

Imprimir

Analizar la forma como se calcula el valor de Unidad de Pago por Capacitación (UPC) necesariamente nos conduce a responder varios interrogantes: ¿cuál fue el sistema de creencias que justificó la privatización del sistema de salud? ¿Qué características presenta este modelo y sus respectivos ajustes? ¿Cómo opera la financiación de los servicios? ¿Cuál es el rol desempeñado por el Estado o mejor de los diferentes gobiernos en la inspección, vigilancia y control (IVC) del sistema? ¿Qué papel desempeñan las EPS en la determinación del valor de la UPC? La respuesta a este conjunto de interrogantes nos puede conducir a un análisis de economía política en que se subrayan los intereses de diferentes, en un sector que moviliza anualmente recursos por más de 80 billones de pesos.

El sistema de creencias que justificó la privatización del sistema de salud.

La organización del sistema de aseguramiento en salud fundado en la gestión privada se sustenta en una comunidad del discurso -en términos del institucionalismo histórico -que tiene como una de sus creencias centrales las ideas de que el capital privado es el mejor organizador de la sociedad y que la eficiencia es una de las características de la economía de mercado. En dicha economía incluyen, por supuesto, la provisión de servicios públicos que, como parte de las reformas promercado, delineadas en el plan de desarrollo *La Revolución Pacífica* del gobierno de César Gaviria, integraron el proceso de privatización.

El modelo de aseguramiento que se materializó en la expedición de la Ley 100 de 1993 y en sus respectivos ajustes se le denominó como *pluralismo estructurado*, término propuesto por Juan Luis Londoño y el mejicano Julio Frenk. El soporte de este esquema estaba en la premisa de que al aumentar la participación de los agentes privados se elevaba la eficacia en el cumplimiento de los objetivos de la Ley y se generaba una mayor eficiencia en la gestión de los recursos. Igualmente, se afirmaba que la actuación de los agentes privados, dadas las características de *cuasimercado* de la prestación de servicios de salud, debería operar bajo un esquema de competencia regulada con separación de las funciones de aseguramiento y prestación de servicios.

Así, el logro de la eficiencia imponía como condición indispensable la separación entre esas

dos funciones. Sin embargo, uno de los opositores a la actual reforma Juan Carlos Echeverri, socio de la firma E Concept-Juan Carlos Echeverri, Esguerra Barrera Arriaga Asesores Jurídicos y Murano Consultores, en un trabajo de consultoría contratado por Saludcoop (2011) recomendó una mayor integración entre los negocios de EPS e IPS (pasar del 40 al 60% en el uso de la red interna), con miras a rentabilizar el negocio. Tal idea favorecía la integración vertical y consolidaba una posición de naturaleza oligopólica, fusionada con un manejo poco transparente que dio la empresa a los recursos de salud, tal y como lo detectaron los organismos de control. El gerente de esta EPS acaba de ser condenado por el Tribunal Superior de Bogotá a nueve años de prisión por peculado por apropiación en favor de terceros y al pago de \$112.000 millones de pesos al sistema de salud. La sala plena dejó constancia de que “Carlos Palacino Antía se aprovechó de la figura societaria y, en su rol de administrador, manipuló los estados financieros con el propósito de implementar un plan de negocios claramente dirigido a apropiarse, a favor de la empresa, de los recursos de naturaleza pública, en perjuicio no solo del erario sino de la salud de millones de afiliados que llegó a tener SaludCoop” (Daniel Coronel, “nuevamente condenado”, en Revista Cambio, 12 de noviembre de 2023).

La teoría de la *agencia* justifica la existencia del pluralismo estructurado, que, si bien no estuvo presente de manera explícita al expedirse la Ley 100 de 1993, sí va hacer usada por la tecnocracia en las posteriores reformas de esta ley. La estructuración del sistema de seguridad social, así como la diferenciación de funciones entre los agentes que participan en el sistema de seguridad social en salud, se ha considerado elemento central para pensar la operación del sistema en la perspectiva del principal-agente, creado originalmente para explicar la relación entre propietarios y gerentes en las grandes corporaciones, cuyo funcionamiento escapaba al control directo del o de los propietarios[1].

