

Imprimir

El Ministerio de Salud cuenta con al menos cuatro sistemas de información sobre la prestación de servicios de salud pero que están desactualizados y son contradictorios entre sí y ninguno le ha permitido una base fiable para reajustar la UPC debiendo entonces recurrir al ajuste por inflación autorizado por las normas como mecanismo alterno; a su turno la Corte Constitucional ha emitido un fallo en contra sin ningún sustento técnico especial pero si haciéndose eco, como si fuera un líder gremial, de múltiples opiniones en contra de la decisión del gobierno.

El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Resolución Numero 2717 el 30 de Diciembre de 2024 por la cual se fijó el valor de la Unidad de Pago por Capitación - UPC para financiar los servicios y tecnologías en salud de los regímenes subsidiado y contributivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud para la vigencia de 2025, incrementando su valor en 5,36% en proporción a la inflación y se armó “la de troya”. Al unisonó los diversos gremios del sector salud en Colombia han manifestado su preocupación por ese incremento considerándolo insuficiente para cubrir los costos reales de atención médica siendo quizás la posición más radical la de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas quien solicitó la revocatoria de la Resolución argumentando que el aumento no refleja los costos reales del sistema de salud y a cambio exige un estudio técnico independiente que determine un valor más acorde con las necesidades actuales. Es de destacar que entre las propuestas contrarias la de la Asociación Nacional de Instituciones Financieras (Anif) la cual estimó que la UPC debería incrementarse en un 16,4% para 2025, con el fin de generar la liquidez necesaria en el sistema de salud. Este porcentaje buscaría reflejar de manera más precisa los costos operativos y garantizar la sostenibilidad financiera del sector y la calidad en la atención a los usuarios.

Pero la arremetida más franca contra la decisión del Ministerio se dio el veintitrés (23) de enero de dos mil veinticinco (2025) cuando la Corte Constitucional por medio del Auto 007 de 2025, emitido por la Sala Especial de Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 teniendo como magistrado sustanciador a José Fernando Reyes Cuartas declaró la insuficiencia de la UPC -Unidad de Pago por Capitación-, y coincidiendo con las propuestas de La Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (Acemi) y la Asociación de Cajas de

Compensación Familiar (Asocajas) exigió al Gobierno Nacional la creación de una mesa técnica de alto nivel: que incluya a EPS, prestadores, usuarios y pacientes con el objetivo revisar y reajustar el incremento de la UPC para 2025, considerando factores más allá de la inflación, como el aumento del salario mínimo y los costos operativos del sector; además ordenó al Ministerio de Salud crear un mecanismo de reajuste para la UPC en forma retroactiva a los años 2021 y revisar la metodología de cálculo para futuras vigencias. Posteriormente, el Ministerio de Salud solicitó aclaraciones sobre el fallo, argumentando posibles ambigüedades y riesgos en su implementación es así que el Ministerio argumenta que la Corte Constitucional, al emitir el Auto 007 de 2025, excedió sus competencias y vulneró el debido proceso. Sostiene que la determinación de la suficiencia de la UPC es una función técnica y administrativa que corresponde exclusivamente al Ministerio de Salud, y que cualquier controversia al respecto debería ser resuelta por el Consejo de Estado. Además, el Ministerio señala que no tuvo acceso a las pruebas y argumentos utilizados por la Corte para declarar la insuficiencia de la UPC 2024, lo que le impidió ejercer su derecho a la defensa y presentar los análisis técnicos que respaldan el cálculo realizado; finalmente ha solicitado la nulidad del Auto, además destaca que la intervención de la Corte en la fijación de la UPC genera incertidumbre sobre la financiación y estabilidad del sistema de salud, ya que podría sentar un precedente que afecte la autonomía del Ministerio en la regulación del sector.

En resumen, el Ministerio de Salud busca la anulación del Auto 007 de 2025 para preservar sus competencias en la determinación técnica de la UPC y garantizar la estabilidad financiera del sistema de salud colombiano y además enfatiza que cualquier modificación en los valores de la UPC debe basarse en estudios actuariales y no en decisiones judiciales que excedan las competencias constitucionales, sin embargo la Corte rechazó estas solicitudes por considerarlas improcedentes y exigió el cumplimiento de las órdenes emitidas.

