecer la calidad y comparabilidad de los datos.

El indicador de siniestralidad financiera es reconocido de forma generalizada como una herramienta clave para múltiples propósitos. Entre ellos se destacan la evaluación de la suficiencia de la prima, el análisis del equilibrio financiero de las entidades, el seguimiento a la sostenibilidad del sistema, y el soporte a la gestión del riesgo en salud.

La siniestralidad se calcula usualmente de forma mensual, con acumulados anuales y cortes trimestrales que permiten observar tendencias y realizar análisis comparativos a lo largo del tiempo.

Los participantes coinciden que, en condiciones ideales, la siniestralidad esperada debería ubicarse en torno al 90 % para el régimen contributivo y al 92 % para el régimen subsidiado. Estos valores teóricos buscan garantizar que exista un margen operativo razonable para cubrir otros gastos, como los administrativos, sin comprometer la sostenibilidad financiera de las entidades aseguradoras.

Puntos de divergencia Pregunta No.2

Según los delegados se identifican varios puntos de divergencia, así:

- Alcance de las cuentas contables incluidas en el numerador
 - Algunos actores incluyen únicamente los costos del PBS.
 - Otros amplían el alcance e incluyen:
 - Presupuesto Máximo (PM).
 - Incapacidades.
 - PAC y Promoción y Prevención (PyP).

- Consideración de ingresos operacionales en el denominador
 - Unos actores calculan la siniestralidad solo con la UPC como ingreso.
 - Otros suman ingresos por copagos, cuotas moderadoras, pagos por PM, incapacidades, PAC, etc.

- Diferencias en fuentes: unos se basan en el gasto real ejecutado; otros en costos reconocidos contablemente.
 - Tratamiento del Presupuesto Máximo
 - Algunas metodologías incluyen el valor ejecutado del PM en el numerador.
 - Otros lo consideran por fuera del indicador, al estar sujeto a presupuestos y no a primas de riesgo.
- Nivel de desagregación
 - Algunos cálculos se hacen de forma global (toda la EPS).
 - Otros desagregan por: Regímenes (contributivo vs. subsidiado), Poblaciones específicas (riesgo alto, bajo, crónico), Regiones o zonas geográficas.
- Periodicidad del cálculo
 - Hay propuestas para el cálculo mensual con corte a 30 días.
 - Otros sugieren el uso de promedios móviles trimestrales o anuales, o su evaluación acumulada en el año.
- Perspectiva de análisis
 - Algunas fuentes lo entienden como indicador de gestión del riesgo técnico.
 - Otras lo interpretan como indicador financiero de suficiencia presupuestal, sin relacionarlo directamente con riesgo en salud.
- Propósito técnico vs. regulatorio
 - Algunos actores lo utilizan como herramienta de monitoreo interno (alertas tempranas).
 - Otros lo enfocan como insumo para revisión del valor de la UPC o para decisiones de intervención y vigilancia por parte del regulador.

3. Sobre las cuentas contables de ingresos y costos por UPC para calcular la siniestralidad financiera en las EPS

Se evidencian varias coincidencias entre las EPS en cuanto al manejo contable y metodológico de la información utilizada para el cálculo de la siniestralidad. En materia de ingresos, se reconoce de forma generalizada el uso del grupo contable 4102 - Ingresos de las entidades administradoras de planes de beneficios. Destacando que, existen diferencias en algunas cuentas contables señaladas anteriormente. De igual manera, los costos se registran comúnmente bajo el grupo 6102 - Administración del Régimen de Seguridad Social en Salud - UPC.

Asimismo, existe un uso extendido de los formatos FT001-01 a FT001-08, empleados por las EPS para reportar ingresos y costos diferenciados por régimen (contributivo, subsidiado y presupuestos máximos). En relación con los copagos y cuotas moderadoras, aunque se registran como ingresos operacionales, algunas EPS los excluyen del cálculo de siniestralidad si no están directamente asociados a la UPC.

De manera consistente, las entidades coinciden en considerar como base del cálculo los ingresos operacionales (UPC, promoción y prevención, presupuestos máximos) y los costos efectivos asociados a la prestación de servicios, incluyendo las reservas técnicas. Incluso, se identificó que al menos una EPS (EPS SOS) hace referencia explícita a la metodología de la Superintendencia Nacional de Salud para el cálculo de siniestralidad, utilizando las mismas cuentas contables establecidas por esta entidad.

Tabla 4: Puntos de divergencia Pregunta No.3

- En las cuentas de ingreso

Elemento	Descripción de la divergencia
Clasificación de ingresos por PyP	Algunas EPS agrupan los ingresos por PyP (41020301) dentro del ingreso por UPC; otras los presentan como ingreso aparte.
Registro del Presupuesto Máximo	Algunas EPS lo registran como ingreso operativo directo (41022701), mientras que otras lo manejan como ingreso diferido o anticipado.
Inclusión de cuotas moderadoras y copagos	Algunas EPS los incluyen en la base de ingresos para calcular siniestralidad, otras los excluyen, según interpretación normativa.

- En las cuentas de costo

Elemento	Descripción de la divergencia
Inclusión de provisiones de glosas y litigios	Algunas EPS incluyen provisiones por litigios y glosas (61021501) en el cálculo de costos; otras no los consideran parte del gasto siniestral.
Nivel de desagregación en reservas técnicas	Unas EPS discriminan entre conocidas liquidadas (61020101), conocidas no liquidadas (61020401), y no conocidas (61021001); otras las agrupan.
Registro de servicios no PBS pagados por PM	Algunas EPS incluyen estos servicios como costo asociado a la UPC, otras los registran por separado bajo cuentas de presupuesto máximo.

- En el uso del marco conceptual

Elemento	Observación
Aplicación del concepto de siniestralidad	Algunas EPS lo aplican únicamente al régimen contributivo; otras lo aplican también al subsidiado y al PM.
Relación con el riesgo asegurado	En algunas EPS (como Sanitas o SOS), el cálculo de siniestralidad está explícitamente vinculado con el modelo actuarial; en otras no.
Inclusión de costos administrativos	Algunas EPS incluyen ciertos costos de administración en la siniestralidad (por ejemplo, auditoría médica), lo cual no es uniforme.

- En la fuente de los datos contables

Elemento	Observación
Uso de FT001-01 a FT001-08	Aunque es estándar, no todas las EPS hacen trazabilidad explícita entre estas fuentes y el cálculo de siniestralidad.

Elemento	Observación
Periodicidad y consistencia	Algunas EPS actualizan estas cuentas trimestralmente para monitoreo de siniestralidad; otras lo hacen solo al cierre anual.

- En interpretación normativa

Algunas EPS ajustan la siniestralidad con base en “*compensaciones por desviación de siniestralidad*” (41021501) mientras que otras no lo incluyen como ingreso sino como cuenta de compensación fuera del cálculo.

Hay división respecto a si se deben incluir o no servicios judicializados dentro de la siniestralidad, especialmente cuando son pagos con presupuesto máximo.

4. Sobre los efectos del ingreso o costo por liberación de reservas al cálculo de la siniestralidad y comentarios frente a ¿cuál debería ser el tratamiento adecuado en este cálculo?

Puntos de convergencia Pregunta No.4

Los actores participantes en la mesa encontraron puntos en común en los siguientes aspectos:

- **La liberación de reservas** afecta el cálculo de siniestralidad: Todos los actores coinciden en que la liberación de reservas incide directamente en el cálculo de la siniestralidad, ya sea como menor valor del costo (numerador) o, en menor medida, como ingreso (denominador). Es un ajuste contable, no un flujo real.
- Se reconoce de manera general que **la liberación no representa un egreso ni ingreso** real, sino una reversión contable de provisiones previamente constituidas que no se utilizaron.
- Puede **distorsionar la siniestralidad si no se trata correctamente**. Existe acuerdo en que incluir las liberaciones de reservas sin el debido ajuste técnico puede generar una subestimación artificial de la siniestralidad, ocultando la realidad financiera o técnica del periodo.
- **La liberación corresponde a vigencias anteriores**: Se acepta que las reservas liberadas usualmente corresponden a servicios o siniestros de años anteriores, y por tanto no deberían incorporarse directamente al análisis de la vigencia actual sin segmentación temporal. Debe haber coherencia entre la contabilidad y el análisis técnico. Aunque desde el punto de vista contable se registran como menor valor del costo, se reconoce que en el análisis actuarial o técnico debe considerarse la vigencia y causalidad con el ingreso del mismo periodo.
- Finalmente concuerdan en el **apoyo a la práctica de análisis desagregado o bifurcado**: Varias EPS y actores técnicos coinciden en que lo más apropiado es calcular la siniestralidad pura del periodo (sin liberaciones) y presentar por separado el efecto de las liberaciones, para mayor trazabilidad y transparencia.

Tabla 5: Puntos de divergencia Pregunta No.4

Puntos de divergencia Pregunta No.4

- Tratamiento contable vs. tratamiento técnico-actuarial

Postura contable (mayoría EPS y gobierno)	Postura técnico-actuarial (académicos y algunas EPS)
La liberación debe reconocerse como menor valor del costo del periodo en que se libera, sin importar su origen temporal.	La liberación debe excluirse del cálculo de siniestralidad del periodo actual si corresponde a vigencias anteriores, y recargarse al periodo original.
Se ajusta según la normatividad NIIF y es válida su inclusión en el cálculo del periodo.	Incluirla genera una distorsión técnica en la evaluación del desempeño y suficiencia del periodo.

- Momento y vigencia para reflejar la liberación

Posición (contable)	Posición (actuarial)
Se contabiliza y se analiza en el periodo en que se libera, incluso si es de una vigencia anterior.	Se debe hacer una segregación temporal estricta, y en lo posible, recalcular la siniestralidad del año original.

- Ubicación en la fórmula de siniestralidad

Registro en numerador (menor costo) Mayoría	Registro en denominador (ingreso) Minoritaria y crítica
La mayoría considera que la liberación se refleja como menor costo (numerador). En ambos casos, se reconoce que distorsiona la interpretación, pero hay desacuerdo sobre cuál es la ubicación más técnica.	Algunos advierten que cuando se registra como ingreso, infla el denominador y distorsiona más la siniestralidad.

- Valor analítico de las liberaciones

Algunos actores	Otros actores
Proponen mantener la liberación como insumo válido para análisis de eficiencia o ajustes posteriores.	Consideran que no debe usarse para evaluar eficiencia porque no refleja gestión real del periodo.

- Normatividad vigente vs. ajuste metodológico futuro

Postura de cumplimiento con norma vigente (SNS, EPS)	Postura de reforma técnica (Académicos, EPS)
Se sigue la metodología actual de la SNS, que permite registrar la liberación como menor costo.	Proponen ajustar la metodología de cálculo de siniestralidad para excluir o ajustar técnicamente las liberaciones según su origen.

Fuente: elaboración propia a partir de los aportes de los grupos de interés durante el desarrollo de la mesa de trabajo UPC

5. Sobre la clasificación de los ingresos generados por la inversión de las reservas y si se tienen en cuenta como un ingreso para el cálculo de siniestralidad

Puntos de convergencia Pregunta No.5

Los participantes presentan coincidencias en los siguientes aspectos:

- Reconocimiento de la naturaleza no operacional de los ingresos por inversión:
 - Amplio consenso entre EPS, gobierno, academia y algunos entes de control en que los rendimientos financieros de las reservas son ingresos no operacionales o financieros, distintos de los ingresos por UPC (operacionales).
 - Esta distinción contable y conceptual es comúnmente utilizada como argumento para excluirlos del cálculo de siniestralidad, que debe centrarse en el vínculo directo entre el riesgo en salud y su financiación.
- Coincidencia en el riesgo de distorsión del indicador de siniestralidad:
 - Varios actores advierten que incluir estos ingresos en el denominador de la fórmula de siniestralidad reduciría artificialmente el indicador, generando una falsa percepción de suficiencia o sostenibilidad del sistema.
 - Se subraya que esto podría desincentivar la toma de decisiones estructurales frente a la suficiencia de la prima o la contención del gasto en salud.
- Función específica de las reservas y sus rendimientos:
 - Múltiples aportes coinciden en que el propósito de las reservas técnicas es cubrir obligaciones futuras, y que los rendimientos deben servir para mantener o fortalecer dichas reservas, no para cubrir gastos operativos corrientes. Por tanto, se considera que no guardan relación directa con los eventos asegurados ni con el cálculo del riesgo puro, lo cual reafirma su exclusión de la siniestralidad.
- Importancia de mantener la pureza técnica del indicador de siniestralidad:
 - La mayoría de las posturas técnicas y actuariales sostienen que la siniestralidad debe reflejar únicamente la relación entre los costos en salud y los ingresos por prima de riesgo (UPC).
 - Incluir fuentes exógenas al riesgo asegurado diluiría su función como herramienta para evaluar suficiencia y sostenibilidad técnica.
- Necesidad de reglas claras y marco normativo coherente:
 - Algunos actores, incluso entre los que consideran escenarios de inclusión parcial o condicional, coinciden en que cualquier cambio en el tratamiento de estos ingresos debe estar claramente normado, con reglas consistentes y con base en estudios técnicos.
 - Reconocimiento de las tensiones por insuficiencia de la UPC:
 - Aunque con distintos enfoques, hay un reconocimiento generalizado de que la UPC puede ser insuficiente para cubrir todos los gastos del aseguramiento, lo cual ha

llevado a buscar otras fuentes complementarias (como los rendimientos financieros), aunque sin consenso sobre su inclusión en siniestralidad.

Puntos de divergencia Pregunta No.5

- *Tratamiento conceptual de los ingresos por inversión:*
 - Una parte de los actores (EPS, gobierno y academia) coinciden en que estos ingresos son no operacionales y, por tanto, no deben incluirse en el cálculo de la siniestralidad.
 - Otra parte (otros actores invitados y representantes de pacientes) expresan que, desde una visión más integral del gasto en salud, podrían considerarse parte de los recursos disponibles para cubrir costos, lo que abre la puerta a su inclusión bajo ciertas condiciones.
- *Relación con el riesgo asegurado y la suficiencia de la prima:*
 - Para varios actores técnicos (EPS, academia, gobierno), incluir estos ingresos distorsionaría la medición del riesgo asegurado y la suficiencia de la UPC, dando una percepción errónea de sostenibilidad.
 - Una postura minoritaria (usuarios/invitados) sugiere que, si estos rendimientos ayudan a cubrir costos del aseguramiento, podría analizarse su incorporación, especialmente en contextos de déficit estructural del sistema.
- *Naturaleza jurídica y normativa:*
 - La mayoría sostiene que la normativa vigente (NIIF, lineamientos contables de la SNS) clasifica claramente estos ingresos como no operacionales, lo que impide su inclusión sin reforma normativa.
 - Otros actores introducen la idea de que la regla podría modificarse, en especial si se adoptara una nueva definición de suficiencia financiera del sistema que considere otras fuentes de ingreso.
- *Propuesta de usos diferenciados según el propósito:*
 - Algunos participantes sugieren que los rendimientos financieros podrían ser reconocidos dentro de análisis de suficiencia patrimonial o sostenibilidad financiera general, pero no como parte del cálculo técnico de la siniestralidad.
 - Uno de los actores del grupo de EPS plantea que un porcentaje (ej. 70%) de estos rendimientos podría contemplarse para eventos catastróficos, bajo estudios de impacto y con fines excepcionales.
- *Tensión entre la visión actuarial y la visión social del aseguramiento:*
 - Desde lo actuarial, hay una defensa firme del principio de pureza técnica del indicador.
 - Desde lo social o político, algunos actores sugieren replantear el enfoque técnico si se busca asegurar el bienestar y garantizar recursos para el gasto en salud más allá del enfoque de aseguramiento estricto.

6. Sobre la relación existente entre la severidad de los siniestros y la siniestralidad en el sector salud

Puntos de convergencia Pregunta No.6

En opinión de los delegados a la mesa de trabajo, los principales puntos de convergencia se relacionan con:

- Impacto en la siniestralidad a través de la severidad:
La severidad de los siniestros, entendida como el costo asociado a un evento cubierto por el plan de beneficios, tiene una relación directa con la siniestralidad. Un aumento en la severidad, que generalmente corresponde a costos más altos por evento debido a la complejidad del tratamiento, eleva la siniestralidad, ya que este aumento en los costos afecta tanto a la frecuencia de los siniestros como al costo de estos. Esto se ve reflejado en las EPS cuando enfrentan eventos de mayor gravedad que requieren intervenciones más costosas, lo que impacta los costos totales del sistema.
- Factores que influyen en la severidad:
Factores como la prevalencia de enfermedades crónicas, la incorporación de nuevas tecnologías médicas y el envejecimiento de la población influyen en la severidad de los siniestros. El envejecimiento poblacional genera un aumento en las enfermedades no transmisibles (ENT), que son más complejas y costosas de tratar, lo que incrementa la severidad y, por lo tanto, la siniestralidad.
- Transición demográfica y epidemiológica:
La transición demográfica en Colombia, caracterizada por un envejecimiento poblacional y un aumento en la carga de enfermedades crónicas, también está directamente vinculada con la severidad de los siniestros. En este contexto, las EPS deben ajustar sus reservas técnicas y estrategias de gestión para abordar el aumento de la severidad en ciertos grupos de riesgo, como los mayores de 60 años. La severidad asociada a enfermedades como la hipertensión y la diabetes incrementa los costos y complejidad de la atención, lo que impacta directamente en la siniestralidad.
- Frecuencia y severidad como determinantes de la siniestralidad:
La siniestralidad puede descomponerse en dos componentes: frecuencia (número de servicios o atenciones) y severidad (costo de cada servicio). Así, tanto un aumento en la frecuencia de los siniestros como en su severidad incrementa la siniestralidad. En escenarios de alta demanda por enfermedades crónicas, las EPS deben lidiar con la combinación de aumento en la frecuencia y en la severidad, lo que eleva significativamente los costos del sistema de salud.

- *Diferencias en la constitución de reservas técnicas:*
El tratamiento de las reservas técnicas también juega un papel crucial en cómo se gestionan los costos asociados a la severidad. Las EPS deben tener en cuenta no solo los costos asociados a la atención médica, sino también los vacíos regulatorios y las diferencias en la constitución de reservas, lo cual puede afectar el cálculo de la siniestralidad. La falta de claridad sobre las reglas de prescripción de las facturas y el impacto de los nuevos tratamientos también influyen en la liberación de reservas y el cálculo de la siniestralidad.
- *Estrategias de gestión proactiva:*
Las EPS deben implementar estrategias diferenciadas para gestionar la severidad según el perfil de riesgo de sus afiliados. Por ejemplo, en una población envejecida, los programas preventivos y la gestión de enfermedades crónicas son fundamentales para mitigar los efectos de la severidad, reducir la siniestralidad y optimizar los recursos disponibles.