Los problemas básicos que observa la teoría de la agencia se restringen a las diferencias en el nivel de información y en las orientaciones de los intereses de las partes que intervienen en las transacciones en la esfera social económica, es decir, en la “inobservabilidad” u observabilidad muy limitada del principal sobre las acciones del agente. Por ello, el objeto central en esta teoría es estudiar la configuración contractual entre el principal y el agente

en un contexto de asimetría de información y de incertidumbre en la distribución de los riesgos. La finalidad de los estudios de esa naturaleza es proveer instrumentos que contribuyan a generar una solución eficiente de los problemas.

En esa perspectiva se diferencian tres campos de la actuación del Estado en el modelo institucional asociado con los servicios de salud: en primer lugar, existiría una labor de rectoría que funciona para todo el sistema, en segundo término, una labor de regulación en el régimen contributivo sobre la relación entre afiliados (principales) y las empresas promotoras de salud (agentes), y finalmente una de principal (Estado) - agente (entidades administradoras de planes de beneficio) en el caso del régimen subsidiado el escenario cambia porque desde el punto de vista contractualista, ya señalado, el Estado opera como principal, pero los afiliados son las personas sin capacidad de pago. En esta condición la labor del principal no va más allá de la suscripción del contrato y el pago de los precios del aseguramiento, pues los comportamientos de mercado en términos de la elección de la aseguradora o el establecimiento de reclamaciones están en manos de los afiliados.

Este enfoque conceptual supone que el régimen político puede regular el sistema, pero con los procesos de clientelización y de corrupción, propios de los estados latinoamericanos, los procesos de investigación, vigilancia y control (IVC) se caracterizan por su fragilidad, y por el funcionamiento de una puerta giratoria que permite el paso de funcionarios públicos que se desempeñan en las instituciones regulatorias a administradores de las EPS o de las IPS, facilitados por la inexistencia de un régimen de incompatibilidades.

La justificación teórica que, durante los 30 años de funcionamiento del sistema de salud, basado en la privatización, dio lugar a que la participación de lo privado en la esfera de lo público estuviese más orientada a la apropiación privada de ventajas o recursos públicos (la economía neoinstitucional los cataloga como “*Renk Sekeers*”) que a la ampliación del campo de acción de lo privado.

Características del modelo de salud: Inequidad, Servicios curativos y no preventivos

El sistema de salud que se ha construido descansa sobre su carácter curativo más que preventivo, que no logra contribuir decididamente a la superación de las inequidades. Una de las explicaciones puede estar asociada a la rentabilidad de las acciones en el campo de la salud, que acentúan la búsqueda de rendimientos de corto plazo, por ejemplo, se presenta una mayor ganancia en pacientes en las UCI comparado con las utilidades que se pueden obtener en el desarrollo campañas masivas de promoción y prevención de la enfermedad.

Una reciente investigación del BID (septiembre del 2013) detectó que el 17% del gasto en hospitalizaciones corresponde a hospitalizaciones que se podrían haber evitado aplicando atención primaria oportuna y adecuada; adicionalmente, se encontró que el 20% del gasto total se destina la atención de condiciones que se pueden prevenir controlando cuatro factores de riesgo: tabaquismo, abuso de alcohol, falta de actividad física y de alimentación adecuada (Gutiérrez et al., p. 33). Para el año 2020 el 89,8% del total del gasto público en salud se destina a servicios de salud curativa y “paliativa provistos por la seguridad social, el 5,4% se dedica a gastos administrativos, el 2,4% se dedica a servicios preventivos y el 2,5% restante a salud pública (Gutiérrez et al., p. 10). Este mismo informe reporta que entre el 2017 y el 2019 la atención primaria en salud representó tan solo el 3% del gasto en salud (4.6 billones de pesos), lo gastado en medicamentos para el 2020 ascendió a la suma de 11 billones, equivalente al 19% del gasto en salud[2].