Porque hay que ajustar el valor de la UPC

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) es el monto que el sistema de salud colombiano asigna por cada afiliado para financiar los servicios de salud en los regímenes contributivo y

subsidiado. Este valor se ajusta periódicamente para garantizar la suficiencia financiera del sistema y la calidad en la atención para 2025 fue establecido mediante la Resolución 2717 de 2024.

Los principales factores que obligan a un reajuste de la UPC incluyen la Inflación y los costos en salud. Es así que el incremento general de los precios afecta directamente los costos operativos del sector salud, incluyendo medicamentos, insumos médicos y salarios del personal. De otra parte también incide el cambio en el perfil epidemiológico y demográfico entre ellos el cambio en la estructura poblacional, como el envejecimiento de la población o la aparición de nuevas enfermedades, que pueden incrementar la demanda, la frecuencia en el uso de los servicios y el costo de los servicios de salud; La incorporación de nuevas tecnologías, tratamientos y medicamentos más avanzados puede elevar los costos de atención; los aumentos en el salario mínimo impactan los costos laborales en el sector salud. Dado que una porción significativa de los gastos operativos corresponde a remuneraciones; finalmente la expansión de la cobertura del sistema de salud o la implementación de políticas que buscan mejorar el acceso a servicios en zonas rurales o desatendidas pueden requerir recursos adicionales.

Un ajuste en la UPC es fundamental para financiar las innovaciones tecnológicas y las iniciativas para garantizar la equidad en la atención. Este ajuste debe compensar los aumentos en costos y frecuencias y mantener la sostenibilidad financiera, evitar desbalances y reflejar estas variaciones para asegurar una cobertura adecuada. En este contexto es esencial que la UPC se ajuste de manera periódica, basada en estudios técnicos que consideren estos factores, asegurando así la sostenibilidad del sistema de salud y la prestación de servicios de calidad a toda la población.

Lo que se busca y lo que debería evitar

La Unidad de Pago por Capitación (UPC) se originó con la promulgación de la Ley 100 de 1993 en Colombia, que estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). La UPC se define como el valor per cápita que el sistema reconoce a las Entidades

Promotoras de Salud (EPS) por la organización y garantía de la prestación de los servicios incluidos en el Plan Básico de Salud antes llamado Plan Obligatorio de Salud, para cada afiliado. Este valor se determina en función de la estructura demográfica de los afiliados según edad y sexo, lugar residencia, la frecuencia de uso de los servicios, los riesgos cubiertos y los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería. La responsabilidad de definir periódicamente el valor de la UPC recae, del Ministerio de Salud con base en estudios técnicos. La UPC busca distribuir los recursos en proporción a la población atendida (no del personal contratado) y evitar la proliferación de servicios necesarios o innecesarios más allá del valor per cápita disponible. Estas metas se conocen como la búsqueda de la equidad y la eficiencia.

Antes de la implementación de la Ley 100, el sistema de salud colombiano presentaba inequidades significativas en la inversión per cápita entre las diferentes entidades territoriales y entre las entidades públicas. Pues los recursos fiscales se asignaban mediante el denominado situado fiscal el cual se distribuía en el territorio según fuera el valor de las nóminas de los empleados públicos y los trabajadores oficiales de la salud que se contrataban en cada localidad. A su turno la cantidad de hospitales, centros de salud y funcionarios de la salud se distribuían en las regiones y en los centros de atención según fuera el poder de los políticos regionales. De otro lado los recursos parafiscales (cotizaciones obrero patronales) solo beneficiaban a la población formal para el caso de los afiliados al ISS y a Cajanal y en proporción al poder gremial de las diferentes entidades públicas amparados por los regímenes especiales (esta situación de privilegio se conserva aún para los Maestros, Militares, Ecopetrol, Unal etc.). Por ejemplo, en 1992, mientras Cajanal invertía aproximadamente 85 dólares por persona, el Instituto de Seguros Sociales destinaba 50 dólares y Ecopetrol alrededor de 170 dólares, evidenciando disparidades de hasta 120 dólares entre entidades. La creación de la UPC buscó unificar y equilibrar la asignación de recursos, garantizando una financiación equitativa y suficiente para la atención en salud de todos los afiliados, independientemente de la entidad promotora a la que estuvieran vinculados.