Puntos de divergencia Pregunta No.6

Los puntos de divergencia entre las diferentes perspectivas planteadas por los participantes en las mesas se pueden resumir en dos perspectivas frente a aspectos clave, así:

- *Enfoque sobre la severidad y su impacto directo en la siniestralidad:*
Por una parte, se señala que la severidad de los siniestros tiene un impacto directo en la siniestralidad. Es decir, un aumento en la severidad de los siniestros implica un incremento en la siniestralidad debido al mayor costo por evento, de otra parte, también se reconoce la correlación positiva entre severidad y siniestralidad, se sugiere que otros factores, como la frecuencia de los siniestros y las características del servicio (por ejemplo, tecnología y procedimientos médicos), también juegan un papel crucial. Se menciona que tanto el costo como la frecuencia de los servicios influyen en la siniestralidad de manera interdependiente.
- *La influencia del contexto económico y tecnológico:*
Por una parte, se aborda que la severidad está influenciada por factores como la prevalencia de enfermedades crónicas y tratamientos innovadores, pero no se menciona de manera explícita la variable económica o tecnológica en la determinación de la siniestralidad. De otra parte, se resalta el impacto de las tecnologías innovadoras, como nuevos medicamentos o dispositivos, y cómo estos incrementan la severidad, lo cual, a su vez, eleva la siniestralidad. Se incluye un análisis de las implicaciones del mercado, como la migración tecnológica y el impacto de la industria farmacéutica en los costos.

- Discusión sobre las reservas y la regulación del sector:

Se hace énfasis en la falta de claridad regulatoria sobre las reservas y los costos en la estructura de la siniestralidad. Además, se mencionan vacíos regulatorios que afectan la gestión financiera de las EPS, lo que podría distorsionar los cálculos de la siniestralidad. No se profundiza tanto en los aspectos regulatorios, pero se sugiere que la severidad también está vinculada a la capacidad de las EPS para negociar tarifas y contratar servicios. Aquí se da un enfoque más económico y operativo a la gestión de la severidad.

- Enfoque sobre la demografía y el envejecimiento poblacional:

El envejecimiento poblacional y las enfermedades crónicas son mencionados como factores importantes que aumentan la severidad de los siniestros, lo que a su vez eleva la siniestralidad. De forma complementaria, los participantes indican que, la transición demográfica y el envejecimiento poblacional se consideran un elemento central que afecta la severidad, pero también se explora cómo la estructura demográfica impacta en la frecuencia de los siniestros. Se argumenta que hay un aumento en las enfermedades crónicas y comorbilidades, lo cual también lleva a una mayor severidad, pero no se menciona cómo esto se conecta de manera directa con la siniestralidad.

- La gestión de la severidad:

Se destaca la importancia de las estrategias diferenciadas en la gestión de la severidad según los grupos de riesgo, especialmente para las poblaciones más envejecidas. De otra parte, se sugiere que las EPS deben optimizar los recursos disponibles mediante buenas prácticas de contratación y análisis actuariales, sin hacer tanto énfasis en intervenciones diferenciales por perfil poblacional.

7. En relación con similitudes y diferencias en la definición y forma de cálculo de la siniestralidad entre los diferentes participantes en la mesa

Puntos Convergentes Pregunta No.7

De igual manera, a lo mencionado anteriormente, la mayoría de los actores coinciden en que la fórmula base debe considerar la relación entre costos totales e ingresos operacionales aplicándose periódicamente (trimestral, semestral o anual) con base en estados financieros. Asimismo, hay consenso en la necesidad de ajustar la UPC por variables de riesgo como edad, género, ubicación geográfica y condiciones de salud (cronicidad, alto costo), con especial énfasis de grupos indígenas en incluir factores como ruralidad y dispersión geográfica. Sin embargo, múltiples actores critican que el modelo actual no captura adecuadamente costos por demoras en autorizaciones, diagnósticos tardíos, traslados forzosos de afiliados entre EPS y la desfinanciación en zonas rurales e indígenas.

Puntos divergentes Pregunta No.7

Las principales divergencias se observan en el enfoque de cálculo: mientras algunos participantes proponen incluir el descuento del 10% de gastos administrativos en el denominador, otros denuncian que la UPC etaria no considera su estructura demográfica particular (alta siniestralidad en niños / jóvenes por desnutrición y enfermedades infecciosas).

En cuanto a metodologías, otro grupo sugiere implementar modelos avanzados (machine Learning, series temporales), mientras otro grupo propone incorporar Backtesting para evaluar la suficiencia histórica de la UPC.

Finalmente, un grupo de participantes exigen un ajuste territorial explícito (prima diferencial para departamentos como Guainía). Además, y como ya se mencionó, existen diferencias en las variables prioritarias, aseguradores privados enfatizan morbilidad, alto costo y eficiencia en redes, mientras las EPS indígenas priorizan dispersión geográfica, modelos interculturales (SISPI) y determinantes sociales.

8. Opiniones frente a incluir los ingresos generados por la inversión de las reservas como un ingreso operacional para el cálculo de siniestralidad

Puntos Convergentes Pregunta No.8

De la misma manera como se mencionó anteriormente, la mayoría de los actores del sistema coinciden en que los rendimientos financieros generados por las reservas técnicas no constituyen ingresos operacionales y, por lo tanto, no deberían incluirse en el cálculo de la siniestralidad. Este consenso se fundamenta en que dichos ingresos están sujetos a la volatilidad de los mercados financieros y no reflejan la gestión operativa del aseguramiento en salud.

Adicionalmente, existe una preocupación generalizada por la insuficiencia de la UPC, la cual ha generado un desbalance en las reservas técnicas y afectado su rentabilidad. Un ejemplo destacado es el impacto negativo del "giro directo" en los rendimientos del sistema.

Finalmente, algunos actores, plantean la necesidad de establecer lineamientos normativos claros en caso de que estos ingresos se incluyan en el cálculo, proponiendo una operación simétrica que también contemple pérdidas financieras.

Divergencias Pregunta No.8

Como indicaron los participantes de la mesa persisten divergencias significativas. Mientras algunos grupos aceptarían su inclusión condicionada a que provengan exclusivamente de recursos UPC y se reinviertan como anticipos, otros se oponen categóricamente, argumentando que introduciría volatilidad ajena al aseguramiento y desincentivaría el flujo de recursos a prestadores. Respecto al destino de estos

rendimientos, existen posturas encontradas: desde su devolución a la cuenta pública hasta su retención con reinversión obligatoria. Uno de los grupos involucrados cuestiona que esta discusión desvíe la atención del problema central: la insuficiente financiación estatal del sistema.

9. En relación con los costos reportados en el estado de resultados integrales (P&G), deben tener relación de por lo menos el 95% de los costos reportados por suficiencia?

Puntos Convergentes Pregunta No.9

Se identifica un consenso entre dos grupos de actores sobre la necesidad de establecer una correlación clara, idealmente del por lo menos el 95%, entre ambos conceptos, con el propósito de garantizar transparencia y calidad en la información financiera del sistema. Este acuerdo se sustenta en la importancia de unificar criterios entre los diferentes actores (IPS, RIPS, entre otros) para validar la representatividad de los datos, así como en la necesidad de precisar conceptualmente variables clave como la UPC, evitando así interpretaciones subjetivas en los aspectos técnicos y contables.

Divergencias Pregunta No.9

También se pueden observar que persisten divergencias significativas en cuanto a la aplicabilidad práctica de este porcentaje. Uno de los Grupos cuestiona la posibilidad de validar el 95% sin contar con acceso al documento técnico que lo sustenta, además de plantear dudas sobre la equivalencia entre el costo operacional en suficiencia y el reportado bajo Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF).

Por su parte, otro grupo señala que la formulación actual carece de claridad al no especificar si este porcentaje debe aplicarse a nivel global o por rubros específicos. Adicionalmente, el Grupo EPS argumenta que los ejercicios de P&G y suficiencia responden a finalidades y metodologías distintas, por lo que considera indispensable realizar un análisis técnico previo antes de establecer cualquier porcentaje de correlación.

10. Comentarios frente a si los costos por reservas técnicas - CONOCIDOS NO LIQUIDADOS - servicios de salud (UPC) son facturados en el siguiente periodo (año), deben formar parte del cálculo de siniestralidad y al mismo tiempo no ser tomados como liberación de reserva.

Puntos Convergentes Pregunta No.10

Existe consenso en que estos costos, al corresponder a servicios efectivamente prestados, deben incorporarse al cálculo de siniestralidad del periodo en que ocurrieron,

pues representan obligaciones reales atribuibles a ese ejercicio. También se enfatiza que su naturaleza de "servicios prestados" justifica su inclusión en la siniestralidad, independientemente del momento de pago. Paralelamente, se resalta la necesidad de estandarizar criterios contables mediante lineamientos claros que definan el registro, constitución y liberación de estas reservas técnicas.

Divergencias Pregunta No.10

No obstante, persisten divergencias fundamentales: mientras un grupo argumenta que los costos por Reservas Técnicas Conocidos no Liquidados no deben afectar la siniestralidad, pero sí liberarse como gasto para mantener la coherencia entre ingresos y costos reales, otro grupo insiste en su inclusión en el período original.

Asimismo, otro grupo advierte sobre riesgos de duplicidad contable al reconocer simultáneamente la provisión y el hecho causado, postura que se matiza señalando la conveniencia de complementar el criterio de causación con el flujo de caja. Llama la atención la abstención de los uno de los actores, que condiciona su posición a conocer la fecha exacta de prestación de los servicios.

ACTORES Y RECOMENDACIONES: COMPONENTE SINIESTRALIDAD

La discusión adelantada en el marco de la Mesa Técnica permitió identificar avances relevantes, así como tensiones estructurales en torno a la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y al abordaje de sus componentes técnicos y contables. Del mismo modo, a partir de los aportes entregados por los actores participantes, se consolidó un conjunto de recomendaciones orientadas a fortalecer la precisión, la equidad y la transparencia en los procesos de cálculo y ajuste de la UPC.

1. Frente al concepto y fórmula de cálculo de la siniestralidad

Aportes

- Existen dos enfoques para el cálculo de la siniestralidad: la **siniestralidad técnica**, que se calcula con base en los siniestros incurridos (pagados o reservados) en relación con la prima, y la **siniestralidad financiera**, que compara los costos contables reales con los ingresos efectivamente recibidos.
- Existe acuerdo general sobre la fórmula para el cálculo de la siniestralidad financiera (relación entre los costos en salud y los ingresos recibidos por UPC), pero se identifican **diferencias sustanciales en la aplicación de la fórmula**, entre ellas:
 - **Diferencias en las cuentas contables incluidas en el numerador**: algunos actores incluyen únicamente los costos del PBS, otros incluyen: PM, Incapacidades, PAC y PyP.

- **Diferencias en las cuentas contables incluidas en el denominador:** unos actores calculan la siniestralidad solo con la UPC, otros suman ingresos por copagos, cuotas moderadoras, PM, incapacidades, PAC.
- **Diferencias en las fuentes:** Unos se basan en el gasto real ejecutado, otros en costos reconocidos contablemente.
- **Diferencias en el nivel de desagregación:** algunos realizan cálculos globales (toda la EPS), otros desagregan por (tipo de régimen, tipo de población, por región o zona).
- **Diferencias en el periodo de cálculo:** hay propuestas de cálculo mensual, otros sugieren uso de promedios móviles trimestrales, anuales o evaluación acumulada en el año.
- **Diferencias en la perspectiva de análisis:** Algunos lo entienden como indicador de gestión del riesgo técnico otros lo interpretan como indicador financiero de suficiencia presupuestal sin relacionarlo directamente con riesgo en salud.
- **Diferencias en el propósito del indicador:** algunos lo utilizan con herramienta de monitoreo interno, otros lo enfocan como insumo para la revisión del valor de la UPC para decisiones de intervención y vigilancia por parte del regulador.

Recomendaciones

- Unificar fórmulas, cuentas contables y métodos de reporte que permitan una lectura homogénea de la suficiencia y eviten duplicidades o distorsiones en los indicadores.
- Emitir lineamientos normativos y técnicos, claros y homogéneos que clarifiquen los conceptos aplicables, conciliando el rigor técnico con la viabilidad operativa de los actores del sistema.

2. Frente a otros elementos que afectan el cálculo financiero de la Siniestralidad

Aportes:

- Existe consenso entre los actores que se presentan divergencias en el tratamiento contable de las **Reservas Técnicas**.
- Existe consenso mayoritario en que los **Rendimientos Financieros** derivados de las reservas técnicas no deben incluirse en el cálculo de siniestralidad, ya que no representan ingresos operacionales vinculados al riesgo en salud.
- Existe consenso mayoritario en cuanto a que se requiere mayor **coherencia entre los costos reportados en los estados financieros (P&G) y aquellos utilizados en los análisis de suficiencia**. (Certificación de Costos).

Recomendaciones

- Emitir normativas claras que definan criterios uniformes para la constitución, registro y liberación de las reservas técnicas. La ausencia de criterios comunes genera riesgos de afectación a la comparabilidad de los datos y distorsión de los indicadores de gestión financiera del sistema.
 - Establecer lineamientos para la **constitución de las reservas técnicas**, considerando la gestión de costos asociados a la severidad.
 - Desarrollar metodologías que **armonicen el principio de causación contable con la dinámica del flujo de caja**. Con el fin de evitar el riesgo de duplicidad contable, al reconocer simultáneamente la provisión y el hecho causado.
 - **Definir reglas** de prescripción de facturas, el impacto de los nuevos tratamientos y lineamientos en la liberación de reservas técnicas, y sus efectos en el cálculo de la siniestralidad.
 - Mantener la exclusión de los **rendimientos financieros** derivados de las reservas técnicas en el cálculo de siniestralidad, para preservar la integridad de los indicadores operativos.
 - Crear un fondo de estabilización que permita absorber variaciones no previstas en la UPC y facilite el financiamiento de mecanismos de anticipo, especialmente en contextos de iliquidez.
 - Fortalecer el **marco regulatorio del manejo contable y destinación** de los rendimientos financieros, mediante actos administrativos que:
 - Definir un tratamiento contable unificado de los rendimientos.
 - Exigir transparencia sobre el origen y uso de los fondos.
 - Establecer criterios condicionales para su aplicación, evitando incentivos perversos.
 - Establecer **estándares técnicos claros** que articule la información de los costos reportados en los estados financieros (P&G) con los considerados para los análisis de suficiencia, a fin de asegurar coherencia, transparencia y trazabilidad.
 - Investigar de manera sistemática las **causas de las divergencias** en los porcentajes reportados y su impacto en la suficiencia, promoviendo la confiabilidad de la información.
 - Evaluar la **aplicación del estándar del 95%** caso por caso, determinando su pertinencia global o por rubros específicos, según el tipo de gasto o reserva involucrado.
3. **En relación con el fortalecimiento de la metodología empleada para el cálculo de la UPC**

Aportes

- Volatilidad normativa, los fallos judiciales y las condiciones epidemiológicas generan impactos no considerados adecuadamente en los modelos actuales.
- Existe consenso en cuanto a las limitaciones del modelo actual para capturar costos asociados a: demoras en autorizaciones, traslados forzosos, demoras administrativas o desfinanciación en zonas rurales.
- Las EPS tradicionales hacen énfasis en la eficiencia administrativa y los perfiles de morbilidad, mientras que las EPS indígenas demandan el reconocimiento de variables diferenciadoras como la dispersión geográfica, la interculturalidad y los determinantes sociales.
- Los actores señalan desafíos estructurales relevantes, como la brecha persistente entre los regímenes contributivo y subsidiado, y la ausencia de mecanismos de financiación adecuados para modelos propios como el SISPI.

Recomendaciones

- Incorporar explícitamente el impacto de decisiones judiciales (tutelas) y cambios normativos recientes en los modelos de cálculo de la UPC, dada su incidencia directa sobre los costos del sistema.
- Diseñar mecanismos de compensación financiera por concentración de patologías de alta complejidad en territorios específicos o poblaciones con mayores cargas de enfermedad.
- Evaluar ajustes territoriales que reconozcan las particularidades epidemiológicas y operativas de cada región.
- Establecer mecanismos de reconocimiento financiero para el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI), en línea con el enfoque diferencial y la autonomía de los pueblos indígenas.
- Reconocer explícitamente los costos diferenciados derivados de contextos territoriales y socioculturales.
- Revisar la brecha existente entre las UPC del régimen subsidiado y contributivo, que actualmente alcanza un 11,09%, con el fin de garantizar equidad en el acceso y la atención.
- Evaluar la viabilidad de incluir componentes retroactivos en la UPC que permitan corregir subestimaciones históricas, especialmente en contextos de alta volatilidad normativa o epidemiológica.

4. En relación con los desafíos estructurales y la necesidad de innovación metodológica

Aportes

- La heterogeneidad del sistema no se refleja adecuadamente en los actuales esquemas de ajuste de la UPC.
- Persiste una diferencia del 11,09% entre las UPC del régimen contributivo y el subsidiado, sin una justificación técnica suficiente en términos de costos.
- El Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) no cuenta con mecanismos de financiación diferenciados acordes a su enfoque.

Recomendaciones

Implementar innovaciones metodológicas —incluyendo el uso de herramientas como Machine Learning, técnicas de segmentación de riesgo y ajustes territoriales— que permitan capturar la heterogeneidad del sistema. Asimismo, se propone implementar mecanismos de compensación financiera por concentración de patologías o condiciones estructurales que afecten la suficiencia.

- Desarrollar metodologías para estimar el costo real en zonas sin infraestructura suficiente, considerando variables proxy y fuentes alternas de información.
- Avanzar hacia modelos más granulares mediante técnicas como el Clustering, que permitan identificar subgrupos de riesgo actualmente no cubiertos adecuadamente por los esquemas de ajuste.
- Revisar la brecha entre regímenes para garantizar la equidad en el acceso y la atención.
- Establecer mecanismos de reconocimiento financiero para el SISPI, respetando su autonomía y enfoque diferencial.
- Diseñar compensaciones específicas para territorios o poblaciones con mayores cargas de enfermedad o condiciones de acceso más complejas.