El enfoque curativo del modelo, acompañado por la ineficiencia del gasto, tiene efectos sobre la esperanza de vida que, según el estudio del BID, podría aumentar en 4 años si se hace un mejor uso de los recursos. Otras características que deben ser transformadas son la persistencia de grandes diferencias regionales y la manifiesta inequidad entre la salud brindada para pobres (RS) y aquella a que accede el sector formal de la economía (RC).

Los logros de equidad del sistema están asociados al campo jurídico -en términos de Pierre Bourdieu- es decir, a la sentencia de la Corte Constitucional la T-760/08 en la que se determina el derecho a la salud es un derecho constitucional fundamental, por su conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana. Esta sentencia allanó el camino para la expedición de la Ley Estatutaria en Salud

(1751 del 2015).

A pesar de los avances, la inequidad continúa, no solo porque en la igualación promovida por la Corte Constitucional no quedaron incluidas las prestaciones económicas (licencia de maternidad, incapacidades laborales), sino porque las barreras de acceso afectan con mayor fuerza a los afiliados del régimen subsidiado. Cuando un afiliado al RS se enferma la decisión de ir al médico le puede significar una disminución de su ingreso, dada su no pertenencia al grupo de asalariados, caída que se vería agravada en caso de tener una incapacidad; en el sector rural la situación se torna más catastrófica por los costos que implican el transporte y el tiempo “que se pierde”.

La existencia de las mayores barreras de acceso que enfrentan los afiliados al RS, conduce a concluir que no es completamente acertado basar el estudio de utilización y costos de las prestaciones de servicios en las frecuencias de uso que se registran en el sistema de información, pues claramente hay subregistro de la necesidad en el caso del RS. Esta situación se traduce en que las regiones con menores frecuencias de uso reciban menos recursos, aún si esos registros obedecieron a graves dificultades para acudir a la prestación de servicios. Una investigación de la OPS/OMS y la Universidad de los Andes (OPS, 2023) señala que dentro de las principales barreras de acceso se encuentran la falta de oportunidad en la atención (imposición de trámites excesivos, ausencia de seguimiento a los usuarios en su atención y tiempos de espera), accesibilidad geográfica, disponibilidad (diferencias en la disponibilidad de infraestructura y talento humano), entre otros. Por el contrario, en el RC los afiliados al tener un mayor capital cultural, un mejor nivel relativo de ingresos la demanda por el uso de servicios aumenta.

Así que la probabilidad de acceder a la prestación de servicios depende del tipo de afiliado. Existen cuatro clases de afiliados al sistema de salud: los más privilegiados que tiene medicina prepagada, el contributivo con planes complementarios, el contributivo y el régimen subsidiado. La oportunidad al servicio está condicionada por la capacidad económica del afiliado. Esta es una mercantilización del sistema; o mejor una seguridad social basada en el lucro que garantiza rentabilidad de las EPS, tan atractiva para el conjunto de sus

Reflexiones sobre la asignación de recursos en el sistema de aseguramiento en salud: La Unidad de pago por capitación- UPC

operaciones económicas que incluso atrae capitales extranjeros como el caso de SANITAS.

La UPC en el modelo de financiamiento del sistema de salud

Con miras a garantizar el funcionamiento de este modelo de salud se ajustó una forma de financiación. El plan implícito en salud se financia con recursos fiscales y para fiscales. Los primeros tienen como fuente el sistema general de participaciones, las rentas cedidas a las entidades territoriales, los recursos propios de los departamentos y municipios, así como del presupuesto general de la nación. Los segundos los componen las cotizaciones obrero-patronales de los afiliados al régimen contributivo[3], algunos recursos del subsidio familiar recaudados por las Cajas de Compensación Familiar y los copagos-cuotas moderadoras a cargo de los afiliados. De acuerdo con investigaciones recientes (Giancarlo Buitrago 2023) estos dos componentes del gasto de bolsillo de los afiliados al RC se han convertido en una barrera de acceso al sistema.

