

La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

The capitation payment unit: 17 years in the General Social Security System in Health

Diego A. Restrepo¹; Luis E. López S².

¹ Administrador en Salud: gestión de servicios de salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: yo20@live.com.

² Médico-cirujano, especialista en Economía de la Salud y en Administración de Servicios de Salud, magíster en Gerencia en Salud, doctor en Salud Pública. Correo electrónico: luismellin@gmail.com.

Recibido : 13 de Abril de 2012. Aprobado: 15 de Diciembre de 2012.

Restrepo DA, López LE. La unidad de pago por capitación: 17 años en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30(3): 291-299.

Resumen

Objetivo: analizar la evolución de la unidad de pago por capitación (UPC), los métodos y las variables existentes para su definición dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, luego de su implementación entre 1995 y el 2011. **Metodología:** estudio de tipo observacional descriptivo de corte longitudinal. La población de referencia la constituyeron todos los documentos consultados, entre libros, artículos de revista, bases de datos y presentaciones oficiales, que contuvieran los términos claves. Todos los documentos analizados se clasificaron tomando como referencia una escala de tipo Likert con cinco niveles. **Resultados:** se encontró que la UPC se valora como elemento indispensable para mantener el equilibrio financiero del sistema. Desde 1995 hasta el

2011, los métodos para definirla fueron variados, pasando por una definición basada solo en el equilibrio financiero y la disponibilidad de recursos hasta configurar un estudio técnico con herramientas estadísticas que la ajustara anualmente.

Conclusiones: el origen de la UPC puede atribuirse a la orientación del sistema hacia un esquema de mercado y a la confluencia de tres teorías básicas. Las variaciones de la UPC siempre han referido un valor similar año tras año; por ello, aunque cambie la metodología para su definición, esta seguirá en proporciones iguales si se compara con años anteriores.

-----**Palabras clave:** unidad de pago por capitación, financiación de sistemas de salud, seguro de salud

Abstract

Objective: to analyze the evolution of the Capitation Payment (UPC for its Spanish name “unidad de pago por capitación”) as well as the methodologies and variables for defining it that have existed in the Colombian Social Security System in Health since its implementation between 1995 and 2011. **Methodology:** An observational, longitudinal descriptive study. The reference population was made up of all the papers reviewed, including books, journal articles, databases, and official presentations containing the key concepts. **Results:** It was found that the Capitation Payment (UPC) is valued as an essential element to maintain the financial balance of the health system. From 1995 to 2011 there were a number

of methodologies for defining this payment. They ranged from a definition based only on the financial balance and the availability of resources, to a technical study using statistical tools to annually adjust the value of the UPC. **Conclusions:** The origin of the UPC can be attributed to the system’s orientation toward a market scheme and to the convergence of three basic theories. The variations in the value of the UPC have always resulted in a similar value year after year; this is why even if the methodology for defining it changed, the proportions will be the same when compared to previous years.

-----**Key words:** capitation payment unit, health systems financing, health insurance

Introducción

Los sistemas de salud constituyen un conjunto de organizaciones, recursos y elementos que buscan principalmente mejorar la salud de una población. Para el desarrollo integral de estos sistemas se necesita personal, financiación, información, suministros, orientación y una adecuada dirección general; además, deben proporcionar buenos tratamientos y servicios y que estos sean justos desde el punto de vista financiero [1].

La financiación de un sistema de salud representa un proceso complejo y fundamental para cada gobierno, que debe cumplir tres funciones específicas e interrelacionadas: la primera es recaudar los fondos suficientes para la atención en salud; la segunda es mancomunar estos fondos para dispersar los riesgos financieros entre los afiliados; y, por último, utilizar dichos fondos para la prestación de los servicios de salud [2]. Los procesos de financiación de estos sistemas se afectan por dos situaciones específicas: inicialmente, por los problemas económicos existentes en cada país y, además, por una demanda creciente de mejores servicios y una lista cada vez mayor de nuevas tecnologías y medicamentos que demandan los usuarios [3].