COMENTARIOS MSPS – COMPONENTE DE SINIESTRALIDAD

La Constitución Política de Colombia define la Seguridad Social como “un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado” y en el cual “El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura”. Por su parte el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia establece que “La atención en salud... [deberá prestarse] conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad”.

Cabe destacar que, el modelo de salud colombiano funciona en una lógica de pluralismo estructurado⁹ en donde el estado se encarga de las funciones de dirección y coordinación, mientras actores públicos y privados se articulan para la prestación de los servicios y la gestión de los riesgos.

Desde el punto de la vista actuarial, como se mencionó, la siniestralidad se define como la materialización del riesgo cubierto por asegurador, en el caso de salud, el total de reconocimientos realizados por prestación de servicios de salud en cualquiera de sus modalidades con cargo al Plan de Beneficios en Salud. Por construcción, en la metodología de Casualty Actuarial Society y su implementación en Colombia, la indicación de incremento de la prima corresponde a el valor esperado de las reclamaciones en el periodo de exposición, así como los gastos de suscripción y el margen que se reconoce para la gestión. En términos agregados para el sistema de salud, no es posible tomar una mejor decisión de crecimiento de los costos por prestación de servicios de salud, pues la metodología incluye todos los factores asociados a la ocurrencia de los siniestros en el periodo de exposición.

La **Ilustración 1**. muestra la cadena de generación de valor del sector salud en el modelo actual de aseguramiento con participación de agentes públicos y privados y bajo la rectoría del Estado. Los grandes hitos de la cadena de generación de valor se enmarcan en tres momentos.

Un periodo ex ante, donde el MSPS, utilizando las mejores prácticas actuariales, calcula el valor de la prima de riesgo con la cual busca garantizar la atención en salud de la población, así como el porcentaje para cubrir los gastos administrativos del proceso de aseguramiento. Un segundo momento, denominado periodo de exposición, donde los aseguradores (públicos y privados), y los prestadores de servicios de salud (públicos y privados), bajo la coordinación y supervisión del Estado interactúan en un mercado regulado para proveer servicios de salud de manera eficiente, universal y solidaria; en este segundo momento es de vital importancia el seguimiento a los indicadores tanto financieros como epidemiológicos que den cuenta del desempeño de los agentes. Por último, en el período final del proceso se realiza el monitoreo, seguimiento y evaluación de los resultados, incluyendo tanto los aspectos financieros como las metas en salud, los cuales orientan la toma de decisiones para el cumplimiento de las políticas públicas en salud.

Siniestralidad como variable de resultado

Para comprender el indicador de siniestralidad calculado desde la perspectiva financiera¹⁰ —es decir, como la relación entre los costos y los ingresos observados en un período de tiempo determinado—, es fundamental considerar el acuerdo social y la cadena de generación de valor del sector salud colombiano. Tal como se ilustra en la ilustración 1, la siniestralidad financiera es un indicador de resultado que refleja el desempeño global de

⁹ Londoño, J. L., y Frenk, J. (2011). Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina.

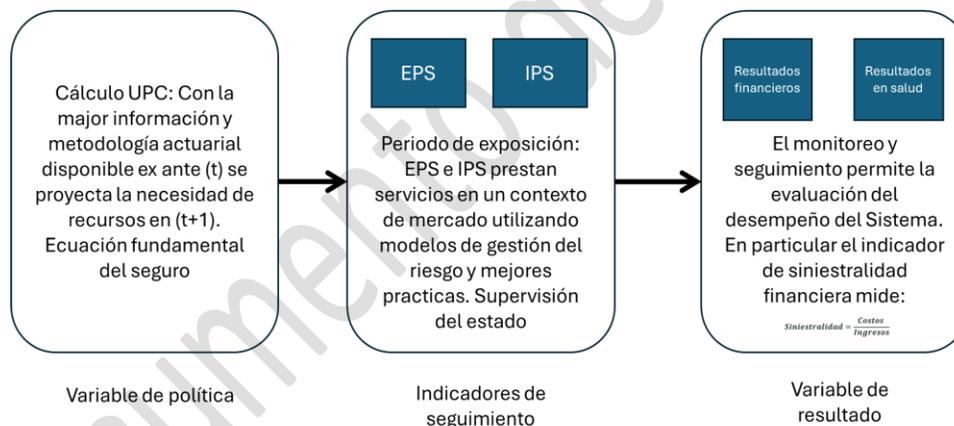
¹⁰ Espinosa, Urdinola, Numeris

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

Desde esta perspectiva, el indicador de siniestralidad calculado con base en los estados financieros no permite atribuir de manera directa el origen del posible desbalance en el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, al rol inicial de dirección y coordinación a cargo del Estado. Por el contrario, su deterioro a nivel agregado sugiere la existencia de fallas a lo largo de toda la cadena de generación de valor. En consecuencia, las intervenciones para corregir este comportamiento deben abordar integralmente los distintos eslabones del sistema, incluyendo el cálculo y la asignación de recursos, la gestión del riesgo, la prestación de servicios y los mecanismos de regulación y supervisión.

Ilustración 1: Cadena de Valor

Generación de valor en el sector salud frente a la variable de resultado: Siniestralidad dimensión financiera



Fuente: Elaboración propia

En efecto, tanto los estudios independientes como aquellos financiados por las agremiaciones coinciden en señalar que, en períodos recientes, la siniestralidad financiera de las EPS agremiadas en ACEMI ha reflejado una proporción de costos más elevada en comparación con los ingresos. No obstante, es crucial contextualizar este análisis en un horizonte temporal más amplio, dado que, si bien se han registrado resultados adversos en ciertos periodos, también existen fases previas con balances más favorables que no son capturados en estos estudios.

Asimismo, y en respuesta al numeral 4.2 del **Auto 007 de la Corte Constitucional**, el cual solicita: *"Explique la afirmación emitida en la sesión técnica en la que aseguró que la UPC, en la mayoría de los casos, ha estado 'muy por encima' de la inflación. Para ello, se analizó la UPC, exponiendo el porcentaje de aumento y desagregando su valor según cada asignación, tal como se hizo en la Resolución 2364 de 2023"*, a continuación, se presentan los crecimientos comparativos de la UPC frente a la inflación entre 2009 y 2025, tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado.

Tabla 6: Comparativo Crecimiento UPC: RC y RS Vs Inflación (2009-2025)

Regimen Contributivo				Regimen Subsidiado			
Año	Incremento UPC-C	Inflación	Diferencia	Año	Incremento UPC-S	Inflación	Diferencia
2009	8,50%	2,00%	6,50%	2009	10,85%	2,00%	8,85%
2010	3,84%	3,17%	0,67%	2010	7,13%	3,17%	3,96%
2011	3,47%	3,73%	-0,26%	2011	4,50%	3,73%	0,77%
2012	9,13%	2,44%	6,69%	2012	29,80%	2,44%	27,36%
2013	3,89%	1,94%	1,95%	2013	29,51%	1,94%	27,57%
2014	4,04%	3,66%	0,38%	2014	4,40%	3,66%	0,74%
2015	6,06%	6,77%	-0,71%	2015	6,06%	6,77%	-0,71%
2016	9,45%	5,75%	3,70%	2016	9,45%	5,75%	3,70%
2017	8,20%	4,09%	4,11%	2017	8,20%	4,09%	4,11%
2018	3,64%	7,83%	-4,19%	2018	7,83%	7,83%	0,00%
2019	5,31%	3,80%	1,51%	2019	9,40%	3,80%	5,60%
2020	5,36%	1,62%	3,74%	2020	5,36%	1,62%	3,74%
2021	5,18%	5,62%	-0,44%	2021	5,18%	5,62%	-0,44%
2022	18,15%	13,12%	5,03%	2022	10,58%	13,12%	-2,54%
2023	16,23%	9,28%	6,95%	2023	16,23%	9,28%	6,95%
2024	12,01%	5,20%	6,81%	2024	12,01%	5,20%	6,81%
2025	5,36%	3,20%	2,16%	2025	5,36%	3,20%	2,16%

*Para 2025 se utiliza la inflación proyectada - Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. Cálculos Propios

En consecuencia, la afirmación de que la UPC *"en la mayoría de los casos ha estado muy por encima de la inflación"* se sustenta en el análisis de los datos de los últimos cinco años (2021-2025). En el régimen contributivo (UPC-C), el incremento superó la inflación en cuatro de los cinco años analizados, con diferencias significativas que alcanzaron +5,03% en 2022 y +6,95% en 2023. De manera similar, en el régimen subsidiado (UPC-S), el incremento estuvo por encima de la inflación en tres de los cinco años, destacándose también 2023 con una diferencia de +6,95%. La única excepción ocurrió en 2021, cuando ambos regímenes registraron incrementos ligeramente inferiores a la inflación de (-0,44%).

Estos resultados muestran una tendencia clara: a partir de 2023, los incrementos de la UPC no solo han superado la inflación, sino que lo han hecho con márgenes considerables, especialmente en 2023 y 2024, donde las diferencias superaron el 6%. Este comportamiento se mantuvo incluso en 2025, cuando la inflación proyectada bajara a 3,20%, mientras que la

UPC-C y UPC-S se ubicó en 5,36%, lo que refuerza la idea de que los ajustes de la UPC han estado "*muy por encima*" de la inflación en la mayoría de los casos.

Además, es importante señalar que, al ampliar el horizonte de análisis a 10 o 15 años, aunque se identifican períodos en los que la inflación superó los incrementos de la UPC (diferencia negativa), la evidencia demuestra que, en la mayoría de los años, los ajustes de la UPC tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado han sido significativamente más altos que la inflación. De hecho, en muchos casos, los incrementos de la UPC no solo superaron la inflación, sino que lo hicieron por márgenes considerables, compensando ampliamente aquellos años en los que la inflación fue mayor.

Este comportamiento es coherente con los principios de la Gestión de Riesgo que rigen la operación de las EPS, las cuales actúan en un entorno estructuralmente cíclico donde períodos de presión financiera como el actual forman parte de su dinámica. En este sentido, los resultados deben analizarse en perspectiva, considerando los estados financieros de años anteriores al período de análisis, en los que condiciones de mayor estabilidad permitieron la acumulación de márgenes que, en teoría, deberían funcionar hoy como amortiguadores. Es precisamente en entornos críticos donde se pone a prueba la eficacia de la gestión del riesgo, ya que es cuando las estrategias de mitigación —como el fortalecimiento de reservas técnicas, la optimización de redes prestadoras o la renegociación con actores clave del sistema— deben activarse frente a choques externos, ya sean de naturaleza demográfica, epidemiológica o regulatoria. La capacidad de las EPS para absorber estos impactos, sin comprometer su sostenibilidad en el mediano plazo, depende, en gran medida de las decisiones adoptadas y los mecanismos implementados durante fases anteriores de relativa holgura financiera.

Así mismo, como lo reconocen diversos estudios y los actores participantes de la mesa de trabajo, aunque existe consenso sobre la definición y la fórmula de cálculo del indicador de siniestralidad desde una perspectiva financiera, se evidenció una falta de homogeneidad en las cuentas contables utilizadas por las EAPB para el cálculo de la siniestralidad, atribuible a dos factores principales: (1) la discrecionalidad en las políticas contables, especialmente en el tratamiento heterogéneo de rendimientos financieros, el reconocimiento de ingresos por rentabilidad de reservas, como en las diferencias en las cuentas de ingreso y costo que cada entidad incluye en el cálculo del indicador; y (2) la ausencia de un marco regulatorio unificado que estandarice estos criterios. Esta inconsistencia no solo distorsiona la comparabilidad entre entidades, sino que también compromete la integridad de los indicadores operativos.

De forma complementaria, es importante destacar que el cálculo de la siniestralidad desde la perspectiva financiera es altamente sensible a las decisiones contables adoptadas por las aseguradoras, particularmente en lo que respecta al tratamiento de las reservas técnicas —en especial las Reservas Técnicas Conocidas no Liquidadas— y de los rendimientos financieros generados por dichas reservas. Estas variaciones en el registro contable pueden distorsionar significativamente la interpretación del indicador y dificultar su comparación entre entidades y a lo largo del tiempo. En este sentido, corresponde al MSPS y actores competentes avanzar hacia la definición y adopción de prácticas contables homogéneas y

técnicamente sólidas que definan un indicador de siniestralidad financiera estandarizado, transparente y comparable, como insumo confiable para la supervisión, la toma de decisiones regulatorias y el diseño de políticas públicas.

Al respecto, es fundamental reconocer el tratamiento especial que deben recibir los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), dado que se trata de fondos públicos asignados por el Estado con una destinación específica: garantizar el acceso a servicios de salud para la población afiliada. A diferencia de los ingresos propios de una entidad privada, estos recursos no pueden considerarse de libre disposición por parte de las entidades aseguradoras, pues están sujetos a normas que buscan asegurar su uso eficiente, transparente y alineado con los objetivos del sistema de salud.

En este marco, cuando las EPS destinan parte de estos recursos a la constitución de reservas técnicas e invierten dichos fondos en instrumentos financieros, los rendimientos generados no deben interpretarse como ingresos operativos. Estos retornos no son resultado directo de la gestión del riesgo en salud ni de mejoras en la eficiencia operativa, sino que dependen de factores externos como la dinámica de los mercados financieros. Incluirlos en el cálculo de indicadores como la siniestralidad puede conducir a interpretaciones erróneas sobre la suficiencia del financiamiento o la eficiencia en la gestión de los recursos, al distorsionar el vínculo entre costo, ingreso y resultado en salud.

Por tanto, algunos actores presentaron propuestas, en torno a que, los rendimientos financieros obtenidos a partir de inversiones de recursos UPC mantengan su carácter de fondos con destinación específica y sean reinvertidos exclusivamente en la mejora de la atención y la calidad de los servicios para la población. Esta medida no solo refuerza el propósito público de los recursos, sino que también permite evitar que dichos ingresos se utilicen para cubrir gastos administrativos o financieros no directamente vinculados con la atención en salud.

Este enfoque, además, contribuiría a fortalecer la transparencia y el control sobre el uso de los recursos del sistema, al clarificar la naturaleza y destino de cada componente de ingreso. Alinear las prácticas contables con los principios de sostenibilidad financiera y responsabilidad social no solo corrige distorsiones actuales, sino que permite construir un sistema más robusto, equitativo y coherente con los fines del aseguramiento en salud en Colombia.

Frente al tema de inclusiones y su impacto en la siniestralidad observada de las EPS, es posible afirmar que no existe evidencia de que dichos ajustes en el Plan de Beneficios en Salud hayan afectado negativamente la suficiencia de los recursos. Cómo se observa en el análisis de suficiencia de la prima frente al costo de prestación de servicios reportado en la Base de Datos de Suficiencia, en todos los años analizados (2021-2023) los recursos proyectados han cubierto el costo observado de la siniestralidad total en el año de exposición.

De otra parte, el Ministerio de Salud y Protección Social, la academia y en general los diferentes actores del sistema de salud, reconocen que el cálculo de la UPC puede ser

robustecido a través de la implementación de innovaciones metodológicas. Por ejemplo, los ajustadores de riesgo pueden ser complementados para incluir variables de patología o un detalle más amplio de zona geográfica. En todo caso, la **Siniestralidad Técnica** entendida desde el punto de vista actuarial y la indicación de crecimiento de la prima que se deriva de ella en principio no se modificaría pues, en el caso de los ajustadores lo que se modifica es la distribución interna de la prima por grupos de riesgo, mejorando la precisión de los modelos y reduciendo en los aseguradores incentivos para participar en mercados particulares, lo que redundaría en ganancias para la sociedad.

Hacia futuro, el Ministerio de Salud y Protección Social está comprometido con innovaciones metodológicas que incluyan criterios de equidad social y regional, criterios que, respondiendo al cumplimiento de objetivos de política más amplios pueden suscitar discusiones de presupuesto que deberán ser abordadas por el Estado y la sociedad colombiana. La metodología actual, sin embargo, garantiza la suficiencia de recursos para el periodo de exposición pues incluye todas las variables asociadas al costo de los servicios y proyecta utilizando las metodologías estadísticas disponibles cada uno de los elementos constitutivos. Estas proyecciones incluyen las variables macroeconómicas, demográficas y epidemiológicas.

Por último, en el marco del modelo de pluralismo estructurado, se reconoce la importancia de segmentar funciones y responsabilidades en la cadena de generación de valor del sector salud. El acuerdo social implica que cada actor reconoce su rol en el modelo de aseguramiento en salud y esto implica un riesgo económico alrededor de las utilidades de la operación que dependen de su actuación donde, la lógica implica que los excedentes se apropian de manera privada mientras que los déficits no son asumidos por la sociedad.

2.1.2.5. Sesión 5. Análisis de impacto de inclusiones (24/04/25)

Marco Conceptual

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), conforme a la Ley 100 de 1993 y a la Ley Estatutaria 1751 de 2015, garantiza el derecho fundamental a la salud mediante la provisión integral de servicios y tecnologías en todas las fases del cuidado. Este derecho abarca las etapas de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, aplicables a todas las patologías, a través de la provisión de servicios y tecnologías en salud.

La garantía de este derecho se sustenta en dos mecanismos complementarios de protección financiera: el colectivo, basado en el aseguramiento y gestionado mediante instrumentos actuariales como la Unidad de Pago por Capitación (UPC), y el individual, administrado por la ADRES, destinado a financiar servicios no cubiertos por el esquema colectivo.

En este orden de ideas, la UPC ha experimentado una expansión progresiva en el alcance de tecnologías financiadas, con el objetivo de consolidar un portafolio actualizado, alineado con las necesidades en salud de la población, la eficiencia en el uso de recursos y el cumplimiento normativo. La actualización integral de estos servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC se desarrolla en múltiples etapas, que incluyen la identificación de tecnologías, su ponderación, la evaluación de tecnologías en salud (ETS), la verificación de la disponibilidad de estas tecnologías en el sistema de salud colombiano, la garantía de acceso mediante el SGSSS y, finalmente, la toma de decisiones. Este proceso se concibe como un ejercicio continuo, dinámico, participativo y permanente, que ha permitido la apropiación de conocimiento por parte de los diferentes actores que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y que fortalece la gobernanza del sistema.