Además de lo dicho la UPC se creó como una “camisa de fuerza” que garantizaría la

eficiencia y evitaría supuestamente que los costos se dispararan como consecuencia de la introducción de la competencia. Es de observar que si el sistema de competencia operara solo mediante pagos retrospectivos por parte del Estado los costos podrían llegar hasta el 14% o más del PIB (hoy en Colombia aún son la mitad de ese porcentaje) tal como ocurre en los Estados Unidos. No obstante, las consideraciones de la corte Constitucional que desde la sentencia 760 establecen la salud como derecho sin límites económicos confundiendo quizás el derecho a la salud con el derecho a la demanda y utilización ilimitada de los servicios, lo cual obliga a que la Ley Estatutaria 1750 fijara algunos límites en su artículo 8vo pero que aun no han sido suficientes. Además, los cobros por encima de la UPC primero con el sistema de recobros y luego de presupuestos máximo muestra que el sistema no ha sido capaz de controlar los costos por encima de los necesarios para cubrir el Plan Básico de Salud. Además, las EPS siguen prestando los servicios en un 70% mediante una contratación de pagos por evento, lo cual estimula la sobreutilización de los servicios, sin establecer las otras “camisas de fuerza” para la contención de costos como podrían ser las capitaciones, los pagos globales prospectivos o los techos presupuestales por lo cual se siguen haciendo presiones indebidas sobre los ajustes a la UPC que conducen a la situación actual de casi inviabilidad financiera del sistema.

En resumen, la UPC fue concebida como un mecanismo para estandarizar la financiación per cápita en el sistema de salud colombiano, promoviendo la equidad y eficiencia en la prestación de servicios de salud a través de una asignación uniforme de recursos basada en criterios técnicos y demográficos, pero también como un mecanismo de eficiencia y control de costo. Si bien hay logros en la equidad y la eficiencia aun hay mucho que desear.

Los sistemas de información en conflicto

El sistema de salud en Colombia cuenta con al menos cuatro sistemas de información que en teoría deberían permitir con relativa precisión cual es y cual debería ser el costo de la UPC, pero infortunadamente no es así y en lugar de precisión generan incertidumbre y confusión.

Estos sistemas son:

1. El sistema contable regulado hoy por la NIIF y por el PUC (Plan único de cuentas de las EPS)
2. El sistema RIPS “Registro individual de prestación de servicios” regulado por la Resolución 3374 de 2000
3. El sistema de información para la suficiencia de la UPC exigido por la Ley 1438 de 2011 en su Artículo 114
4. El sistema de la Supersalud: “Catálogo de Información Financiera” formato FT001 y FT002. Los cuatro sistemas de información tienen regulaciones diferentes y presentan datos contradictorios. Precisamente el 13 de noviembre de 2024 por solicitud del señor Ministro de Salud y Protección Social y con el aval del director general de la ADRES, se dio inicio el ejercicio de contrastación de los resultados de los diversos sistemas para determinar la UPC. Este estudio se publicó con la denominación “Ejercicio de contraste para apoyo en el cálculo del incremento de la UPC” a cargo del equipo de innovación y analítica. Este estudio contrasta los resultados de los diversos sistemas y muestra las incongruencias y la dificultad para tener un criterio claro de reajuste. Al respecto se observa:

1. Los Estados financieros que tienen valor legal deben estar firmados por el Gerente de la EPS, su contador y su revisor fiscal. El revisor fiscal certifica si los Estados Financieros cumplen o no con las Normas internacionales de Información Financiera pero no le corresponde certificar si los costos y gastos cumplen las normas que regulan la UPC. Es así que los costos de arriendos, transporte, servicios de apoyo o recreación pueden cumplir muy bien con las NIF, pero no forman parte de la UPC. En el estudio de contraste para varias EPS hay diferencias hasta de un billón de pesos.
2. Los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) son un conjunto de datos mínimos y básicos que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia requiere para procesos de dirección, regulación y control, así como para respaldar la facturación de servicios de salud. Estos registros identifican individualmente las actividades de salud realizadas a los pacientes y forman parte integral de la factura de venta de servicios de salud. La implementación de los RIPS se oficializó mediante la Resolución 3374 de 2000 del Ministerio de Salud, con el objetivo de unificar y estandarizar la estructura y características de los datos relacionados con la prestación de servicios de salud en todo el país. Esta resolución estableció que, a partir del 1 de abril de 2001, todas las instituciones