En el caso colombiano, los inicios de un sistema de salud se remontan hacia la década de los cuarenta, cuando se crearon la Caja Nacional de Previsión Social (Cajanal) y el Instituto de Seguros Sociales (ISS), fundamentándose en el concepto de la ley de seguros sociales emitida en 1883 por el alemán Otto von Bismarck [4]. Este sistema de seguridad social en sus inicios obedeció a la necesidad de un mecanismo institucional y financiero que garantizara a todos los trabajadores el acceso a las prestaciones en caso de enfermedad, invalidez o muerte. Hacia 1992, las entidades que componían los diversos sistemas de aseguramiento realizaban inversiones anuales per cápita en salud diferenciadas; por ejemplo, Cajanal invertía US\$85, el ISS invertía US\$50 y Ecopetrol, por su parte, hacia una inversión de US\$170, lo que demuestra entonces diferencias hasta de US\$120 entre una entidad y otra, lo cual señalaba inequidades en el sistema [4].

En 1993, con la entrada en vigencia de la ley 100, formaron parte del sistema nuevos elementos basados en un esquema de mercado y una estructura regida por la competencia regulada. Estos elementos tenían carácter regulatorio, como el caso del Plan Obligatorio de Salud (POS) que se conoce como el conjunto de actividades, procedimientos, intervenciones y medicamentos para la atención en salud, que puede verse como el producto final que obtiene el usuario [5] y la unidad de pago por capitación (UPC), que representa el valor anual en salud per cápita que reconoce el Fondo de Solidaridad y Garantía (Fosyga) a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) [6],

y puede denominarse como el precio final del paquete de servicios. Ambos elementos son regulatorios, pues dentro de un modelo de competencia perfecta, el producto y el precio son elementos moldeables según las leyes de mercado, pero dentro del modelo del sistema de salud, estos dos elementos son inflexibles, pues los define el organismo de dirección del sistema, orientando esta competencia hacia la calidad del servicio.

Este trabajo tiene como objetivo analizar la UPC en el periodo comprendido entre 1995 y el 2011; para ello, los resultados se dividen en tres partes: en la primera se identificaron los antecedentes, propósitos y fundamentos de la UPC; en la segunda se analizaron los métodos utilizados entre 1995 y el 2011 para definir este elemento; por último, se comparara el valor de la UPC frente a indicadores macroeconómicos como el salario mínimo y el índice de precio al consumidor.

Metodología

Se desarrolló un estudio de tipo observacional descriptivo de corte longitudinal que permitió identificar los antecedentes y propósitos de la UPC, además de los modelos utilizados entre 1995 y el 2011 para definir este valor. La población de referencia estuvo compuesta por todos los documentos publicados que incluían libros, artículos de revista, bases de datos, presentaciones oficiales y periódicos que contuvieran los siguientes términos clave en el título o en el resumen: unidad de pago por capitación, financiación de sistemas de salud y seguro de salud. La muestra estuvo constituida por todos los documentos consultados por los autores, que fueron revisados de manera sistemática y teniendo en cuenta el tipo de documento: legal (normas, leyes decretos y resoluciones), académico (estudios, investigaciones y artículos de revista) y oficial (bases de datos, documentos técnicos).

Todos los documentos analizados se clasificaron de acuerdo con su nivel de interés para el estudio, tomando como referencia una escala de tipo Likert con cinco niveles: 1 para mínimo, 2 para bajo, 3 para medio, 4 para alto y 5 para muy alto. Se tuvo en cuenta la información correspondiente a todos aquellos documentos que se habían clasificado entre medio y muy alto según esta escala. Para la recopilación de información se tuvo en cuenta la información disponible en páginas web oficiales, como la del Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES), la del Plan Obligatorio de Salud (POS), además de artículos de revista indexadas por Colciencias y documentos legales en el marco jurídico colombiano, entre otros; el periodo de inclusión se refirió a datos comprendidos entre 1995 y el 2011.

En este estudio se utilizaron dos instrumentos para la recolección de información: inicialmente se estruc-

turó una herramienta llamada “resumen de fuentes secundarias”, por medio de la cual se conocieron de forma práctica y fácil las características de forma, ubicación y, principalmente, el aporte del documento al trabajo por medio de la escala Likert. La segunda herramienta fue una ficha bibliográfica utilizada para determinar con mayor precisión el contenido de aquellos documentos que representaban algún tipo de utilidad para el desarrollo del estudio; el principal beneficio de esta ficha fue el de describir en ella los principales apartes que debían incluirse en los resultados del trabajo, dando de esta forma orden y coherencia a la revisión de las fuentes secundarias.