Esta actualización está diseñada para abordar aspectos clave: 1) las necesidades en salud de la población colombiana; 2) la incorporación de elementos esenciales para alcanzar los objetivos clínicos relacionados con dichas necesidades; 3) la optimización del uso de los recursos, servicios y tecnologías disponibles en el país; y 4) la provisión de beneficios adicionales a los ya incluidos en el esquema de protección colectiva del aseguramiento social.

Para la implementación de los procedimientos de actualización integral, se han desarrollado y aplicado metodologías robustas que integran los criterios, condiciones y disposiciones estipulados en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Estas metodologías establecen que: (a) la actualización debe realizarse con una periodicidad bienal; (b) debe responder a los cambios en el perfil epidemiológico y la carga de enfermedad de la población, considerando la disponibilidad y el equilibrio de los recursos; (c) se requiere la aplicación de un enfoque metodológico riguroso para la definición y actualización de las tecnologías; y (d)

se debe incorporar la opinión de los distintos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Como resultado, la UPC financia con corte a marzo de 2025, el 96,41% de los Códigos Únicos de Medicamentos (CUM) aprobados en el país y el 97.30% de Procedimientos en salud que se encuentran autorizados para su realización en el territorio nacional.

Análisis Cualitativo Componente – Impacto de las inclusiones

1. Sobre la metodología y estrategias de actualización de servicios y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC.

Puntos de Convergencia Pregunta No.1

- Los diferentes delegados señalan conocer la metodología de actualización de servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC, reconociendo que es un proceso que incluye criterios de evidencia e incluso señalando diferentes estrategias utilizadas en este proceso a lo largo de los años y reconociendo al IETS como entidad Técnica en el desarrollo de Evaluaciones de Tecnologías en Salud (ETES). Sin embargo, algunos de ellos coinciden en indicar que es compleja, y que se encuentra poco difundida, tanto a nivel de resultados como de conceptualización o diseño, por tanto, solicitan mayor difusión.
- En cuanto a la participación ciudadana, varios delegados también indican que no es suficiente bien sea en oportunidad de conocer los resultados de los procesos ya que se realizan varios meses después de la actualización, o en el rol desempeñado y desean participar en otras etapas del proceso, principalmente en las de selección de tecnologías y en las instancias decisorias para inclusión.
- Adicionalmente algunos actores recomiendan que se debe contar con elementos de juicio suficientes mediante los cuales se conozca el comportamiento de las TS antes, y luego de su inclusión a la financiación con recursos de la UPC, mediante un adecuado monitoreo de TS.
- Los participantes coinciden en proponer algún criterio de selección de tecnologías adicional a los existentes, a pesar de que no se solicita en esta pregunta, por tanto, y con el fin de mantener el orden metodológico, se discutirán en la sección de la pregunta orientadora que se encarga de dicho tema.

Puntos de Divergencia Pregunta No.1

- Aunque el grupo de pacientes indica que cuando no se realizó actualización puede deberse a prudencia técnica, alerta sobre posibles rezagos frente a necesidades emergentes.
- El grupo de academia indica que observan una posible desactualización de TS incluidas, refiriéndose a avances en telemedicina, telesalud, tele apoyo, teleeducación,

consulta virtual interprofesional y robótica para cirugías cerrada, y que tampoco se encuentran incluidas tecnologías de Atención Primaria en Salud (APS). Esta observación puede estar causada por un desconocimiento del detalle técnico de la financiación, ya que explícitamente la Resolución de financiación de servicios y TS en salud con recursos de la UPC indica p.e.: Artículo 12. Telemedicina. La provisión de los servicios y tecnologías de salud contenidos en el presente acto administrativo, prestados en el país bajo la modalidad de telemedicina, se financian con recursos de la UPC.

- Adicionalmente a lo anterior, es de señalar que la Resolución 2641 de 2024 “Por la cual se establece la Clasificación Única de Procedimientos en Salud — CUPS” en su Anexo 2 lista tabular contempla los diferentes procedimientos independiente de los equipos utilizados para la realización de los mismos, por lo cual muchos procedimientos que pueden ser realizados con asistencia o robótica, es necesario precisar que la descripción de la CUPS y la cobertura se da independiente de la tecnología empleada.

2. Sobre los criterios o estrategias adicionales a los existentes y propuestos para aplicar a las nuevas actualizaciones durante el proceso de selección de tecnologías en salud candidatas a inclusión en la financiación con recursos de la UPC.

Puntos de Convergencia Pregunta No.2

- Criterios **técnico-científicos**. Varios delegados proponen como criterios adicionales a los que ya se aplican, que se prioricen TS bajo principios de racionalidad, con beneficios ajustados por carga de enfermedad, o AVAD y otros indicadores de calidad de vida, adicional a que para las posibles inclusiones se realicen ETES completas que incluyan evaluaciones de seguridad, costo/oportunidad, Costo/efectividad y costo/beneficio de forma comparativa con TS que ya se encuentra financiadas con la UPC. De igual forma se menciona por varios actores la necesidad de fortalecer al Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
- Otro criterio mencionado por los delegados consiste en que las inclusiones estén **ligadas a Guías de Práctica Clínica**, protocolos o lineamientos.
- Los delegados proponen que se tenga en cuenta la evidencia del mundo real (RWE o Real World Evidence, por sus siglas en inglés) para tener información de efectividad, seguridad y adherencia en contextos no controlados.
- Una de las sugerencias que se advierte en varios escenarios en los que participan los delegados, se enfoca en desarrollar un **monitoreo de TS** (incluyendo observatorios de la sociedad civil) tanto para aquellas que van a ingresar al país como escaneo temprano de innovaciones como para aquellas que ya se vienen reconociendo en el sistema de salud, como mecanismo post mercadeo y de fase 4 con el fin de conocer información que permita identificar resultados en salud, desigualdades en el acceso, particularmente en poblaciones rurales, grupos étnicos o con barreras geográficas, económicas o culturales y que a la vez permita evaluar la capacidad instalada y

operativa de los actores relacionados directamente con la cadena de suministro de las TS o monitorear los cambios en frecuencias y severidades para el ajuste de la UPC.

- **Criterios económicos.** Los delegados señalan la necesidad de incluir en los criterios para posible inclusión, un análisis de riesgo financiero a corto y mediano plazo que considere el volumen proyectado y la viabilidad en la práctica médica de cada TS. Indican que es necesario que todas las tecnologías a incluir tengan en su estimación del impacto presupuestal probabilidades de ocurrencia y un horizonte temporal a 3 y 5 años. De igual forma y principalmente varios actores del grupo de EPS indican la necesidad de un manual tarifario diferencial como eje de estandarización y eficiencia para garantizar la sostenibilidad financiera del sistema, modelos de pago por desempeño y Acuerdos de Acceso Administrado.
- **Criterios relacionados con principios rectores del SGSSS.** En los criterios que se enmarcan en estos principios se encuentran algunos que ya se desarrollan en el proceso de actualización como priorización por perfil epidemiológico, carga de enfermedad, morbilidad, equidad, calidad, y el acceso a nuevas tecnologías. Los delegados sugieren también el fortalecimiento de algunas TS existentes (telemedicina, salud digital, equipos portátiles de diagnóstico) y del recurso humano en salud, enfoque en medicina preventiva y Atención Primaria en Salud (APS), aceptabilidad cultural, la integralidad en la prestación de servicios, transparencia (en información y en transferencias de valor). Se reciben propuestas de incluir criterios relacionados con enfoque en eficiencia social y sanitaria.
- Por último, señalan la necesidad de que la **participación ciudadana** tenga un rol de incidencia en la toma de decisiones y que se asegure la participación tanto de pacientes como de expertos en la ETES de cada TS.

Puntos de Divergencia Pregunta No.2

- Se observa que los delegados de diferentes grupos de interés no convergen en criterios de la misma clase, sino que posiblemente por su entorno se enfocan más en algunos de orden económico, y otros en criterios de orden legal (equidad, justicia distributiva, acceso), técnico-científicos o de veedurías. Por ejemplo, se recibe la propuesta de una Comisión de priorización con veeduría ciudadana.
- Sólo uno de los delegados menciona la maduración de tecnologías específicamente como criterio de selección de candidatas para financiación con recursos de la UPC.
- Sólo una IPS menciona la necesidad priorizar tecnologías que eviten progresión de enfermedad o disminuyan carga asistencial en niveles superiores, a través de la implementación de sistema de salud propio en el caso de IPS indígenas.
- A pesar de que los delegados mencionan la necesidad de garantizar el acceso a innovaciones y posibles avances tecnológicos, uno de los actores señala que los criterios de entrada para TS diferentes a medicamentos deben ser más exigentes, ya que para medicamentos así lo son.

- Sólo uno de los delegados propone un Fondo transitorio de innovación, como Sub fondo UPC con primas de riesgo para absorber picos de tecnologías disruptivas mientras se genera evidencia local.
- A pesar de que algunos actores resaltan la necesidad de garantizar el acceso a TS, algunos miembros de los agremiados de una de las mesas técnicas mencionan que debe incluirse el umbral de costo-efectividad para Colombia como criterio de inclusión.
- Sólo uno de los miembros de un sector de delegados propone que se genere una metodología de nominación para inclusión, por parte de actores del sistema, sin embargo, en la mesa de trabajo se explica que era una estrategia de vigencias anteriores y tuvo que ajustarse porque todos los actores no la utilizaban y sólo se observaban nominaciones de un sector del mercado colombiano.
- Es interesante que uno de los delegados mencione la necesidad de fortalecer el mecanismo de exclusiones y el establecimiento de acuerdos sociales en el marco de la Ley Estatutaria en Salud, como uno de los criterios para garantizar el acceso a TS financiadas con recursos de la UPC.

3. Incidencia de la gestión del riesgo como modulador de posibles excesos en el uso de los servicios y tecnologías en salud de reciente inclusión.

Puntos de Convergencia Pregunta No.3

- **Acceso e integralidad.** Los delegados indican que el aumento de frecuencias puede ser causado por un mayor porcentaje de cobertura e intensificación de su uso, sin embargo, agregan que, en este contexto, la implementación de rutas integrales de atención funge como modulador de posibles excesos en la prestación de Servicios y tecnologías financiados con recursos de la UPC, disminuyendo por ejemplo el tránsito innecesario a niveles de prestación más complejos.
- **Gestión de uso - Monitoreo de TS.** Los delegados convergen en señalar al monitoreo de TS como uno de los factores clave en la gestión de riesgo como modulador de posibles excesos.
- **Gestión de información.** Persisten desafíos importantes en:
 - la integración de los datos clínicos
 - en la información de transferencias de valor que mencionan no se ha implementado desde 2018 pese a que existe un acto normativo que así lo obliga y en la transparencia de la información con la que se interpretan los usos de una TS.
- **Gestión del conocimiento e intersectorialidad.** Los delegados señalan criterios que han permitido según su experiencia obtener beneficios para evitar el uso inapropiado de TS, entre ellos: Guías y protocolos basados en evidencia, educación médica continuada, acuerdos entre aseguradores, prestadores e industria farmacéutica, basados en resultados; pertinencia médica soportada con evidencia en

GPC. Es importante también la mención del acompañamiento y capacitación a la red prestadora y el compromiso entre todos los actores en la modulación del riesgo, sin embargo, esta mención la hacen más como desafío que como realidad.

- Varios delegados coinciden en que los **modelos predictivos y de analítica avanzada** son útiles para anticipar posibles desviaciones de las proyecciones, sin embargo, también coinciden en que hace falta socialización con los actores sobre la metodología del Análisis de Impacto Presupuestal. También recomiendan que el horizonte temporal se amplíe a 5 años por lo menos y que se hagan públicos los resultados del seguimiento a las inclusiones de vigencias anteriores. A pesar de lo anterior, la mayoría de las observaciones se enfocan en el cálculo de la UPC, dejando de lado que los actores también deben realizar sus propios modelos y proyecciones para monitorear y asegurar el correcto uso de las TS.
- En cuanto a los **modelos de contratación**, mencionan que son de utilidad aquellos que no están enfocados al evento sino al pago por desempeño o resultados e incentivos diferenciales por territorios y metas progresivas. También agregan que los acuerdos de Riesgo compartido y basados en notas técnicas, han servido como modulador.
- Por último, uno de los delegados revisa el concepto de “**modulación del uso**”, ya que lo que en su criterio debe analizarse es la calidad de la gestión clínica, la oportunidad del acceso y la pertinencia terapéutica, más que el volumen per se.

Puntos de Divergencia Pregunta No.3

- Gestión de uso - Monitoreo de TS. Un punto importante de divergencia ya que algunos delegados relacionan la gestión del riesgo con el control del uso que podrían denominar como “inapropiado” mediante la segmentación poblacional por perfil de riesgo, auditorías concurrentes, juntas médicas, observatorios de TS, o algunos procesos de “uso condicionado” a la existencia de guías o protocolos. También se encuentran observaciones sobre el efecto que los instrumentos de gestión implícitos en UPC tienen sobre la mitigación del efecto en severidad. Otros delegados indican que esta gestión del riesgo se concentra erróneamente en ocasiones en el evento y no en la integralidad de la prestación. Otros delegados señalan que mayor uso no significa uso inapropiado puede ser un reflejo de la carga real de enfermedad y de una mejora en el acceso y que la gestión del riesgo se ha enfocado en el control del gasto.
- Gestión del conocimiento e intersectorialidad. En este aspecto algunos delegados lo señalan como un desafío importante ya que hace falta el diseño de incentivos alineados a resultados.
- Uno de los actores indica que se ha presentado una caída del costo unitario entre el 18% y 52%, lo que contradice las menciones de otros actores frente al aumento en

frecuencia y severidad. También indica que el ritmo de sobre ejecución del gasto ha descendido (de +151 % a +12 % entre 2019 y 2022).

- Unas pocas observaciones de algunos delegados generan interés especial ya que, por ejemplo, recomiendan establecer un ranking de resultados en salud de costo/beneficio para evitar que los criterios comerciales prevalezcan. Esto sirve para analizar si la socialización de los diferentes informes de Posicionamiento Terapéutico ha sido suficiente por parte del Minsalud ya que se realizan bajo criterios de ETES teniendo en cuenta evidencia de efectividad, seguridad, evaluaciones económicas y criterio de los profesionales expertos en nuestro país.

Otra observación señala que el modelo de financiación no favorece la gestión del riesgo ya que no se incluyen TS de salud pública, lo que también hace reflexionar si la socialización de TS financiadas ha sido suficiente porque la observación no es precisa y la UPC financia una gran cantidad de este tipo de tecnologías.

4. Sobre la financiación de Tecnologías en Salud que demuestren su valor terapéutico y la financiación de tecnologías de dudosa utilidad terapéutica.

Puntos de Convergencia Pregunta No.4

- **Evaluaciones de Tecnologías en Salud.** Los delegados coinciden en recomendar que se debe fortalecer la Evaluación de Tecnologías en Salud, incorporando no solo eficacia clínica, sino también costo-efectividad, impacto en equidad, impacto en la morbilidad y la mortalidad, incluir evidencia del mundo real, validez práctica en contexto rural e interculturalidad por lo que indican se requiere el fortalecimiento de las capacidades operativas del IETS. Algunos delegados señalan que los criterios descritos en el artículo 15 de la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015, deben ser comparativos en cuanto a eficacia, efectividad y seguridad, frente a alternativas disponibles en el país y que se debe evaluar la sostenibilidad del sistema. También resaltan la importancia de la interoperabilidad de los sistemas de información para disponer de evidencia con resultados clínicos reales.
- **Puerta de entrada.** También resaltan la importancia del mecanismo de puerta de entrada para TS al país, que evalúe condiciones de oferta y capacidad instalada y que se incluyan análisis sobre la autonomía médica frente a la utilidad terapéutica y evidencia de centros de excelencia.
- **Gestión de conocimiento.** Los delegados coinciden en fortalecer el ecosistema de conocimientos, impulsando alianzas entre academia, centros de excelencia, otros países y gobierno, para crear clústeres de innovación y transferencia, reforzar la implementación de Guías de manejo y protocolos como herramientas que orienten la correcta prescripción y capacitando a los actores locales para su correcto uso.
- **Gestión de uso - Monitoreo de TS.** Los delegados resaltan la necesidad de fortalecer el sistema de información desarrollando herramientas como los Informes

de Posicionamiento Terapéutico, mayor inspección y control al posible uso incorrecto de TS mediante la implementación de un observatorio público mediante el cual se analice el valor terapéutico incremental y las tendencias en el uso de TS y se sensibilice a los actores en los resultados de este. De igual forma insisten en solucionar los problemas en implementación de diseño, adopción e implementación de Guías de práctica médica y protocolos clínicos.

- **Metodología de cálculo de UPC.** Algunos actores indican que la inclusión de TS a la financiación con recursos de la UPC, debe realizarse acorde a la disponibilidad de recursos y al comportamiento de determinantes, variables y elementos fundamentales como: frecuencia de uso, severidad, la siniestralidad y el perfil epidemiológico en las diferentes regiones y determinantes sociales, intermedios y estructurales.
- **Modelos de contratación.** Entre las estrategias presentadas por los delegados se encuentran convergencias en modelos que incluyen la auditoría como juntas médicas para optimizar la pertinencia médica en la prescripción, desarrollar Acuerdos de Acceso Administrado basados en resultados, fortalecer el proceso de compra centralizada y en el control de precios.
- **Participación ciudadana.** Los intervinientes en el proceso de mesas técnicas sugieren que se deben socializar los resultados de las ETES con la rama judicial para que se puedan establecer límites de forma racional. También requieren mayor participación ciudadana y de expertos en el proceso de toma de decisiones lo que pone de manifiesto nuevamente que se debe fortalecer la socialización de metodologías de los procesos de ETES tanto de inclusión como de exclusión, ya que estos actores si intervienen en el proceso, pero podría analizarse y mejorarse su nivel y rol de participación si así se requiere.
- **Proceso de exclusión - Ley estatutaria.** Existe convergencia en la necesidad de fortalecer el proceso mediante la socialización y el trabajo mancomunado que debe realizarse con todos los actores y en especial con el poder judicial para que sus decisiones estén alineadas a la evidencia recopilada en el proceso de exclusiones y avanzar en mecanismos que apoyen técnicamente estas decisiones judiciales. Uno de los delegados solicita que se discuta de forma urgente y estructurada sobre los servicios sociosanitarios complementarios, especialmente aquellos requeridos por pacientes en condiciones de alta vulnerabilidad, ya que informan que existe ambigüedad en su financiación y esto genera múltiples interpretaciones traducidas en barreras de acceso. Algunos delegados sugieren incluir criterios en el proceso, adicionales a los que ya existen: contexto social, ciclo de vida de las TS, principios de solidaridad, equidad y justicia distributiva.
- **Puerta de entrada de nuevas TS.** En cuanto a esta categoría, los delegados coinciden en que se deben avanzar en este proceso.