Al adoptar la modalidad de aseguramiento se estableció como principio de asignación de recursos la prima de seguro por afiliado, denominada UPC; con ello las personas quedan en la categoría “expuestos a siniestros”. El artículo 16 de la Ley 100/93 estipuló que “que por cada persona afiliada y beneficiaria de salud recibiría una Unidad de Pago por Capitación UPC que será determinada periódicamente por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud”. Este Consejo fue eliminado y por medio de la Ley 1122 del 2007 sus funciones se transfirieron a la CRES (Comisión de regulación en Salud). Años más tarde el Decreto 2560 del 2012 sus funciones y competencias fueron trasladadas al Ministerio de Salud y Protección Social.

De acuerdo con el Ministerio se debe “fijar un nivel de prima que sea suficiente para cubrir las obligaciones en salud a cargo de las aseguradoras, permitiendo simultáneamente un determinado nivel de utilidad. Se trata de un seguro, que obliga al asegurador a responder por los costos asociados a una posible siniestralidad futura y que son desconocidos al momento de fijar la tarifa, lo cual implica la necesidad de utilizar metodologías actuariales apropiadas para estimar la prima”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021, p. 25).

Reflexiones sobre la asignación de recursos en el sistema de aseguramiento en salud: La Unidad de pago por capitación- UPC

Esta prima representa el 88.2% del gasto para 2023. La perspectiva de suficiencia y de ajuste de riesgo parte de considerar que el sistema funciona con los mecanismos de mercado y su indagación se orienta a establecer los factores de ajuste de riesgo que mejor pronostiquen el costo de la atención, dado que la UPC se calcula de manera prospectiva.

La metodología del cálculo de esta prima tiene como uno de sus pivotes el procesamiento de la información sobre los gastos, frecuencias de uso, medicamentos entre otros, suministrada por las EPS. Las fuentes de información utilizadas para el cálculo son: Base de datos de la prestación de servicios de las aseguradoras por cada uno de los registros, registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), estados financieros reportados por las EPS a la Superintendencia Nacional de Salud, base de datos de la compensación de la ADRES, base de datos de liquidación mensual de afiliados al régimen subsidiado (RS) de la ADRES.

No es esta la oportunidad de explicar cómo se realiza la metodología del cálculo, basta recordar que el CID de la Universidad Nacional lo realizó para el 2009 y junto con la Facultad de Medicina se calculó la prima para el 2010 y recomendó la implantación de modelos de auditoría de información. El Ministerio parte del principio de “buena fe” en el suministro de la información registrada por las aseguradoras en la base de suficiencia. Una de los hallazgos encontrados en el cálculo del 2010 fue el sobre el gasto de medicamentos reportados por tres EPS. El gasto per cápita arrojó una cifra cercana a los \$200.000 (para Cafesalud alcanzó la cifra \$220.155, el de SaludCoop \$208.654 y el de Cruz Blanca \$194.562). Con medidas de tendencia central en promedio el gasto total per cápita era del orden de \$60.082 pero al no incorporar en el cálculo a estas aseguradoras el gasto fue del orden de \$58.000 per cápita. Esta anomalía fue objeto de debate en el Congreso, el senador Robledo denunció como las “EPS montaron un cartel para inflar los costos, cobrar dos veces los servicios, negar derechos y presionar el alza de la UPC” (Diario La República 23 de mayo del 2012

Por prácticas contra la competencia la Súper Intendencia de Industria y Comercio sancionó a ACEMI y a 17 EPS afiliadas a este gremio. En la Resolución 4611 del 30 de agosto del 2011 emitida por esta entidad reguladora se adujo que: “al examinar las comunicaciones cruzadas

Reflexiones sobre la asignación de recursos en el sistema de aseguramiento en salud: La Unidad de pago por capitación- UPC

entre EPS y ACEMI, se encontró que corresponde a información privada, que en circunstancias normales de mercado no debería estar disponible para la consulta de los competidores, ya que se trata de criterios de cobertura de servicios de salud, de lo cual se deriva la diferenciación como estrategia de cada EPS, así como de costos de los servicios, variable determinante para los entes reguladores al momento de definir el precio del servicio del aseguramiento en salud (UPC y recobros del Fosyga)".