Resultados

Antecedente, propósitos y fundamentos de la UPC

El intento por desarrollar un sistema de salud equitativo y financieramente equilibrado en Colombia logró desplegar algunos sucesos, tanto políticos como económicos, que dieron lugar a un sistema basado en un esquema de mercado estructurado a través de la competencia regulada, lo que generó así elementos regulatorios como el POS y la UPC. Estos sucesos históricos iniciaron su recorrido en 1946, cuando se creó una entidad encargada de la regulación y determinación de normas y directrices en materia de salud, conocida en ese entonces como Ministerio de Higiene [7]. En las décadas de los sesenta y setenta se revelaron los esfuerzos más importantes en materia de salud pública y de un sistema de salud para este país, comenzando con un esfuerzo institucional, financiero, legislativo y programático de donde se deriva el mejoramiento de las condiciones de salud de toda una población y continúa con la generación de procesos importantes de planificación económica y social.

Para obtener el desarrollo económico y social deseado por el Estado, se pretendía crear un sistema fuerte y dinámico que mantuviera el sector salud como uno de los principales elementos de redistribución del ingreso; por esto, desde 1963 —e intensificándose a partir de 1973— se configuró el perfil del Sistema Nacional de Salud (SNS), cuya estructura y organización se estableció formalmente en enero de 1975. Desde su concepción, el SNS tuvo un perfil descentralizado en los niveles nacional, departamental, regional y local, gracias al auge del modelo neoliberal que se dio en Colombia hacia la década de los años setenta, con el propósito de alcanzar un mayor desarrollo económico y social.

Además de la estructura y organización, es prudente observar el comportamiento de las fuentes de financiación del SNS (tabla 1), tales como el situado fiscal, los aportes nacionales de recursos ordinarios, las rentas cedidas, los aportes departamentales y municipales y las rentas propias, pues estas describieron una variación

importante entre 1981 y 1990. Inicialmente, los aportes obrero-patronales y las ventas de servicios apuntaron hacia un aumento porcentual considerable; por otra parte, los aportes gubernamentales presentaron un descenso sostenido en el periodo, dejando observar una reducción en la intervención estatal y permitiendo que las fuerzas del mercado actuaran en el desarrollo del sistema.

Otro de los acontecimientos políticos más relevantes para configurar un sistema de salud basado en un esquema de mercado fue el proceso de descentralización del Estado. El modelo de desarrollo que se había implantado en Colombia se basaba fuertemente en el centralismo, de modo que en el nivel nacional se acumulaban todas las funciones y decisiones del país, lo cual lo convertían en una superestructura unitaria incapaz de cubrir las demandas de la población respecto de servicios como la salud, la educación y el agua potable. Otros factores influyentes para empezar un proceso de descentralización fue la presencia de una situación de crisis económica, política y social, al igual que la presencia de un factor externo y la internacionalización de la economía con una menor intervención del Estado [8-9].

En la década de los noventa comenzó un proceso de modernización del Estado con un enfoque hacia la realización de reformas sociales, lo cual tuvo como resultado una nueva definición constitucional de Colombia como un Estado social de derecho. La modernización, en particular, se encaminó hacia la reestructuración de las instituciones gubernamentales y hacia la organización de un Estado mínimo y eficiente que tuviera como objetivo primordial la protección del desempeño y la estabilidad macroeconómica, y que promoviera el desarrollo económico, la inversión extranjera y el intercambio mundial, todo esto a través de la regulación de los servicios públicos domiciliarios y sociales mediante esquemas de mercado [10]. En cuanto a la salud, la reforma que se presentó en este sector estuvo caracterizada por un amplio proceso que expresó su punto de partida en la definición de la seguridad social como servicio público coordinado por el Estado, continuando así, con la inclusión de elementos básicos, tales como la aplicación del principio de solidaridad y la incorporación de un modelo de competencia público-privada a través del mercado, en cabeza de entidades como el Ministerio de la Protección Social (MPS) y el Consejo Nacional de Seguridad Social (CNSSS).