Puntos de Divergencia Pregunta No.4

- Uno de los delegados recomienda que la evidencia científica en las ETES de exclusiones no se centre en la información aportada por las empresas farmacéuticas o por las empresas productoras de tecnología, sino que debe incluir fundamentalmente las evaluaciones hechas por las instituciones académicas nacionales e internacionales, utilizando metodologías como el metaanálisis. Esta observación sirve como reflexión al proceso de Exclusiones que lidera Minsalud ya que posiblemente se deba reforzar la socialización de metodologías, porque la metodología de ETES no se basa exclusivamente en la información de laboratorios, sino que se realiza a través de revisiones sistemáticas de literatura que abarcan un amplio conjunto de evidencia y que incluyen según esté disponible, Estudios clínicos Aleatorizados y metaanálisis.
- Proceso de exclusión-Ley estatutaria. En esta categoría se encuentran divergencias en lo expresado por los delegados, ya que algunos consideran que los criterios establecidos por la ley estatutaria en salud en cuanto a las exclusiones de TS del sistema, son correctos, sin embargo, algunos actores indican que se debe realizar un seguimiento post mercadeo para evaluar su “poca eficacia y seguridad” aunque la ley indica que “no tengan evidencia de eficacia o efectividad clínica”.

5. Sobre las limitantes para: desarrollar un monitoreo de tecnologías en salud en tiempo real, que apoye la estimación de proyecciones para inclusiones en futuras vigencias y el cálculo de la UPC.

Puntos de Convergencia Pregunta No.5

- **Gestión de Tecnologías de información.** Algunos actores del sistema coinciden en afirmar que se requieren estándares de información y de reporte que permitan la correcta medición de los fenómenos a estudiar y que actualmente esos estándares son inexactos, no permiten identificar factores como la adherencia a tratamientos y la dispensación efectiva, sin embargo en este último factor, es necesario indicar que el reporte de prestaciones financiadas con recursos de la UPC que solicita el Minsalud, se realiza basado en la entrega efectiva que se realiza a cada paciente. Señalan también falta de oportunidad en los reportes, transparencia de datos y ausencia de cultura organizacional centrada en la estandarización de formas de análisis de información y gestión de datos. Adicionalmente reconocen que existen desigualdades en las capacidades tecnológicas de diferentes actores del sistema de salud y que se requiere una herramienta única de información en salud.

Una propuesta interesante es que, por un determinado periodo, las inclusiones se prescriban a través de un módulo adicional o diferenciado que permita realizar un seguimiento más detallado.

- **Gestión del recurso financiero.** Los delegados señalan que hay debilidades tanto en el recurso financiero necesario para un proyecto de esta clase.
- **Gestión del conocimiento.** Mencionan en las mesas de trabajo que existen debilidades en la capacidad del talento humano, En la unidad de criterios académicos expresada como la adherencia guías y protocolos, y que la falta de continuidad del talento humano también es un limitante identificado.
- **Intersectorialidad.** Los delegados identifican que dentro de los limitantes del proceso de monitoreo se identifica el cumplimiento de responsabilidades individuales de los diferentes actores del sistema y de la corresponsabilidad del paciente y su familia. En este aspecto también se realiza una autocrítica al escaso aporte realizado desde algunos actores para propuestas concretas de metodologías que apoyen el proceso de monitoreo.

Puntos de Divergencia Pregunta No.5

- **Gestión de uso - Monitoreo de TS.** Aunque los delegados convergen en la necesidad de un observatorio de TS que incluya diferentes sectores del sistema de salud como pacientes y expertos uno de los delegados hace la reflexión sobre si la periodicidad que se requiere es en tiempo real, o puede ser semanal o mensual.

6. Sobre los puntos críticos de control que deben aplicar las entidades obligadas a reportar para asegurar la calidad de la información suministrada.

Puntos de Convergencia Pregunta No.6

- **Autogestión de procesos.** Varios delegados coinciden en que se deben realizar análisis y validaciones previas al reporte de información, para garantizar su trazabilidad, coincidencia y veracidad y el cumplimiento de la ley que exige la información bajo estos estándares de calidad, transparencia y oportunidad, soportado en la disponibilidad de recursos financieros y de recurso humano que permitan la integración de varios sectores del sistema de salud en la validación de la información.
- **Gestión de uso - Monitoreo de TS.** Los delegados coinciden en la necesidad de avanzar en un sistema de seguimiento permanente de TS que permita analizar la información, entender los fenómenos, socializar sus resultados, y tomar decisiones.

- **Gestión de Tecnologías de información.** Señalan la necesidad de fortalecer la capacidad tecnológica de los generadores de información la interoperabilidad de los sistemas de información.

Puntos de Divergencia Pregunta No.6

- **Autogestión de procesos.** Aunque algunos delegados señalan que los actores deben realizar cada proceso de verificación internamente, tales como análisis actuariales, otros indican que el proceso se debe centrar en el binomio con el actor que genera el dato y el que lo reporta a Minsalud, y algunos señalan al Ministerio como responsable. En este punto se considera que las todas las posiciones son válidas y necesarias ya que, aunque el Minsalud concentre los datos, estos deben haber pasado por todos los procesos de calidad y verificación que permitan asegurar su calidad desde la fuente generadora como la que consolida y reporta.
- **Gestión de recurso humano.** Merece especial interés que sólo uno de los delegados haya mencionado el Compromiso que se requiere por parte del personal de salud, como parte fundamental del proceso de captura, validación, análisis y reporte de datos.

7. Sobre los aportes de los actores al estudio y análisis de impacto presupuestal (AIP) de nuevas tecnologías en salud.

Puntos de Convergencia Pregunta No.7

- **Transparencia de información.** Los delegados señalan la necesidad de desarrollar y publicar los manuales, instructivos, mapas de riesgo, indicadores, entre otros, desde Minsalud y a nivel de otros actores del sistema publicar datos de poblaciones o de mercado según se requieran para el Análisis de Impacto presupuestal, que permitan gestionar eficientemente los riesgos ligados a las inclusiones de TS a la financiación con recursos de la UPC.
- **Gestión de Tecnologías de información.** Los delegados coinciden en que bajo la rectoría del Minsalud se desarrolle la infraestructura necesaria para la gestión integral de riesgos. Algunos agregan que se deben estandarizar las fuentes de datos.
- **Participación ciudadana.** Los delegados sugieren fortalecer la participación ciudadana no sólo incluyendo a expertos y pacientes en procesos de formulación, sino en aquellos decisorios e incluyendo propuestas metodológicas de otros sectores en el diseño del proceso.

Puntos de Divergencia Pregunta No.7

- **Evaluaciones de Tecnologías en Salud (ETES).** Aunque algunos delegados en sus sugerencias y aportes presentan la necesidad de fortalecimiento del IETS, y que el AIP se acompañe de ETES de efectividad y seguridad comparativas frente a las alternativas disponibles en el país, otros indican que evaluaciones propias de cada EPS sirven a este fin. Se considera que tanto los aportes de las EPS como de otros sectores del sistema son de extremo valor y que debe ser el IETS quien según se solicite, se encargue de la recolección y análisis de ellos y posterior recomendación al Minsalud.

Análisis Cuantitativo Componente – Impacto de las Inclusiones

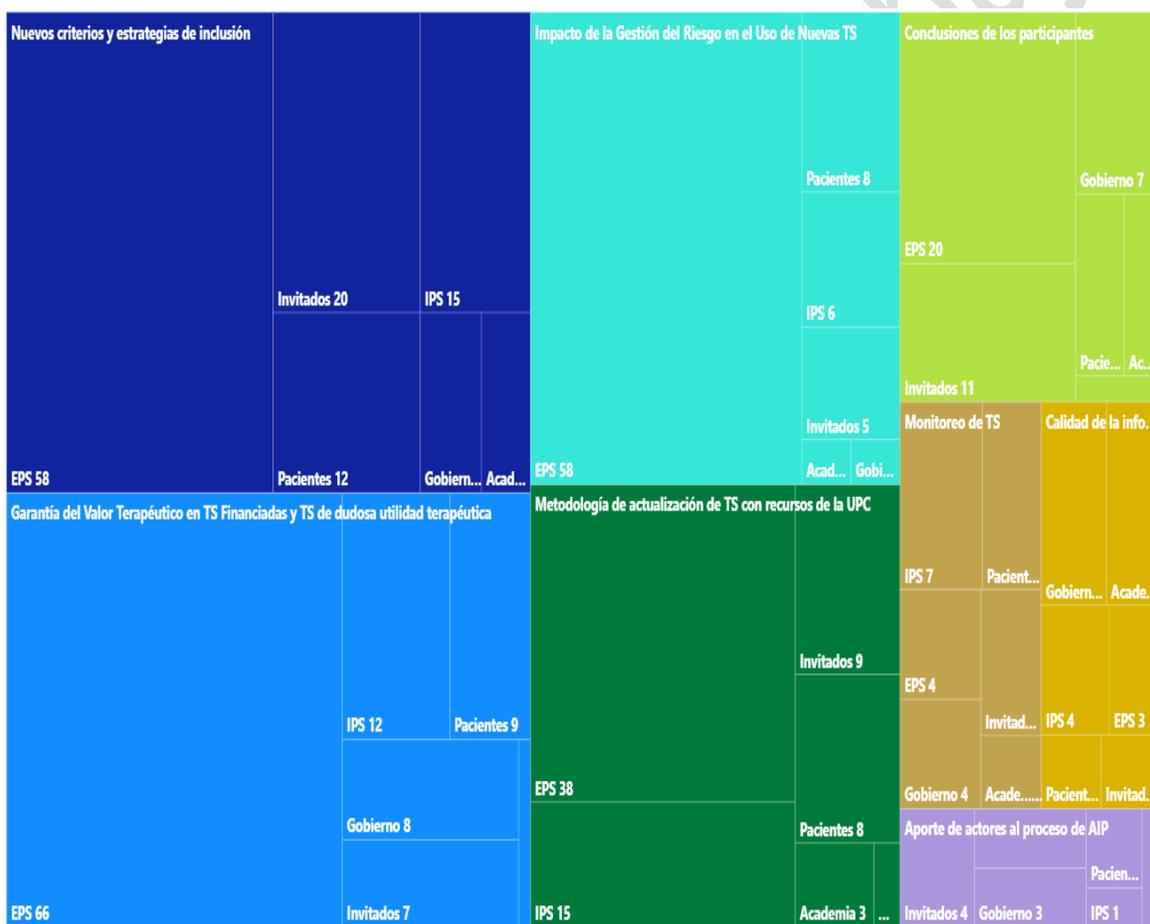
En el análisis cuantitativo, se tienen en cuenta de forma global, todas las observaciones y propuestas presentadas por los delegados, tanto de manera presencial en las mesas de trabajo UPC como recibidas a través de documentos remitidos como complemento por cada grupo de delegados. Estos datos fueron transcritos y sometidos a un proceso de codificación abierta, axial y selectiva, identificando y definiendo categorías relevantes para el análisis del tema.

A partir de las categorías y códigos emergentes, se procedió a cuantificar la frecuencia de aparición de cada código o categoría dentro del corpus de datos y el bloque metodológico. Esto permitió transformar información cualitativa en datos numéricos, facilitando una visión más objetiva y sistemática del fenómeno. Luego, con las frecuencias y distribuciones obtenidas, se realizaron análisis estadísticos descriptivos (por ejemplo, conteos, porcentajes, tablas de frecuencia) para identificar patrones, tendencias y predominancia de ciertos temas o conceptos.

Finalmente, se integraron bajo una interpretación integrada los resultados cuantificados en conjunto con el contenido cualitativo original, enriqueciendo la comprensión del fenómeno mediante un enfoque mixto que combina la profundidad interpretativa cualitativa con la objetividad del análisis cuantitativo.

- Las palabras más frecuentes en la codificación abierta y las categorías temáticas obtenidas a partir de los aportes de los delegados fueron:
- TS (242); gestión (194); criterio (112); UPC (97); metodología (97); monitoreo (94); criterios (91); inclusión (83); recursos (79); actualización (79);
- Esta distribución confirma que las propuestas y codificaciones desarrolladas guardaron
- relación con el tema central de la mesa de trabajo.

Ilustración 4: Composición temas clave - número de observaciones-delegado



Fuente: Creación de los autores a partir de las mesas de trabajo UPC, sesión 5 Inclusiones.

Tabla 7: Distribución Temas Clave - actor

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

Se graficó el número de aportes por tema clave relacionado con cada una de las preguntas y bloques metodológicos, según cada delegado participante en la mesa, con el fin de visualizar el volumen de información recibida y analizada, aclarando que el número total por delegado no se relaciona con la relevancia del aporte ya que se puede encontrar u sólo aporte, pero de una gran importancia para el proceso. Se observa que la mayor proporción de aportes se identificaron para el tema de nuevos criterios y estrategias de inclusión, seguido de aportes al tema de Garantía del Valor Terapéutico en TS Financiadas y TS de dudosa utilidad terapéutica e Impacto de la Gestión del Riesgo en el Uso de Nuevas TS. Estas proporciones confirman que los temas desarrollados en la mesa tienen íntima relación con el tópico principal analizado que era las inclusiones de TS a la financiación con recursos de la UPC.

Recomendaciones derivadas de los aportes de los participantes de la Mesa Técnica

Algunas propuestas prospectivas presentadas por los diferentes grupos participantes:

- Grupo ACADEMIA: Manifiestan su disposición a acompañar, apoyar y asesorar por medio de consultorías y/o mesas de trabajo, guías de práctica clínica, los procesos que requiera el Minsalud.

- Grupo EPS: Sugieren establecer un periodo técnico de maduración entre 3 y 5 años de las inclusiones para entender sus efectos (tanto en consumo como presupuestales).
- GOBIERNO: Insisten en la necesidad de articular al proceso de inclusiones: - Guías de práctica clínica y niveles de evidencia. - Posicionamientos terapéuticos.
- INVITADOS: Proponen crear una “jurisdicción de la salud” para apoyar y mejorar las decisiones judiciales en evidencia científica.
- PACIENTES: Resaltan la necesidad urgente de poner en funcionamiento el observatorio del impacto de inclusiones con participación de sociedad civil y actores. En particular, hacen un llamado a Ministerio de Salud y Protección Social de presentar el análisis de las inclusiones de 2022.

Implicaciones futuras expuestas para el componente de inclusiones:

- Avanzar en mecanismos de contratación y reconocimiento como los pagos por desempeño y resultados y en la compra centralizada de algunas tecnologías.
- Difundir en mayor medida la metodología de inclusiones de TS en la financiación con recursos de la UPC e incluir otros criterios propuestos por diferentes sectores del sistema de salud.
- Robustecer y socializar en mayor medida el mecanismo de exclusiones, incluyendo al poder judicial.
- Garantizar la participación de los actores en diferentes roles según lo permita la ley.
- Validar si el análisis correlativo del tránsito de tecnologías de PMAX a UPC muestra que los instrumentos de gestión implícitos en UPC mitigan el efecto en severidad.

Integración de Resultados

- Proceso de selección de tecnologías para inclusión en la financiación con recursos de la UPC.

Los participantes de diferentes sectores del sistema de salud manifestaron conocer este proceso y las metodologías y estrategias que se han utilizado a lo largo de diferentes vigencias. Reconocen que es un proceso complejo que requiere una mayor socialización y realizan algunas propuestas de criterios que consideran pueden enriquecer el análisis y garantizar que las TS seleccionadas y presentadas para inclusión correspondan a necesidades de la población en cuanto a carga de enfermedad, perfil epidemiológico y sostenibilidad financiera del sistema.

- Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES).

Se presenta una reiteración de los actores en sistema de salud en el sentido de fortalecer el proceso de ETES tanto para el proceso de selección de TS para inclusión como para exclusión, ratificando que la ETES debe incluir criterios de efectividad, eficacia y seguridad comparativas con las mejores alternativas disponibles en el mercado colombiano y que se deben incluir criterios de evaluación económica para asegurar la sostenibilidad del sistema de salud. Proponen horizontes temporales más amplios en los que mediante modelos prospectivos se calcule lo más detallado posible

el efecto en severidad y frecuencias de las inclusiones realizadas en cada vigencia y el comportamiento de la financiación en general. Este tema va ligado al fortalecimiento de las capacidades operativas y de recurso humano del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.

- Tecnologías de bajo valor terapéutico o dudosa utilidad

Se concluye que debe realizarse una revisión rigurosa de nuevas tecnologías y definición de criterios de entrada más estrictos ya que incluir TS de dudosa utilidad terapéutica no sólo pueden constituirse como una sobrecarga del sistema a nivel financiero sino que al ser TS poco evaluadas o de bajo valor o impacto para el sistema de salud tienen un costo de oportunidad negativo para el beneficio esperado en los resultados en salud de la población colombiana, porque destinar recursos para estas TS implica que no se puedan destinar a otras TS de mayor valor terapéutico y mejores resultados en salud según el perfil epidemiológico de la población colombiana. La propuesta clave se enfoca en fortalecer mecanismos de priorización y evaluación antes de su inclusión o de su exclusión, solicitando de ser necesario el ajuste de la normatividad.

- Monitoreo de TS.

Queda claro que es necesaria y urgente la implementación de un monitoreo permanente y nacional de las tendencias de las TS que cuente con la participación de diferentes actores del sistema de salud. Este monitoreo no sólo debe enfocarse en un análisis retrospectivo de la información de uso de TS en el sistema, sino que debe permitir desarrollar modelos prospectivos que permitan establecer sistemas de alerta temprana para identificar sobreuso, ineficiencia o desactualización de tecnologías.

- Apoyo a decisiones judiciales

Es necesario fortalecer el apoyo técnico a las decisiones judiciales, promoviendo evidencia y criterios técnicos a la vez que una socialización más rigurosa con el poder judicial para la toma informada de decisiones.