Esta situación, agrega la resolución "afecta directamente la variación en la UPC, ya que las EPS estarían suministrando información consensuada, que no guarda total correspondencia con la realidad del negocio desarrollado por cada una de ellas". En este acuerdo anticompetitivo ACEMI sirvió como instrumento de difusión y coordinación y fue artífice del mismo, al tomar "decisiones e impartió recomendaciones y directrices respecto de la cobertura del POS y los conceptos que debían ser tenidos en cuenta al momento de suministrar información a los agentes reguladores". Era de esperarse que frente a este hallazgo tanto el Ministerio como la Súper Intendencia de Salud hubiese establecido controles para verificar la veracidad de la información; obviamente es difícil hacerlo para el conjunto de la información pero si para muestras representativas. Entre quienes omitieron esta tarea se podría nombrar a Alejandro Gaviria y Fernando Ruiz Gómez, defensores a ultranza del actual modelo de aseguramiento en salud.

Cada año las EPS deben reportar los datos que harán parte de la base de suficiencia, normalmente denominada "período de experiencia" definida por el Ministerio como: "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. Para el cálculo del 2023, el período de experiencia es el comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2021". Del total de la información suministrada por las aseguradoras el Ministerio selecciona aquellas que cumplen con los criterios de cobertura y calidad de la información.

Un interrogante derivado de esta opción metodológica es ¿Qué sucede en términos de IVC con las EPS que no cumplieron con estos requisitos? Por ejemplo, en el cálculo de la prima para el 2022 se descartó la información brindada por FAMISANAR, COOSALUD, MEDIMAS,

FUNDACION SALUD MIA, EPS pertenecientes al RC. De acuerdo con el Ministerio de Salud entre las razones de haber prescindido de estas EPS fue “que las UPC giradas no guardan consistencia frente al gasto” (Estudio de suficiencia, diciembre 2021). Este ejercicio contable puede estar señalando la negación de servicios de salud a los afiliados para apropiarse de los recursos del sistema.

El cálculo de la prima del 2023 se construyó con base en la información del 2021. En el RC funcionaban 16 EPS que reportaban información de prestación de tecnologías y servicios de salud financiados con la UPC, pero sólo fueron seleccionadas 8 EPS que superaron el 90% de cobertura total. El análisis del gasto por ámbitos de prestación de servicios muestra predominio el ambulatorio, seguido en orden de participación, por los ámbitos hospitalario, de urgencias y domiciliario. Respecto al RS estaban en funcionamiento 21 EPS. A partir de un estudio de calidad de la información solo fueron seleccionadas 9 EPS para el establecer el valor de la UPC que representan el 69.8% de la población equivalente y el 77.7% del gasto reportado. Para el 2021 el gasto ambulatorio fue del orden del 51,20% y el hospitalario del 42,32%, urgencias represento el 4,29%.

Lo importante de subrayar es que tradicionalmente las diferentes administraciones no realizan una auditoría acerca de la veracidad de la información, sobre la consistencia de los datos financieros y una zona oscura es la rentabilidad que derivan las EPS del negocio de la salud[4]. Esta afirmación se debe matizar al tener en cuenta la intervención forzosa realizada por la Supersalud en algunas EPS. En el 2017 funcionaban 42 EPS: 12 del RC, 3 de ambos regímenes y 27 del RS. Entre el 2019 y 2020 cuatro EPS del RS entraron en proceso de liquidación, del contributivo Cruz Blanca y con negocios en ambos regímenes Salud Vida. En el 2021 tres EPS del régimen subsidiado estaban en proceso de liquidación o reorganización.

Uno de los problemas del sistema de salud se relaciona con el incumplimiento de las condiciones financieras (Capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica) exigidas a las EPS para su habilitación. De 22 EPS y a corte de diciembre del 2022 en total 8 EPS no cumplen con el indicador de patrimonio adecuado, 13 incumplen con el régimen de reservas técnicas.