La Comisión Constitucional de Seguridad Social creada por el artículo transitorio N.º 57 de la Constitución Política de 1991 estableció que la prestación de los servicios de salud son elementos fundamentales del concepto de seguridad social y para ello es necesaria una división entre la administración (aseguramiento) y la prestación de servicios. Esta división lograría consagrar en el nuevo sistema un modelo de aseguramiento que garantizaría la salud de los colombianos y traería a

Tabla 1. Composición por origen y concepto del financiamiento de salud

Año	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990
% aportes Gobierno	30,7	32,6	33,6	28,1	31,3	23,9	34,8	26,9	30,7	21,4
% Aportes obrero-patronales	27,5	22,1	28,3	26,8	34,8	39,4	34,5	36,3	35,5	33,1
% Venta de servicios	20,0	11,9	18,4	23,5	17,9	20,2	16,3	27,8	13,8	25,4
% Otros ingresos	11,2	15,0	15,0	16,6	10,8	11,1	10,7		13,5	13,2
% Rentas créditos Aportes varios-Donación	9,4	10,5	4,1	2,3	2,3	1,2	0,7	4,8	4,7	4,4
Subtotal % origen interno	98,8	98,1	99,3	97,3	97,0	95,8	97,0	96,0	98,1	97,5
Subtotal % origen externo	1,2	1,9	0,7	2,7	3,0	4,2	3,0	4,1	1,9	2,5

Fuente: Ministerio de Salud. Análisis financiero del sector salud 1981-1990

consideración elementos tales como la teoría del riesgo y la prima de seguros [10].

Esta división se justificó gracias a la complejidad que representa la prestación de los servicios de salud y las ineficiencias que representaría la contratación si esta se hiciera individual, teniendo en cuenta también los innumerables fallos de mercado que genera el sector salud. En virtud de lo anterior, fue necesario pensar en la creación de entidades articuladoras, es decir, entidades que lograran intermediar entre los prestadores de servicios y cada individuo, llamadas por la ley *Empresas Promotoras de Salud* (EPS). En esta relación, surge la llamada teoría de agencia, en la que una persona (el principal: individuo) contrata a otra (el agente: EPS) para que realice determinada actividad a su nombre, lo que implica cierto grado de delegación de autoridad en el agente. En este caso, se busca que el agente asegure, administre, represente y contrate con un prestador de servicios un plan de beneficio.

Como contraprestación a la realización de estas actividades, las EPS reciben un pago denominado UPC, que corresponde a un valor anual fijo por cada afiliado, ajustado según sexo, edad y ubicación [11], y que representa también una aproximación del concepto de prima de seguro, complementado con ciertos pagos de bolsillo realizados por los usuarios en el momento de la atención médica [12]. Por último, se constituye junto con el POS, en las dos variables del mercado regulado, es decir, que son elementos regulatorios que no son modificables a través de las fuerzas de mercado, sino que se definen solo a través del organismo de regulación. La UPC representa el precio y el POS, el conjunto de servicios, ambos equivalentes para todos los oferentes y demandantes en el mercado según el régimen al que pertenezcan.

Los sucesos mencionados, tales como la estructura organizacional y financiera del SNS, el proceso de descentralización y una modernización del Estado colombiano, fueron acontecimientos que directa o indirectamente aportaron para que se configurara un sistema de

salud basado en el mercado, gracias a lo cual se crearon sus propios elementos regulatorios, como es el caso de la UPC. También el análisis de algunos de estos sucesos dan cuenta de la inexistencia de una figura similar a la UPC antes de la promulgación de la ley 100 de 1993; y el origen de esta puede atribuirse a la confluencia de tres teorías que se han presentado a lo largo del desarrollo de un sistema de salud en Colombia: la primera es la teoría de los seguros sociales formulada por Otto von Bismarck en 1883 [4]; la segunda es la teoría de agencia en la que se incluyen las entidades articuladoras; y, por último, aparece la teoría de la competencia regulada, divulgada en 1988 por el economista Alain Enthoven [13], que permite establecer una estructura del sector salud que crea condiciones e incentivos para que todos los oferentes del mercado compitan entre sí a fin de satisfacer las necesidades de las personas.

Métodos utilizados para definir el valor de la UPC

Después de la etapa de descentralización del Estado, este adquirió como objetivo la protección del desempeño financiero y la estabilidad macroeconómica; por esto, desde la aprobación de la Ley 100, el análisis del equilibrio financiero del SGSSS se ha basado en definir un valor correspondiente a la UPC que permita una acumulación de excedentes financieros en la subcuenta de compensación, es decir, que su definición se haga en función del equilibrio financiero de esta subcuenta. En cuanto al régimen subsidiado, el valor de la UPC se define de acuerdo con los recursos disponibles, que provienen de los impuestos a la nómina a través del punto de solidaridad, y del sistema general de participaciones, de acuerdo con las características de estas fuentes de financiación, el equilibrio financiero de este régimen depende más de las políticas macroeconómicas que de un equilibrio entre la UPC y los ingresos en la subcuenta de solidaridad [14].