- Metodología de cálculo UPC y modelos de reconocimiento

Adicional a la necesidad de asegurar la calidad de la información reportada, en la que deben responsabilizarse desde el generador hasta quien la consolida, es necesario avanzar en modelos de cálculos de impacto presupuestal de las futuras inclusiones que se realicen en la financiación con recursos de la UPC y analizar la viabilidad de mecanismos de reconocimiento ex post.

Análisis Cuantitativo Componente - Inclusiones

En cuanto a la selección y posterior inclusión de servicios y tecnologías en salud que se han realizado para las vigencias 2021 a 2025, se puede observar la evolución de la financiación con recursos de la UPC, así:

- **MEDICAMENTOS**

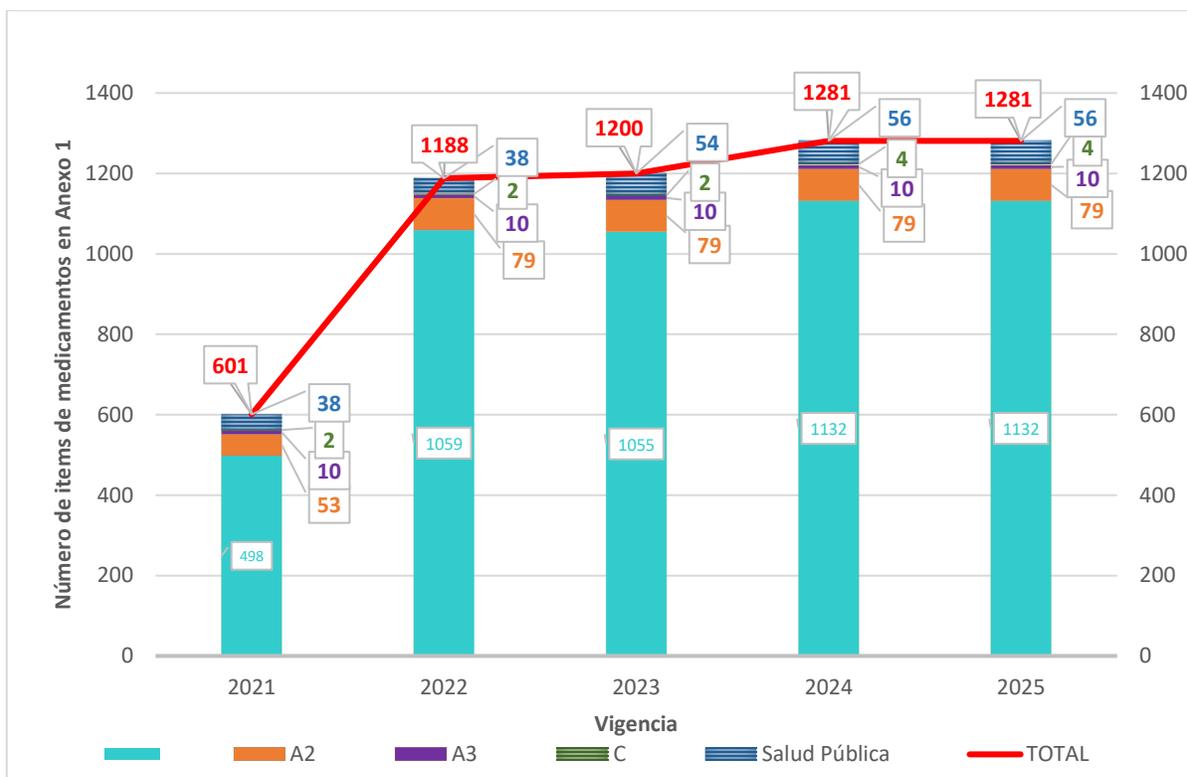
Tabla 8: Evolución financiación medicamentos con recursos de la UPC (2021 – 2025)

RESOLUCIÓN FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC										
SECCIÓN	NOMBRE DE LA SECCIÓN	Ítems R. 2481 de 2020 VIGENCIA 2021	Comentarios a la financiación para la vigencia 2021	Ítems R. 2292 de 2021 VIGENCIA 2022	Comentarios a la financiación para la vigencia 2022	Ítems R. 2808 de 2022 VIGENCIA 2023	Comentarios a la financiación para la vigencia 2023	Ítems R. 2366 de 2023 VIGENCIA 2024	Comentarios a la financiación para la vigencia 2024	Ítems R. 2718 de 2024 VIGENCIA 2025
SECCIÓN A1	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC POR MEDICAMENTO	498	Se incluyen 36 ítems en el Anexo 1 - listado de medicamentos, sección A1	1059	Se incluyen 561 ítems en el Anexo 1 - listado de medicamentos, sección A1	1055	No se excluyeron los 4 medicamentos de diferencia entre 2023 y 2022 sino que se trasladaron a nuevo anexo de salud pública porque se usan sólo en estos programas. Se incluye financiación condicionada para preparaciones magistrales a base de derivados de cannabis	1132	Se incluyen 77 ítems en el Anexo 1 - listado de medicamentos, sección A1, que corresponden a 121 grupos relevantes	1132
SECCIÓN A2	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS POR SUBGRUPOS DE REFERENCIA.	53	Se incluyen 18 subgrupos de referencia en el Anexo 1 - listado de medicamentos, sección A2	79	Se incluyen 26 subgrupos de referencia en el Anexo 1 - listado de medicamentos, sección A2	79	Se mantienen igual a 2022	79	Se mantienen igual a 2022	79
SECCIÓN A3	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA MEDICAMENTOS CON CRITERIO ESPECÍFICO.	10	Se mantienen igual a 2020	10	Se mantienen igual a 2021	10	Se mantienen igual a 2022	10	Se mantienen igual a 2022	10
SECCIÓN C	FINANCIACIÓN CON RECURSOS DE LA UPC PARA OTROS PRODUCTOS.	2	Se mantienen igual a 2020	2	Se mantienen igual a 2021	2	Se mantienen igual a 2022, pero se renombra como sección B	4	Se incluyen la Fórmula Terapéutica lista para consumir para niños y los Alimentos con Propósitos Médicos Especiales en el ámbito hospitalario (23 grupos relevantes)	4
TOTAL		563		1150		1146		1225		1225
SECCIÓN B	MEDICAMENTOS PARA PROGRAMAS ESPECIALES EN SALUD PÚBLICA. (Los entrega directamente Minsalud)	38	Se mantienen igual a 2020	38	Se mantienen igual a 2020	54	Se crea nuevo anexo 4, específico para salud pública con 54 ítems y se elimina la sección B del Anexo 1.	56	Se incluyen 2 ítems para salud pública que entrega directamente el Minsalud	56
TOTAL		38		38		54		56		56

Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC desde 2021 a 2025.

El proceso de selección de tecnologías en salud ha permitido presentar propuestas de actualización que han aumentado la financiación de tecnologías en salud en el lapso de 2021 a 2025, ofreciendo un mayor abanico terapéutico a prescriptores y pacientes, para la atención en salud. La tabla 8 se visualiza de mejor forma, mediante la gráfica 6:

Gráfico 6: Evolución financiación por sección/ítem del (anexo 1) y SP (anexo 4)



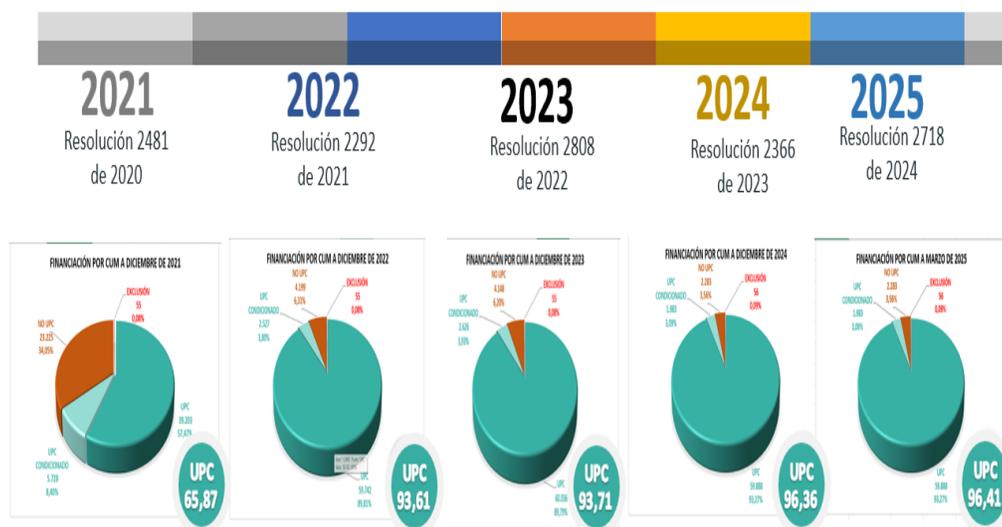
Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC desde 2021 a 2025

En la gráfica se puede observar que el crecimiento de la financiación por ítems fue del 113,14% entre 2021 (601) y 2025 (1281). En los últimos años se ha mantenido estable la inclusión teniendo en cuenta que el porcentaje de financiación frente a los medicamentos disponibles en el país es muy alto (más del 96% desde 2024).

En cuanto a la distribución por secciones del anexo se observa que la sección A1 (mayoritaria) representa entre el 82,86% (2021) y 88,37% (2025) frente al total.

La expansión más alta ocurrió entre 2021 y 2022, teniendo en cuenta la diferencia que había entre la financiación con recursos de la UPC que en 2021 era cercana a 65,87% del mercado farmacéutico en el país. A partir de 2023, la cantidad total de ítems financiados se estabiliza, lo cual sugiere como se dijo anteriormente agotamiento del listado del mercado farmacéutico. Por otra parte, en cuanto a las TS seleccionadas y que posteriormente han sido incluidas en el lapso 2021 a 2025, se observa en la ilustración 5, un crecimiento sostenido en el número de ítems de medicamentos que ingresaron a la financiación con recursos de la UPC,

Ilustración 6: Financiación de medicamentos con recursos de la UPC (2021-2025)



Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC desde 2021 a 2025 e información de Códigos Únicos de Medicamento INVIMA.

Por último, es necesario resaltar tal como se observa en la ilustración 6, que la selección de tecnologías y su posterior inclusión ha permitido que en un lapso relativamente corto se avance en los mandatos de la Honorable Corte Constitucional, en el sentido de aumentar progresivamente la financiación de TS con recursos de la UPC, de un 65.87 % en 2021 al 96.41% actual de medicamentos financiados del total de disponibles en el país, ofreciendo a los afiliados mayores y mejores opciones para el tratamiento farmacológico de sus patologías.

- **PROCEDIMIENTOS.**

En cuanto a procedimientos, Aunque la financiación con recursos de la UPC en 2021 ya rondaba el 90% del total de la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) que es el listado que organiza y clasifica todos los procedimientos médicos, quirúrgicos, odontológicos, terapéuticos, diagnósticos y de apoyo que se realizan en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) del país, durante los años del lapso comprendido entre 2021 y 2025 se ha continuado avanzando, tal como muestra la tabla 9:

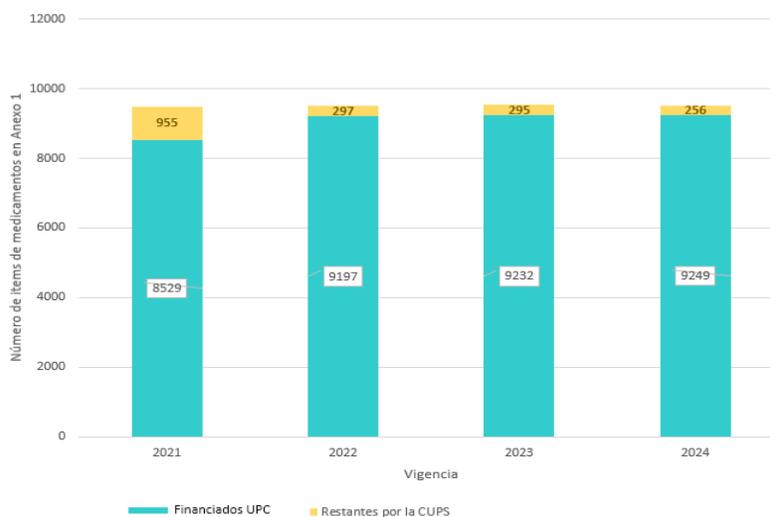
Tabla 9: Financiación de procedimientos con recursos de la UPC (2021 - 2024)

	2021		2022		2023		2024	
Financiado con UPC	8.529	89,93%	9.197	96,87%	9.232	96,90%	9.249	97,30%
Financiado Presupuestos Máximos	937	9,88%	275	2,89%	274	2,88%	235	2,47%
Exclusiones	14	0,15%	18	0,19%	18	0,03%	18	0,03%
Recobro ADRES	4	0,04%	4	0,04%	3	0,19%	3	0,19%
ACTUALIZACIÓN UPC	22	0,26% CUPS UPC	654	7,11% CUPS UPC	0	0,00% CUPS UPC	46	0,50% CUPS UPC
	9.484	100%	9.494	100%	9.527	100%	9.505	100%

Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC desde 2021 a 2024

En la figura 5 se puede observar claramente la amplia financiación con recursos de la UPC de la que pueden disfrutar los afiliados al SGSSS desde 2021.

Gráfico 7: Financiación de procedimientos frente a la CUPS – (2021 - 2024)



Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y Clasificación Única de Procedimientos en Salud desde 2021 a 2024.

Ilustración 7: Inclusiones de procedimientos con recursos de la UPC (2021-2024)



Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y Clasificación Única de Procedimientos en Salud desde 2021 a 2024.

En la ilustración 7 se observa la cantidad de TS incluidas como procedimientos en cada una de las vigencias, teniendo la mayor expansión de esta financiación en la vigencia de 2022, lo que disminuyó el universo de posibles TS para inclusión en años posteriores, fomentando de esta forma, mayor acceso a estas TS para los afiliados y prescriptores.

Al igual que medicamentos, los procedimientos incluidos en la financiación con recursos de la UPC, se relacionan con un amplio abanico de indicaciones tal como se muestra en la ilustración 8:

Ilustración 8: Inclusiones de procedimientos con recursos de la UPC (2021-2024)



Fuente: creación propia a partir de actos administrativos que definen los servicios y tecnologías en salud financiados con recursos de la UPC y Clasificación Única de Procedimientos en Salud desde 2021 a 2024.

- **IMPACTO DE LAS INCLUSIONES.**

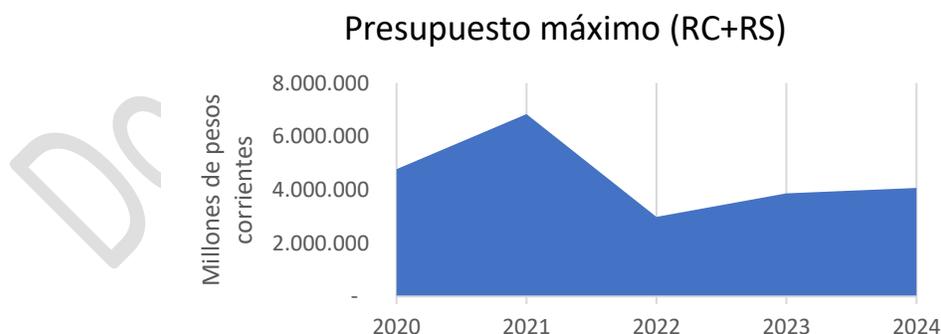
De manera histórica, posterior al cálculo de la indicación para cada vigencia, este Ministerio emite un acto administrativo en donde se discrimina el valor por régimen que aplica para el financiamiento de los servicios y tecnologías que se venían prestando y el que corresponde para la actualización o inclusiones de servicios y tecnologías en la nueva vigencia.

En el año 2020 y 2023, no se realiza actualización razón por la cual el incremento para estos periodos solo aplica para los servicios y tecnologías que se venían prestando, según como se indicó en la Circular 44 de 2019 y Circular 54 de 2022, respectivamente.

Para las vigencias 2021, 2022 y 2024 se detalla el valor del incremento para la prestación de servicios o tecnologías que son incluidas con esta fuente de financiamiento descrito en la Circular 53 de 2020, Circular 62 de 2021 y Resolución 2364 de 2023. La mayor inclusión de tecnologías se realizó para el año 2022, en la Circular 62 de 2021 se detalla que el incremento para el régimen contributivo fue de 18.15 asignando un 12.73 para actualización y para el régimen subsidiado fue de 10.48 y por concepto de inclusiones el 4.25. Estos valores son soportados en el estudio publicado durante la vigencia, el cual concluye que a pesar no presentar la desagregación por tecnologías se asegura la suficiencia de la UPC asignada.

En términos de la inclusión de servicios y tecnologías realizada para la vigencia del 2022, en la gráfica 8 se analiza el cambio de los costos reportados en la plataforma MIPRES, en donde se dispone la información con la cual se realiza el cálculo del presupuesto máximo por régimen, en la gráfica se observa la caída de la tendencia para el año 2022 de manera considerable y, posterior a esta fecha la tendencia cambia a ser constante en comparación con la tendencia que se observa entre el año 2020 y 2021.

Gráfico 8: Cambio de costos reportados en MIPRES periodo (2020 – 2024)



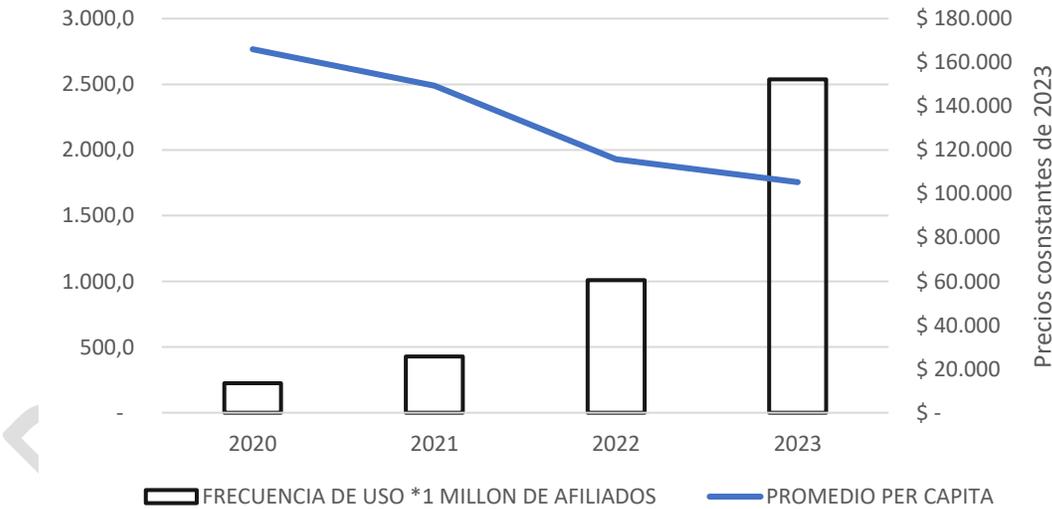
Fuente: Base MIPRES suministros años 2020 a 2024. Año 2020 Corte 31 de marzo 2021. Año 2021 Corte 31 de marzo 2022. Año 2022 Corte 31 de marzo 2023. Año 2023 Corte 31 de marzo 2024. Año 2024 Corte 13 de enero de 2025. Presupuesto máximo inicio en marzo de 2020 la fuente de reconocimiento anterior era recobros.