prestadoras de servicios de salud debían generar y reportar estos datos desde sus procesos de facturación. Para los profesionales independientes, la obligatoriedad inició el 1 de junio de 2001. No obstante, dada la complejidad de procesar los formatos RIPS (con más de 90 variables) y con el fin de favorecer a los Hospitales Públicos y a las pequeñas IPS su obligatoriedad se ha pospuesto durante 24 años y hoy se estima que solo el 60% de los servicios se informan con la metodología RIPS.

3. Dado que el Ministerio no pudo contar con una información oportuna de los RIPS se decidió establecer un sistema de estudios periódicos de suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) en el sector salud de Colombia los cuales se iniciaron en 2003. Ese año, el Ministerio de Protección Social implementó la “Evaluación de la suficiencia de la UPC/UPC-S”, un estudio técnico destinado a ajustar anualmente el valor de la UPC. Este proceso se ha mantenido de forma continua hasta la fecha, con el objetivo de garantizar que los recursos asignados sean adecuados para cubrir los servicios de salud incluidos en el Plan de Beneficios. No obstante, en el ejercicio de contrastación de la ADRES de 2024 se encuentra una gran contradicción: pues mientras el informe de los RIPS elaborado por las IPS solo reporta una parte de los servicios, las EPS tiene la libertad de reportar un 40% mas de servicios y costos en el reporte de suficiencia sin que se pueda asegurar que se apoyan en la facturación efectiva. En este último informe llamado “de suficiencia” que reemplaza al reporte de las IPS con los RIPS y se encuentra que mientras las EPS reportan 100% de las actividades para cobrar al Ministerio y a la ADRES la UPC a la cual tendrían derecho, entre tanto las IPS solo reciben 60% para cobrar con sus facturas a las EPS.
4. La Superintendencia Nacional de Salud tiene un sistema de información financiera basado en el Formato FT001 “Catálogo de Información Financiera con Fines de Supervisión”. Este formato recopila datos financieros detallados de las EPS y debe ser reportado trimestralmente en formato XML. El documento debe estar firmado por el representante legal, el contador y, cuando aplique, el revisor fiscal de la entidad. El proceso de reporte se realiza a través del sistema RVCC, diseñado para la recepción y validación de esta información. Adicionalmente el Formato FT002 para “Publicación de Estados Financieros” está destinado a la divulgación de los estados financieros de las EPS. Este formato debería asegurar la transparencia y el acceso público a la información financiera relevante de las entidades de salud, aunque los detalles específicos sobre la periodicidad y el método de

envío del FT002 no se mencionan en las fuentes consultadas, tampoco existe evidencia que esta información este auditada o firmada por el revisor fiscal y según comentarios informales los formatos son elaborados por personal de rangos inferiores sin ninguna supervisión especial. Es notorio que en este caso según nuestras consultas la información de los estados financieros de la Supersalud no coincide con los Estados Financieros publicadas en la WEB y que si están formados por el Revisor Fiscal.

CONCLUSION

Pese a contar con cuatro sistemas de información ninguno es confiable para determinar con precisión la información necesaria para calcular la UPC. Además, ninguno presenta cifras definitivas para el año 2024 y por lo tanto no se pueden hacer proyecciones válidas para el 2025. Es de observar que estos sistemas de información no manejan cifras debidamente auditadas por terceros independientes o firmas profesionales de auditoría y por lo cual se puede presumir que cualquier certificación es un ejercicio de “yo con yo”. Por lo tanto, ni el Ministerio, ni la Corte, ni las EPS podrían terminar con certeza cual debe ser el valor de la UPC para el año 2025. Solo será posible una concertación “política”.

Iván Jaramillo Pérez

Foto tomada de: Ámbito rural