El 28 de julio de 1994, el CNSSS, en cabeza del ministro de salud Juan Luis Londoño de la Cuesta, expidió

el Acuerdo N.º 7 en el que se define el primer valor de la UPC en \$141.600 para el año de 1995 [15]. Esta primera definición del valor de la UPC fue respaldada por un estudio técnico denominado “La definición del valor del Plan Obligatorio de Salud” [16]. Este estudio inició su proceso con la construcción de un mapeo de los ingresos de las familias colombianas, utilizando el marco de referencia más actualizado de la época: la Encuesta de caracterización socioeconómica (Casen), realizada en 1993 por el Departamento Nacional de Planeación. Al mismo tiempo, la encuesta arrojaba información detallada sobre la composición de las familias y las fuentes de ingresos de todos sus individuos; para ello, las familias se clasificaron como asalariadas, independientes y sin vínculo de trabajo, y de acuerdo con esta clasificación se asignó el régimen de seguridad social al que pertenecía cada individuo.

Después de la construcción del mapeo, se pasó a generar algunos escenarios de simulación entre 1995 y el 2001, que se incorporaron en un pequeño modelo de simulación que utiliza como variables independientes la proyección del empleo y del ingreso en los diferentes segmentos del mercado de trabajo, el nivel inicial del costo del POS y su crecimiento real anual, el nivel de la cotización de la población asalariada e independiente y la relación entre los costos de los POS de ambos regímenes. La combinación de estos elementos de política permitió realizar varias simulaciones y escoger el valor más conveniente para el sistema.

El 2 de diciembre de 1994, el ministro de salud Alonso Gómez Duque derogó el Acuerdo 007 y emitió el Acuerdo 011, por el cual se fijó el valor de la UPC en \$121.000 para 1995, \$20.600 (14,54 %) menos que la UPC fijada según el estudio técnico del Ministerio de Salud. La determinación de disminuir el valor de la UPC para este primer año de ejercicio se tomó sobre la disponibilidad de recursos informada por el Ministerio de Hacienda, prescindiendo de los criterios técnicos que sirvieron de base para la decisión anterior [17].

En cuanto al régimen subsidiado, el Acuerdo 009 del CNSSS, aprobado el 21 de julio de 1994, fijó la UPC en el 50 % del valor de la UPC del contributivo; es decir, que para 1995 quedaría con un valor de \$59.000 anuales y su aumento sería igual al de la UPC del régimen contributivo. No obstante, el Acuerdo 20 de mayo de 1995 modificó el anterior acuerdo y fijó el valor de la UPC en \$100.000.

Ahora bien, siguiendo un orden cronológico, después de 1996 y hasta el 2002, no se logró identificar estudios técnicos que avalaran la decisión de incremento de este elemento, pero al analizar la variación del salario mínimo y de la UPC en este periodo, puede observarse una fuerte relación en estos dos elementos, pues aumentaban en proporciones similares. Dicho incremento en paralelo permitía acumular reservas y mantener un equilibrio financiero en la subcuenta, situación que operó relativamente bien mientras el país gozaba de prosperidad

económica, pues la crisis económica que se presentó en Colombia entre 1998 y 1999 generó una disminución importante de los ingresos y definió resultados negativos en el proceso de compensación para los años 2000 y 2001, que fueron subsanados con las mismas reservas [14].

Esta metodología se basaba en estimar el impacto del valor de incremento de la UPC sobre el equilibrio de la subcuenta; se limitaba entonces a variar los egresos dependiendo del valor de la UPC y estableciendo tres escenarios básicos: uno optimista, otro pesimista y uno más probable. En cada uno de estos escenarios se generaba un resultado que podría ser positivo o negativo y, de acuerdo con ello, se tomaría la decisión de incremento. Aunque esta metodología era sencilla, también resultó limitada, pues omitió la variación aleatoria y exógena que mostraron muchas de las variables que influyeron en el proceso de compensación [18].

Posteriormente, con el propósito de garantizar que el POS y la UPC tuvieran una verdadera relación que promoviera el acceso a servicios de salud según las necesidades, la eficiencia en la producción y un impacto positivo en los indicadores de salud, el Ministerio de Protección Social inició en el 2003 el estudio denominado “Evaluación de la suficiencia de la UPC/UPC-S”, consistente en la aplicación sistémica de diversas estrategias para la obtención de información, de procesos para garantizar la calidad de los datos y de herramientas estadísticas para efectuar análisis de indicadores anuales de morbilidad, utilización de servicios de salud y de gastos en salud e ingresos por UPC/UPC-S, con el objetivo de evaluar y ajustar anualmente el valor de la misma [19].