El valor reconocido por la inclusión en la UPC para el año 2022 teniendo en cuenta el efecto de ajustadores de zona, grupo etario, IBNR e inflación de dos periodos fue de 4,65 billones, mientras que el costo total reportado por las EPS correspondientes a la prestación de las tecnologías de la inclusión y que además completa los procesos de la calidad fue de 4,49 billones, lo que corresponde a una diferencia de 155 mil millones de pesos, lo que equivale al 0,25% de toda la UPC girada por la ADRES en 2022.

Finalmente, se analiza el reporte para las tecnologías incluidas durante el año 2022, el análisis se presenta en relación con el comportamiento entre el promedio per cápita (precios constantes 2023) y la frecuencia de uso por cada millón de afiliados, estos análisis incluyen el reporte de prestación para el año 2023, sin embargo, se debe tener precaución debido a lo descrito en la Resolución 2717 de 2024.

En la gráfica 9 se observa el CUPS 903065 el cual corresponde a Pro-Péptido Atrial Natriurético [Pro-Bnp] (Péptido Cerebral Natriurético), y se evidencia un aumento significativo del uso mientras que en relación con el costo per-carpita el cambio es más lento, pero con tendencia negativa.

Gráfico 9: Comportamiento CUPS 903065 (2021-2023)



Fuente: Base MIPRES suministros años 2020 a 2021. Año 2020 Corte 31 de marzo 2021. Año 2021 Corte 31 de marzo 2022. Base estudio técnico UPC años 2022 y 2023, después de calidades. HAC consolidado para el cierre de cada vigencia 2020 a 2023.

En la gráfica 10, se observa el CUPS 893911 correspondiente a la MONITORIZACION CONTINUA DE GLUCOSA, en esta se observa un aumento más leve del uso mientras que en relación con el costo per-carpita el cambio es abrupto, ya que pasa de un promedio de 3millones en el 2021 a menos de 500mil para el 2023.

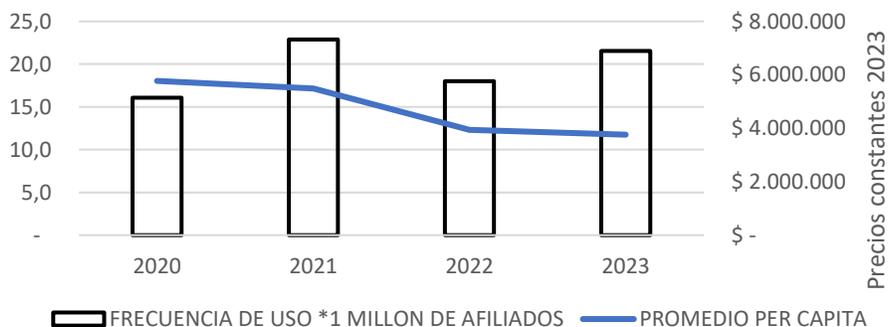
Gráfico 10: Comportamiento CUPS 893911 (2021-2023)



Fuente: Base MIPRES suministros años 2020 a 2021. Año 2020 Corte 31 de marzo 2021. Año 2021 Corte 31 de marzo 2022. Base estudio técnico UPC años 2022 y 2023, después de calidades. HAC consolidado para el cierre de cada vigencia 2020 a 2023.

En la gráfica 11, se observa el CUPS 118203 correspondiente al Implante de Dispositivo en Cornea, en esta se observa que la tendencia de uso se mantiene mientras que el costo per-carpita presenta una tendencia negativa posterior a la inclusión.

Gráfico 11: Comportamiento CUPS 118203 (2021-2023)



Fuente: Base MIPRES suministros años 2020 a 2021. Año 2020 Corte 31 de marzo 2021. Año 2021 Corte 31 de marzo 2022. Base estudio técnico UPC años 2022 y 2023, después de calidades. HAC consolidado para el cierre de cada vigencia 2020 a 2023.

Finalmente, en la gráfica 12, se observa el CUPS 449602 correspondiente al Bypass O Derivación o Puente Gástrico Por Laparoscopia, se observa que la tendencia de uso en el año de inclusión aumento considerablemente y posterior volvió a su frecuencia usual pero el costo per-carpita al momento de la inclusión presentó una disminución.

Gráfico 12: Comportamiento CUPS 449602 (2021-2023)



Fuente: Base MIPRES suministros años 2020 a 2021. Año 2020 Corte 31 de marzo 2021. Año 2021 Corte 31 de marzo 2022. Base estudio técnico UPC años 2022 y 2023, después de calidades. HAC consolidado para el cierre de cada vigencia 2020 a 2023.

El proceso de inclusión de tecnologías en salud financiadas con recursos de la Unidad de Pago por Capacitación (UPC) en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia ha sido objeto de un análisis integral que combina enfoques normativos, técnicos, cualitativos y cuantitativos. Este proceso, respaldado por las Leyes 100 de 1993 y 1751 de 2015, tiene como objetivo garantizar el derecho fundamental a la salud mediante un portafolio actualizado de servicios y tecnologías, alineado con las necesidades de la población, la sostenibilidad financiera y la equidad en el acceso. El SGSSS se estructura sobre mecanismos de financiación colectiva (UPC) e individual (PM), y la actualización de tecnologías se realiza a través de un proceso técnico, participativo y periódico que incluye identificación, evaluación, verificación y toma de decisiones, con base en criterios clínicos, epidemiológicos, económicos y sociales. Las mesas técnicas realizadas evidenciaron un alto nivel de conocimiento por parte de los actores del sistema, aunque también se identificaron oportunidades de mejora en aspectos como la difusión, la participación y el monitoreo de tecnologías en salud.

Durante la sesión del 24 de abril de 2025 se abordaron temas clave como la metodología de actualización, donde se reconoce la base científica del proceso realizado por el MSPS y el rol del IETS, aunque se percibe como complejo y poco difundido, por lo que los actores participantes solicitaron una mayor participación ciudadana y un sistema de monitoreo antes y después de la inclusión.

En cuanto a los criterios adicionales para nuevas inclusiones, como resultado de la mesa se propone priorizar tecnologías según carga de enfermedad, AVAD, calidad de vida y evidencia del mundo real. Adicionalmente, se sugiere fortalecer el IETS, aplicar análisis de riesgo financiero y promover modelos de pago por desempeño y acuerdos de acceso administrado. También se discutieron criterios como maduración tecnológica, umbrales de costo-efectividad y la creación de un fondo de innovación. En relación con la gestión del riesgo, se valoran las rutas integrales, el monitoreo de tecnologías y los modelos predictivos, proponiendo enfocar la gestión en la calidad y pertinencia del uso, más allá del volumen, aunque existen diferencias sobre si el mayor uso refleja ineficiencia o una mejora en el acceso.

Sobre el valor terapéutico frente a tecnologías de dudosa utilidad, se destaca la necesidad de fortalecer las evaluaciones con criterios clínicos, económicos y sociales, proponiendo la creación de un observatorio público, mejorar la interoperabilidad de datos y reforzar el proceso de exclusión, así como articular mejor con el poder judicial y revisar los servicios sociosanitarios. También se identificaron limitantes para el monitoreo en tiempo real, como barreras tecnológicas, financieras y de talento humano, proponiéndose un módulo diferenciado para nuevas tecnologías y fortalecer la corresponsabilidad entre actores, con debate sobre si el monitoreo debe ser en tiempo real o con periodicidad definida. En cuanto a la calidad de la información reportada, se enfatiza la necesidad de validación previa, trazabilidad y calidad de los datos, así como la interoperabilidad tecnológica y mayor compromiso del personal de salud, con distintas posturas sobre quién debe asumir la responsabilidad principal del control de calidad.

Finalmente, respecto a los aportes al análisis de impacto presupuestal, los actores participantes en la mesa recomiendan mayor transparencia en manuales, indicadores y datos poblacionales, proponiendo fortalecer la infraestructura tecnológica y la participación ciudadana, reconociendo el valor de las evaluaciones tanto del IETS como de las EPS.

COMENTARIOS MSPS – COMPONENTE DE INCLUSIONES

Luego de conocer las percepciones, preocupaciones y propuestas de los delegados y con el análisis detallado de la documentación aportada, se concluye que las observaciones analizadas evidencian un alto nivel de conocimiento del proceso de inclusiones entre los participantes y una preocupación compartida por la sostenibilidad, pertinencia y calidad de las decisiones en el sistema de salud. El análisis temático permitió identificar áreas prioritarias que deben ser consideradas en la definición de futuras inclusiones, exclusiones y mecanismos de evaluación en salud.

Es importante reconocer en todo este proceso de mesas técnicas que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia se rige por un marco legal que garantiza el derecho fundamental a la salud y el acceso universal a tecnologías en salud. La

financiación de estas tecnologías con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), se ha estructurado mediante un proceso documentado y periódico bajo principios de equidad, sostenibilidad financiera y pertinencia clínica. Se identificaron áreas de posible mejora en las que los delegados de las mesas han realizado sus aportes bajo un enfoque integral y multidimensional que incorpora principalmente evaluación basada en evidencia científica en cuanto a seguridad, eficacia y efectividad comparativa de las TS seleccionadas e incluidas en la financiación, fortalecida por otros criterios como propios de la evaluación económica entre los que se mencionaron, Análisis de costo-efectividad, costo-utilidad y ajustes del análisis de impacto presupuestal para estimar la viabilidad financiera y el retorno en términos de salud poblacional.

Los asistentes a las mesas técnicas y el Ministerio de Salud y Protección social, coinciden en que los criterios de priorización deben estar alineados a la carga de enfermedad, necesidades no cubiertas, impacto en la calidad de vida y equidad en el acceso. Una estrategia mencionada y para tener en cuenta es la incorporación de Evidencia del Mundo Real (Real World Evidence - RWE) que se considera útil para complementar la evidencia clínica controlada y valorar el desempeño de tecnologías en contextos reales.

Quedo claro que no sólo es suficiente un proceso de inclusión estructurado y riguroso, sino que se requiere un sistema de Monitoreo y Seguimiento pre y post-Inclusión que permita evaluar el uso adecuado, la efectividad, la seguridad y las proyecciones de consumo.

En cuanto a la participación, transparencia y gobernanza, el proceso se desarrolla con amplia participación de actores del sistema, sin embargo se fortalecerá esta participación en cuanto a los actores y roles que desempeñan en el proceso tanto de inclusiones como de exclusiones, según lo permita la ley ya que se reconoce que la diversidad de criterios aporta conocimiento especializado en la evaluación de tecnologías, en la alineación con objetivos de salud pública y sostenibilidad financiera y que mediante una amplia participación ciudadana con mecanismos efectivos de consulta pública, acceso a información transparente y posibilidad de retroalimentación se beneficia todo el sistema de salud y sus afiliados, garantizando que la gobernanza del proceso contemple la publicación de informes técnicos y documentos metodológicos, fortaleciendo la legitimidad y confianza pública en las decisiones adoptadas.

Para optimizar la gestión y actualización tecnológica en el SGSSS, también se identificaron propuestas en las que deben participar varios actores del sistema de salud y no sólo focalizarse en la rectoría del Minsalud, como el desarrollo de modelos contractuales basados en resultados alineando la financiación con la efectividad clínica y la eficiencia económica, el establecimiento de mecanismos ágiles para la incorporación de innovaciones disruptivas y revisión de tecnologías frente a nueva evidencia emergente.

Es necesario también, mejorar la coordinación interinstitucional, la gestión de las tecnologías de información, y el compromiso de todos los actores para un manejo integral del riesgo a través de la correcta gestión de información.

2.1.2.6. Sesión 6. Análisis de Ajustadores de Riesgo- (29/04/25)

Marco Conceptual

El ajuste de riesgo es un componente esencial en el cálculo de la prima de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Este proceso considera diversos ajustadores de riesgo que se aplican para garantizar que la fórmula de cálculo sea prospectiva y capaz de proyectar la realidad financiera futura, además de asegurar un balance global en la ecuación individual de cada grupo de riesgo.

Los ajustadores de riesgo que se emplean en la actualidad en el MSPS para el cálculo de la UPC son: edad, sexo y zona UPC. Estos ajustadores se utilizan para calcular la prima de riesgo pura para cada uno de los 56 grupos de riesgo del RC y RS, definidos en la resolución que fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para cada vigencia.

La fórmula de cálculo de ajuste de riesgo debe cumplir con dos requisitos fundamentales: **ser prospectiva**, es decir, pretende predecir una realidad futura y **garantizar un balance global** de la ecuación individual en grupos de riesgo.

El ajuste de riesgo se realiza considerando el gasto incurrido por cada grupo de riesgo y la población expuesta. Las variables utilizadas deben ser de registro universal, consistente y verificable, y estar libres de manipulación por parte de los diferentes actores del sistema. Los ajustadores actuales se caracterizan e incluyen lo siguiente:

- Edad: Usual, fácil de recolectar y confiable, aunque su poder de predicción es bajo, especialmente en ancianos.
- Sexo: Similar a la edad en términos de ventajas y desventajas.
- Zona: Considera la distancia a la capital y la densidad poblacional, asignando fondos geográficamente para una distribución equitativa.

Desde el punto de vista operativo, el cálculo de estos ajustadores de riesgo se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado dentro de cada grupo etario y zona geográfica y la población expuesta del mismo grupo en el año de experiencia. Este método estadístico relaciona el estado de salud y el gasto de los afiliados, utilizando modelos para su implementación. Al momento del cálculo de la UPC el ajuste de riesgo se refleja en las 112 celdas de los diferentes grupos de riesgo por edad, edad - sexo y zona UPC de cada régimen.

Finalmente, los ajustadores ideales deben ser exógenos a la influencia del sistema de salud y de fácil verificación, con el objetivo de corregir variaciones del gasto, contener costos y contrarrestar incentivos negativos para el paciente. Los objetivos incluyen eficiencia, equidad, accesibilidad y justicia.

Análisis Cualitativo Componente – Ajustes de Riesgo

1. Sobre la incorporación de ajustadores de riesgo Ex ante (edad, sexo, ubicación geográfica) para el cálculo de la UPC y reflexiones frente a ¿cuáles de estos ajustadores deberían permanecer, modificarse o retirarse y por qué?

Puntos de Convergencia Pregunta No.1

El análisis cualitativo revela un consenso general sobre la importancia de mantener los ajustadores de edad, sexo y ubicación geográfica (Zona UPC), aunque con propuestas de ajustes y mejoras en su precisión y aplicación.

Existe consenso en que deben mantenerse los ajustadores de edad y sexo, ya que explican diferencias significativas en el riesgo de enfermedad y en los costos en salud, valorando su objetividad y dificultad para ser manipulados, lo que favorece la transparencia. Sugieren algunos de los grupos revisar los rangos etarios con enfoques más alineados al curso de vida.

Los participantes coinciden en la importancia de conservar el ajustador por ubicación geográfica (Zona UPC) por cuanto reconocen su influencia en variables como acceso, costos y prevalencia de enfermedades, pero con la actual aproximación es insuficiente y requiere fortalecimiento para reflejar mejor los riesgos diferenciales, por lo cual sugieren ajustes territoriales que permitan mayor precisión, a través de la incorporación de variables como: ruralidad, pobreza multidimensional, riesgos epidemiológicos regionales, vulnerabilidad étnica, zonas de conflicto y accidentes de tránsito, condiciones de oferta y zonas especiales.

Puntos de Divergencia Pregunta No.1

Las divergencias se centran en el análisis de los ajustadores y la implementación de ajustes ex post y la transparencia en la justificación de los ajustadores.

Algunos actores plantean enfoques distintos para mejorar los modelos de análisis, mencionando el uso de técnicas actuariales avanzadas como cópulas o procesos estocásticos, hasta la aplicación de modelos analíticos como ANOVA, modelos lineales generalizados y de aprendizaje automático. En tanto, otros participantes proponen realizar análisis retrospectivo de 2021 a 2023 de la siniestralidad técnica para justificar ajustes ex post por desviaciones.

Entre los participantes se identifica que, aunque para la mayoría se deben mantener los ajustadores actuales, uno de los señala la falta de claridad y documentación pública de su construcción, por cuanto afecta la transparencia en la justificación de los ajustadores, basado en el desconocimiento del origen y justificación de los ajustadores actuales. A lo que se suma la propuesta de desarrollar tablas de morbilidad y revisar estudios técnicos recientes como base para una mayor transparencia y solidez técnica del ajuste de riesgo.

Aunque el ejercicio no incluyó la consulta de ajustadores ex post, entre algunos de los participantes surgió la propuesta de considerar que deben mantenerse los ajustadores ex post existentes (estos son los asociados a la Cuenta de Alto Costo) con complementación de información extraída de guías clínicas, resultados en salud (especialmente en enfermedades crónicas) y optimización de recursos y otros realizar Backtesting para ajustar la prima entregada.

2. Sobre los ajustadores riesgo ex ante, ¿cuáles sugiere que deban ser incorporados en el cálculo de la UPC? ¿por qué? y ¿para qué?

Puntos de Convergencia Pregunta No.2

Algunos de los grupos proponen ampliar a nuevos ajustadores de riesgo de forma que consideren condiciones de salud y socioculturales, factores socioeconómicos y demográficos, los que organizados por categorías para facilitar su entendimiento al lector y considerando son en orden de frecuencia así:

- **Ajustadores endógenos o clínicos y de diagnóstico**, es decir aquellos que están directamente relacionados con el paciente, tales como discapacidad, enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades transmisibles previas, grupos de diagnósticos o patologías específicas, pluripatológicos, polimedicados y relacionados con los hábitos de vida saludable.
- **Ajustadores socioeconómicos** entre los que se destaca el considerar el ajustador por víctimas, seguido de consideraciones ambientales, índice pobreza multidimensional, SISBEN, ingreso/desempleo, migración y raza/etnia.
- **Ajustadores demográficos**, que consideran carga de enfermedad, curso de vida y perfil epidemiológico.
- **Ajustadores relacionados con la oferta**, entre los que proponen considerar la disponibilidad de talento humano e instituciones, así como recursos tecnológicos y las necesidades territoriales.