Con el sistema adoptado, el cálculo de la prima obviamente debe hacerse por medio de un estudio actuarial que incluya información poblacional (sexo, edad, municipio, zona de residencia ingreso base de cotización IBC, clase de afiliado, entre otras variables). Una de las dificultades del uso de esta herramienta es que se calcula sobre valores pasados y, por lo tanto, reproduce los sesgos de la información, en particular el enfoque no tiene en cuenta la mejora de la predicción del gasto y deja por fuera la meta de la equidad.

A pesar de haberse aumentando los recursos del sistema hay indicadores que destacan la persistencia de la inequidad: La mayor proporción de muertes maternas se han dado en el RS, cifra que suele triplicar la de las muertes maternas del RC: 59.9% acontecen en el RS mientras que en el RC es el 18.1%, a pesar de que en este último régimen tiene un mayor número de mujeres en edad fértil afiliadas en el 2019; de otra parte, la mayoría de los fallecidos por enfermedad transmisibles estaba afiliada al RS: 55,34% versus 38,54% (DANE, 2019). La lista de patologías que registra el porqué de los fallecimientos se podría extender, mencionemos otros tres ejemplos: defunciones por enfermedades del sistema circulatorio 57.58% RS contra 35.56 del RC- y defunciones por ciertas afecciones originadas en el período perinatal 56,5% versus 26.8%. Las muertes ocasionadas por deficiencias y anemias nutricionales en el 2019 se dieron mayoritariamente en el RS 65.67% y en el RC 24,99% adicionalmente el RS tiene mayor participación en las defunciones por esta causa en edades menores a los 18 años, esto significa que estas muertes se presentan en edades más tempranas.

Estos indicadores plantean el reto de reflexionar sobre los pasos a dar para aclimatar un modelo de salud preventiva articulado con el modelo de prestación de servicios, donde la promoción y prevención guíen la orientación del gasto. Adicionalmente, la concentración del gasto en centros poblados y grandes ciudades, insta a la concreción de esfuerzos para obtener equidad regional y, en general, alcanzar el logro de “la ausencia de diferencia en salud entre grupos sociales consideradas innecesarias, evitables y justas”. A corto plazo se impone el reto que la prima de seguros UPC contribuya a reducir las inequidades.

Bibliografía

Berle, A.A. & Means G.C. 1932. *The modern Corporation and private property*. New York: MacMillan.

Dane. (2023). *Estadísticas vitales (EEW)*

Gutiérrez, Catalina; Palacio, Santiago; Giedion, Ursula y Distrutti, Marcella. (2023). *¿En qué se gastan los países los recursos en salud?* BID

Ministerio de salud y protección social. Dirección de Regulación Costos y Beneficios (2021.-2022). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado*.

[1] La primera aproximación a este modelo se encuentra en Berle, A.A. & Means G.C. (1932).

[2] “La información disponible sugiere que existe una diferencia del 20% entre el precio de compra en el laboratorio mayorista y el precio que paga el sistema de salud” (p. 32).

[3] A partir de la ley 1607 del 2012 se excluyó del aporte patronal en salud a las empresas que contraten trabajadores que devenguen hasta 10 smlv. Por medio del presupuesto público se asume este subsidio dado a los empresarios. En la exposición de motivos de esta ley se aducía que con menores parafiscales se podría aumentar el nivel de empleo formal.

[4] La mayoría de las EPS reportaron en sus estados financieros una utilidad neta negativa para el período del 2017 a 2022 (cuenta reportada en los estados financieros como “Cierre de ingresos, Gastos y Costos”). De esta cifra surge un interrogante ligado a la racionalidad capitalista: ¿si se pierde dinero, porque se mantienen en el negocio? Quizá la rentabilidad no está bien reflejada en los estados financieros o tal vez su presencia en el sector les permite beneficios en sectores ligados al servicio de salud como propiedad sobre sus propias IPS donde se estaría obteniendo las ganancias.



Reflexiones sobre la asignación de recursos en el sistema de aseguramiento en salud: La Unidad de pago por capitación- UPC

Oscar Rodríguez S. Universidad Nacional de Colombia - Externado de Colombia

Foto tomada de: colombia.com