Mediante el envío de una carta formal se inició el proceso de solicitud de información a las diferentes fuentes. La información solicitada se recibía, se organizaba y se sometida a seis diferentes procesos de calidad para obtener la base de datos final, de donde se extrajo un análisis sobre descripciones de la población, de ingresos, de costo/gasto en salud, de morbilidad y de utilización de servicios. Los estudios de suficiencia utilizan como unidad de registro las actividades, las intervenciones, los procedimientos y medicamentos entregados a una sola persona en una fecha definida [19]; es ahí donde surge un problema en la gestión de la información, pues existe una falta de desagregación de la información a los niveles que se necesitaban; para ello, se efectúan algunos cálculos en los gastos y en los ingresos reportados que permiten obtener el nivel de desagregación necesario.

Partiendo de la información que se ha recolectado y de la desagregación de los datos, se calcula la suficiencia de la UPC, que se determina comparando la suma total del valor de los siniestros en salud amparados en los planes de beneficio (UPC neta), más los costos no asumidos por el Fosyga por concepto de los comités técnicos científicos (CTC) y de tutelas de siniestros no amparadas en el POS de todas las EPS, con relación a la suma total de los

ingresos recibidos por concepto de UPC/UPC-s, copagos, cuotas moderadoras, recursos para promoción y prevención y recobro de pólizas de alto costo [19].

La suficiencia entonces se expresa como el cociente del valor de la UPC neta y los ingresos recibidos por cada EPS para cubrir los servicios establecidos en el POS; el valor de este cociente estaría entre 0 y 100 % y se considera suficiente dentro de un rango que toma en cuenta los valores aceptables de costos administrativos y utilidad.

Para el desarrollo de los estudios de suficiencia del 2010 y el 2011, se incorporaron cambios metodológicos a raíz de lo suscitado en la sentencia T-760 de la Corte Constitucional y, particularmente, de las aclaraciones, actualizaciones e inclusiones en el POS realizadas en el Acuerdo 003 del 2009, de la Comisión de Regulación en Salud (CRES) [20]. Ambos estudios son similares a los anteriores en el proceso de gestión de la información, tanto en la solicitud y organización como en la configuración final de la base de datos; pero además, se enfocan en la inclusión de las nuevas actividades, procedimientos e intervenciones. Para ello se estima inicialmente el valor de una prima pura teniendo en cuenta los conceptos incurridos en la prestación de servicios y el periodo al que estos corresponden; además, se calcula el número de expuestos totales, seguido de la estimación de costos de los procedimientos no afectados por el acuerdo. También se efectúa una estimación de los costos de los procedimientos nuevos, donde el costo promedio equivale a la severidad por la frecuencia [21].

Otro factor que se incluye en los estudios de suficiencia del 2010 y el 2011 es el ajuste que se realiza por concepto de “incurridos pero no reportados” (IBNR) e “incurridos pero no suficientemente reservados” IBNER. De acuerdo con los procesos internos de las EPS y los respectivos procesos de contratación con IPS, existen eventos que pueden causarse en un periodo, pero que pueden reportarse o pagarse en otros. Es en estos casos cuando entran a calcularse los elementos IBNR e IBNER. Finalmente, en estos estudios se tiene en cuenta un factor denominado *tendencias*, donde es necesario realizar ajustes de costos según la inflación esperada y de acuerdo con los periodos de experiencia, análisis y aplicación [21].

Unidad de pago por capitación, salario mínimo e índice de precio al consumidor

Después de los 17 años de aplicación por los que ha pasado el SGSSS y, en específico, la UPC, es prudente observar a través de una serie de figuras el desarrollo que este elemento ha tenido y efectuar juicios sobre sus tendencias y variaciones de acuerdo con sus formas de definición y con sucesos económicos que se hayan presentado en el país dentro de ese periodo. Fuera de esto, es importante también llegar a un acercamiento entre la UPC y algunos elementos macroeconómicos del país que

pueden ligarse, como es el caso del salario mínimo y el índice de precios al consumidor (IPC).