Puntos de Divergencia Pregunta No.2

Nuevamente, aunque no fue objetivo de la sesión, algunos grupos reiteraron la importancia de incluir ajustadores ex post para lo cual se plantea el uso de información de resultados en salud.

Uno de los grupos propone ampliar ajustadores para zonas especiales y por curso de vida.

3. Sobre los criterios que deben ser tenidos en consideración para establecer nuevos ajustadores de riesgo ex ante

Puntos de Convergencia Pregunta No.3

Los participantes aportaron principios orientadores para la elección de los ajustadores de riesgo, como son: equidad en el acceso, eficiencia en la asignación de recursos, precisión de la información o datos y tarifas.

La mayor parte de los participantes coinciden en proponer criterios para los diversos ajustadores de riesgo, tales como curso de vida, carga de enfermedad, prevalencia, incidencia y severidad de patologías para los ajustadores demográficos y epidemiológicos; también la morbilidad y mortalidad como base para definir ajustadores. Para los ajustadores de impacto económico y costo-efectividad reconocen que los nuevos ajustadores deben tener en cuenta el impacto económico de las patologías y la frecuencia de uso de los servicios; e incorporen criterios de costo-efectividad y proyecciones de gasto, así como la necesidad de contar con un manual tarifario riguroso.

Aunque no todos los grupos lo mencionan explícitamente, hay una preocupación compartida por garantizar justicia distributiva y precisión técnica al momento de elegir nuevos ajustadores de riesgo. Otras propuestas se centran en la necesidad de que los datos sean medibles, fiables y verificables, sin detallar fuentes concretas.

Puntos de Divergencia Pregunta No.3

En relación con las metodologías actuariales y modelos de ajuste, algunas propuestas enfatizan el uso de modelos actuariales avanzados y análisis retrospectivos para justificar ajustes ex post. Otras se centran más en la gestión del riesgo y el impacto económico, sin hacer énfasis en herramientas actuariales complejas. Otras posturas se enfocan más en la cooperación institucional y el uso racional de recursos.

4. Sobre los ajustadores de riesgo a mantener, modificar o incorporar en el cálculo de la UPC

Puntos de Convergencia Pregunta No.4

Existe acuerdo en mantener los ajustadores de edad y sexo, ya que reflejan diferencias clave en las necesidades de salud entre distintos segmentos poblacionales. Sin embargo, algunos sugieren modificar los rangos de edad con base en el curso de vida como criterio de ajuste.

Se reconoce la necesidad de modificar el ajustador de ubicación geográfica (Zona UPC) considerando la variabilidad territorial y los entornos que afectan costos y acceso a los servicios de salud.

Proponen incorporar ajustadores de Perfil Epidemiológico y Carga de Enfermedad relacionados con enfermedades crónicas y de alto costo, como el cáncer y la EPOC, lo que refleja consenso sobre la importancia de considerar la prevalencia de ciertas condiciones de salud.

Puntos de Divergencia Pregunta No.4

Entre los participantes se sugiere incluir ajustadores que reflejen características socioculturales específicas como población campesina, comunidades indígenas y víctimas del conflicto armado, propuesta que no es abordada por otros enfoques.

Se plantea el reconocimiento diferencial por poblaciones, tales como los pueblos indígenas, representado como el valor diferencial que sea asignado directamente a quien atiende al usuario, independientemente del asegurador, lo cual no es mencionado por otras perspectivas.

Se propone modificar los rangos de edad con base en criterios del curso de vida, una visión que no es compartida ni discutida por otros enfoques.

5. De los ajustadores propuestos por el grupo (nuevos o modificados), ¿Cuáles serían los objetivos, las ventajas y las desventajas de la inclusión en el cálculo de la UPC de cada uno de ellos?

Puntos de Convergencia Pregunta No.5

Los ajustadores de sexo y edad son considerados fundamentales para reflejar las diferencias en necesidades de salud entre diferentes segmentos de la población.

Los participantes coinciden en que la incorporación de nuevos ajustadores es ventajosa por cuanto permitiría una estimación más precisa de la prima y una distribución más eficiente de los recursos en procura de mayor precisión y eficiencia, lo cual redundaría en la asignación más adecuada según las necesidades reales de la población.

Los grupos reconocen la importancia de incluir ajustadores socioeconómicos, socioculturales (como población campesina, comunidades indígenas y víctimas del conflicto armado) y ambientales como determinantes clave de la salud, los consideran una ventaja que ampliaría la comprensión del riesgo y mejoraría la equidad en el sistema.

Puntos de Divergencia Pregunta No.5

Se plantea un ajustador de reconocimiento diferencial por población, es decir, el valor ajustado por grupo poblacional se asigne directamente a quien atiende al usuario, sin importar el asegurador, una propuesta no compartida por otras perspectivas.

Reitera uno de los grupos el contar con un ajustador de riesgo por curso de vida, lo cual sugiere una diferencia en la manera de conceptualizar los ajustadores de riesgo en función de las etapas de la vida.

6. Sobre las posibles fuentes de información disponibles para las variables de los ajustadores de riesgo propuestos por el grupo

Puntos de Convergencia Pregunta No.6

Los diferentes grupos mencionan varias fuentes de información y datos a ser insumo para el cálculo de la prima con ajustadores de riesgo, coincidiendo en los siguientes:

- RIPS (Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud): se reconoce como una fuente clave para obtener datos sobre la prestación de servicios de salud, fundamentales para el cálculo de la UPC.
- BDUA (Base de Datos Única de Afiliados): se valora como una fuente relevante para obtener información sobre los afiliados al sistema, útil para caracterizar el riesgo.
- SISBEN: se considera importante para ajustar riesgos socioeconómicos, al ser un sistema que identifica a potenciales beneficiarios de programas sociales.

Otras fuentes de información mencionadas por los grupos son:

- Cálculo de base de reservas
- Cuenta de Alto Costo
- Distancias municipios y territorios con entornos de riesgo
- ENS (Encuesta Nacional de Salud)
- Facturación electrónica
- Gestión administrativa
- Gestión financiera del sector salud
- Historia clínica electrónica
- IBC (Registro Único de Ingreso)
- Observatorios de salud
- Registro de discapacidad
- Registro social de hogares
- Repositorio de datos administrativos

Los participantes enfatizan la importancia de implementar mecanismos de control de calidad y monitoreo en tiempo real sobre las fuentes de información utilizadas, incluyendo la historia clínica electrónica y sistemas interoperables e identificación de falencias en la interoperabilidad de la información entre diferentes sistemas.

Así mismo consideran que, para establecer la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es fundamental definir ajustadores de riesgo que reflejen con mayor precisión las necesidades

de salud de la población, proponen ampliar este enfoque contemplando la incorporación de nuevos ajustadores para las próximas vigencias:

- a) **Clínicos:** enfermedades crónicas, comorbilidades, discapacidad y polimedicación.
- b) **Socioeconómicos:** nivel de ingresos, educación, condición de migrante o víctima del conflicto.
- c) **Demográficos:** etnia, situación laboral, morbilidad y mortalidad.
- d) **Otros:** factores medioambientales, vulnerabilidad y condiciones del entorno.
- e) La selección de estos ajustadores debe basarse en criterios de relevancia, impacto, equidad, disponibilidad de datos y facilidad de verificación, con el fin de lograr una distribución más justa y eficiente de los recursos en salud.

Puntos de Divergencia Pregunta No.6

Algunos grupos manifestaron divergencias respecto a las fuentes de información consideradas para la construcción de los ajustadores de riesgo, proponiendo la inclusión de fuentes adicionales que, a su juicio, permitirían una estimación más precisa y contextualizada:

- **Fuentes Étnicas y Culturales:** se propone utilizar fuentes como jefaturas étnicas, culturales y asociaciones de cabildos indígenas, lo cual no es mencionado por otras posturas, reflejando una diferencia en la valoración de estas fuentes.
- **Fuentes Independientes del Sector Salud:** se destaca que muchas fuentes útiles ya existen y no dependen del sector salud, como el índice de pobreza multidimensional, registros de discapacidad y víctimas del conflicto armado. Esta visión sobre la independencia y disponibilidad de las fuentes no es abordada por otras posturas.
- INS y observatorios de salud

Los participantes enfatizan la necesidad de fortalecer los mecanismos de control de calidad y garantizar el uso en tiempo real de las fuentes de información, incluyendo la historia clínica electrónica y sistemas interoperables.

Aportes

En síntesis, las recomendaciones derivadas de los aportes de los participantes de la Mesa Técnica fueron:

- Mantener los ajustadores tradicionales con mejoras técnicas
Se recomienda conservar los ajustadores de riesgo ex ante actualmente utilizados —edad, sexo y ubicación geográfica— dada su aceptación general y su relevancia epidemiológica, incorporando mejoras en su precisión, actualización y aplicación territorial diferenciada.
- Fortalecer la transparencia y justificación técnica de los ajustadores
Se requiere mayor claridad metodológica en la definición y justificación de los

ajustadores de riesgo, especialmente ante la incorporación de nuevos factores. Esto incluye la publicación de los criterios técnicos, las fuentes de datos y las decisiones actuariales empleadas.

- *Evaluar la incorporación de nuevos ajustadores ex ante*
Se sugiere analizar la viabilidad de integrar características demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas adicionales que respondan a los determinantes sociales de la salud, buscando una mayor equidad en la distribución de recursos.
- *Promover el desarrollo de metodologías actuariales avanzadas*
Se propone incentivar el uso de herramientas analíticas robustas como Machine Learning, segmentación de riesgos y análisis predictivo, para mejorar la capacidad del sistema de identificar perfiles poblacionales diferenciados y anticipar necesidades.
- *Mejorar la interoperabilidad y calidad de los datos*
Es fundamental fortalecer la integración de sistemas de información y garantizar la calidad, consistencia y oportunidad de las bases de datos utilizadas para el cálculo de la UPC. Esto permitirá una mejor fundamentación técnica y trazabilidad de los ajustes aplicados.

De forma complementaria, los actores participantes recomendaron establecer una posición clara y conceptualmente fundamentada frente al uso de ajustadores de riesgo ex post como mecanismo de ajuste en el cálculo de la prima de la UPC. Esto incluye definir las condiciones bajo las cuales deben aplicarse, sus finalidades específicas, así como los mecanismos adecuados para su validación, seguimiento y sustento jurídico, en especial en relación con un posible ajuste ex post sobre las primas ya giradas.

Este enfoque contribuiría a fortalecer la transparencia y la predictibilidad en la gestión de la prima, garantizando que los ajustes se realicen con criterios técnicos consistentes y debidamente justificados. Asimismo, permitiría reducir controversias y promover la sostenibilidad y estabilidad del sistema de aseguramiento en salud.

Análisis Cuantitativo Componente – Ajustadores de Riesgo

Como ya se mencionó, el cálculo de la UPC actualmente contempla los siguientes ajustadores de riesgo: edad, sexo y zona geográfica (zona UPC). El cálculo de estos se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado dentro de cada grupo etario y zona geográfica y la población expuesta del mismo grupo en el periodo de experiencia¹¹,

¹¹ Período de experiencia: Es el horizonte de tiempo en el cual tuvieron lugar las atenciones en salud que servirán como experiencia para la estimación de la(s) prima(s) pura(s) de riesgo. El período de experiencia y de aplicación o de pronóstico son diferentes por lo cual se requiere el ajuste de las estimaciones mediante un proceso llamado *trending*. Para el presente estudio, el período de experiencia es el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021, tiempo en el cual se causaron las reclamaciones. • Período de recolección de la información (período de análisis): Corresponde al espacio de tiempo durante el cual se recolecta la información, lo cual explica la variación de los resultados como producto por ejemplo del IBNR, cuyo efecto disminuye conforme el tiempo avanza. • Período de aplicación o de pronóstico: Es el período en el cual se darán las atenciones en salud a cargo de la UPC.

entendido como el año en que se realizan las prestaciones en salud sobre las cuales se toma referencia para el cálculo, y el ajuste se refleja en las 112 celdas de los diferentes grupos de riesgo por edad, edad-sexo y zona UPC de cada régimen. Por tanto, el cálculo se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado al interior de cada grupo etario y zona geográfica (zonas de riesgo establecidas para UPC) y la población expuesta del mismo grupo etario, en el año de experiencia, lo que queda expresado en cada celda de edad-sexo, según régimen, y por otra parte se define la estructura de costos según zona UPC.

Ajustadores de riesgo en el cálculo de la UPC Ex Ante - RC

Ajustadores de riesgo en el cálculo de la UPC Ex ante

Estructura de costo - RC

GE	2020	2021	2022	2023
01. <1	2,9679	2,9679	2,9679	2,9966
02. 1_4	0,9530	0,9530	0,9530	0,8616
03. 5_14	0,3329	0,3329	0,3329	0,3475
04. 15-18_M	0,3173	0,3173	0,3173	0,3354
05. 15-18_F	0,5014	0,5014	0,5014	0,5262
06. 19-44_M	0,5646	0,5646	0,5646	0,5785
07. 19-44_F	1,0475	1,0475	1,0475	1,0683
08. 45-49	1,0361	1,0361	1,0361	1,0902
09. 50-54	1,3215	1,3215	1,3215	1,3796
10. 55-59	1,6154	1,6154	1,6154	1,6332
11. 60-64	2,0790	2,0790	2,0790	2,0971
12. 65-69	2,5861	2,5861	2,5861	2,5977
13. 70-74	3,1033	3,1033	3,1033	3,1411
14. >=75	3,8997	3,8997	3,8997	3,9188

Zona	Prima adicional
Alejada	37,90%
Especial	10,00%
Ciudades	9,86%
Normal	Base

El cálculo se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado al interior de cada grupo etario y zona geográfica (zonas de riesgo establecidas para UPC) y la población expuesta del mismo grupo etario, en el año de experiencia.



Ajustadores de riesgo en el cálculo de la UPC Ex Ante - RS

Ajustadores de riesgo en el cálculo de la UPC Ex ante

Estructura de costo - RS

GE	2020	2021	2022	2023
01. <1	2,7654	2,7654	2,7654	2,7654
02. 1_4	0,8179	0,8179	0,8179	0,8179
03. 5_14	0,3267	0,3267	0,3267	0,3267
04. 15-18_M	0,3847	0,3847	0,3847	0,3847
05. 15-18_F	0,6381	0,6381	0,6381	0,6381
06. 19-44_M	0,6415	0,6415	0,6415	0,6415
07. 19-44_F	1,0154	1,0154	1,0154	1,0154
08. 45-49	1,0376	1,0376	1,0376	1,0376
09. 50-54	1,2973	1,2973	1,2973	1,2973
10. 55-59	1,5738	1,5738	1,5738	1,5738
11. 60-64	1,9465	1,9465	1,9465	1,9465
12. 65-69	2,4125	2,4125	2,4125	2,4125
13. 70-74	2,9424	2,9424	2,9424	2,9424
14. >=75	3,6575	3,6575	3,6575	3,6575

Zona	Prima adicional
Alejada	35,00%
Especial	11,47%
Ciudades	15,00%
Normal	Base

El cálculo se lleva a cabo obteniendo el cociente entre el costo observado al interior de cada grupo etario y zona geográfica (zonas de riesgo establecidas para UPC) y la población expuesta del mismo grupo etario, en el año de experiencia.



Las imágenes muestran los valores calculados para los regímenes contributivo y subsidiado, correspondientes a la estructura de costos aplicada entre los años 2020 y 2023, desagregada por grupo etario y sexo. Asimismo, se presenta la estructura de costos asociada a cada una de las zonas UPC. Además, se observa que en 2023 hubo un cambio en la estructura de costos debido a las retroproyecciones poblacionales realizadas por el DANE. En contraste, la clasificación por zonas UPC no ha sufrido modificaciones, ya que la composición municipal de cada zona se ha mantenido sin cambios.

COMENTARIOS MSPS – COMPONENTE DE AJUSTADORES DE RIESGO

En el marco del fortalecimiento del sistema de salud colombiano y en cumplimiento del principio de equidad en el acceso y garantía del derecho fundamental a la salud, el MSPS considera prioritario avanzar hacia un modelo de ajuste de riesgo más integral, técnico y sensible a las realidades territoriales y poblacionales del país.

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

El MSPS contemplará la incorporación de otros modelos actuariales que permitan incorporar las propuestas de ajustadores de riesgo presentadas durante el desarrollo de las sesiones de la Mesa de Trabajo UPC, que contribuyan a una mejor toma de decisiones al momento del cálculo de la prima UPC.

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

Para el desarrollo de los ajustadores ex post se requieren explorar nuevos elementos como:

- Finalidad del ajuste ex post.
- Condiciones de activación, si procede en eventos excepcionales (como pandemias), cambios estructurales en el perfil epidemiológico, desviaciones graves frente a proyecciones, o implementación de nuevos datos o modelos de riesgo.
- Cambios metodológicos para el cálculo de ajustes, incluyendo el uso de ajustadores de riesgo retrospectivos, factores de morbilidad o costos observados.
- Criterios para determinar si la desviación es significativa y atribuible a errores en el modelo o factores externos.
- Marco normativo aplicable, revisión de la legislación vigente y necesidad de ajustes regulatorios que habiliten la incorporación de estos mecanismos dentro del sistema de aseguramiento en salud.
- Impacto financiero, mecanismos de compensación y fuentes de financiación.

- Evaluación del efecto sobre la sostenibilidad del sistema y sobre los incentivos de los actores (EPS, prestadores).
- Procedimientos de validación y transparencia con reglas claras de cálculo, validación y revisión del ajuste.
- Periodicidad y límites financieros del ajuste.

Finalmente, el MSPS reitera el compromiso con el modelo de salud preventivo, resolutivo y centrado en las personas, que reconozca las particularidades de grupos históricamente excluidos, como personas con discapacidad, víctimas del conflicto armado y comunidades étnicas, asegurando una atención diferencial y con enfoque de equidad.

Documento de Trabajo