En la figura 1 se ofrece la variación porcentual que ha presentado la UPC de ambos regímenes en el periodo de estudio; se observa que la variación de este elemento en el régimen subsidiado contiene un desequilibrio en todo el periodo, y se presentan picos altos y otros demasiado bajos, hasta el punto de mostrar cero variación porcentual en 1999, lo que indica que se tuvo el mismo valor de UPC que en 1998, lo que es explicable por la crisis económica que se presentó en el país en ese periodo. Por su parte, la UPC del régimen contributivo (UPC-C) presentó un poco más de equilibrio, con descenso sostenido desde 1995, aunque en el 2000 y el 2002 la variación fue mucho menor, pues después de la crisis económica, los saldos de la subcuenta de compensación entraron en estados negativos y, al aumentar en un porcentaje alto el valor de la UPC, se generaría mayor desequilibrio en la subcuenta, lo que implicaría mayor tiempo para su recuperación.

La variación de la UPC-C entre 1995 y el 2011 podría subdividirse en tres etapas claves: la primera, comprendida desde 1995 hasta el 2002, cuando puede notarse variaciones con picos muy altos y bajos, lo que puede atribuirse al propósito de mantener un equilibrio financiero en la subcuenta y a las deficiencias metodológicas para el cálculo preciso de este valor [22]. La siguiente etapa comienza en el 2003 y finaliza en el 2008, cuando pueden notarse valores similares que no refieren diferencias representativas, gracias a que en esa época se utilizaban como forma de definición de la UPC los estudios de suficiencia del MPS. Por último, el periodo del 2009 al 2011 quedó marcado gracias a la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional y al Acuerdo 003 de la CRES, donde se integran nuevas prestaciones al plan de beneficios y, por ende, se incluyen nuevos elementos en los estudios de suficiencia, con el propósito de lograr lo establecido en dicho acuerdo.

Dentro de la ley 100, más específicamente en el párrafo 2 del artículo 172, se estipuló que si al comenzar un año no se había ajustado el valor de la UPC, esta debería ajustarse en una proporción igual al incremento porcentual del salario mínimo; para ello, en la comparación de esta variable macroeconómica frente a la UPC (tabla 2), se encontró que a partir de 1995 y hasta el 2001 los incrementos del salario mínimo y la UPC-C siempre estuvieron en un mismo nivel, pero nunca la UPC-C quedó definida en un porcentaje menor a este. Ahora bien, es a partir del 2002 cuando se comienza a definir el valor de la UPC-C por debajo del valor del salario mínimo, pues en los procesos de compensación se presentaban saldos negativos y era necesario minimizar los egresos de la subcuenta para evitar desequilibrios financieros. Se destaca también que desde que iniciaron los estudios de suficiencia, nunca el valor de la UPC ha sido igual o mayor al del salario mínimo, al contrario de lo que se presentó

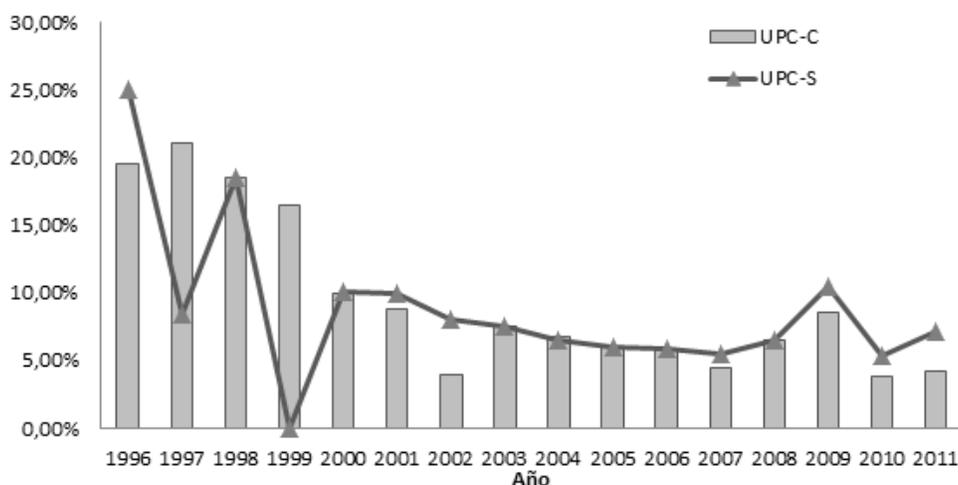


Figura 1. Variación porcentual de la UPC de ambos regímenes

Fuente: datos de la investigación

en la década de los noventa, atribuible a la forma de definición de este valor.

Finalmente, en concordancia con la Ley 1122 del 2007, que establece que si a 31 de diciembre de cada año, la CRES no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor incrementara automáticamente según la inflación (IPC), en la figura 2 se presenta una comparación entre estos dos elementos, la cual expone como resultado que la variación porcentual de la UPC del régimen contributivo en la mayoría de las ocasiones estuvo por encima de la IPC, lo que significa que en ninguno de los años este valor se definió a través de este indicador, teniendo en cuenta que como es un análisis de variaciones porcentuales se arrastran las variaciones de los años precedentes. Además, es importante anotar que las diferencias existentes entre estos valores no fueron significativamente altas en la mayoría de las ocasiones.

Discusión

Este artículo presenta una mirada histórica de un elemento importante del sistema de salud colombiano: la unidad de pago por capitación (UPC), partiendo de identificar aquellos sucesos que generaron la configuración de un sistema basado en un esquema de mercado e identificando las formas que se han utilizado para ajustar el valor anual de la prima de seguro.

En periodos anteriores a 1993, se presentaron situaciones tanto políticas como económicas que paulatinamente orientaron al sector salud en particular hacia una esfera híbrida en la que se combina un sistema de

Tabla 2. Evolución de la upc contributiva frente al salario mínimo

Año	Incremento salario mínimo (%)	Incremento UPC (%)
1995	20,50	-14,55
1996	19,50	19,50
1997	21	21
1998	18,50	18,50
1999	16	16,50
2000	10	10
2001	9,90	8,80
2002	8	5,15
2003	7,44	7,53
2004	7,83	6,70
2005	6,56	6,00
2006	6,95	5,80
2007	6,30	4,48
2008	6,41	6,50
2009	7,67	8,50
2010	3,64	3,84
2011	4,00	4,25

Fuente: elaboración del autor

seguridad social de tradición europea con un sistema fundamentado en principios de mercado [12]. Estas situaciones se ven reflejadas en procesos como la descentralización y modernización de un Estado y la estructuración y financiación de un sistema de salud, lo

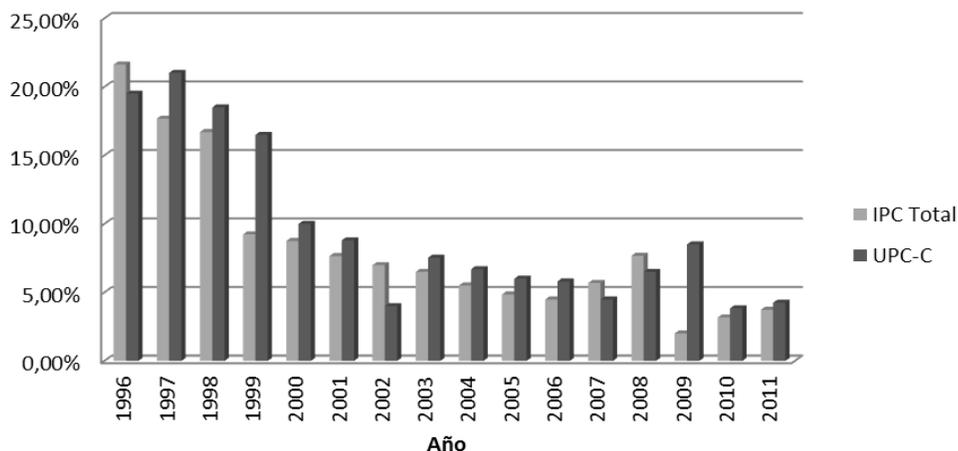


Figura 2. Comparación entre la variación porcentual de la UPC-C y el IPC total

Fuente: IPC, Dane (elaboración propia de los autores)

que trae como conclusión la inexistencia de una figura como la UPC antes de 1993, y permite que a través de un esquema de mercado, junto con teorías como la de seguros sociales y la teoría de agencia, además de una enmarcada competencia regulada, se originen elementos regulatorios para ese mercado, como el POS y la UPC. Es necesario discutir la importancia y eficiencia de estos elementos regulatorios dentro del sistema, pues fueron creados para evitar la competencia por precio o productos y maximizar la competencia por calidad.

Pues bien: desde el inicio del SGSSS, el principal y más grave problema era la falta de información para la toma de decisiones relevantes [23], como la inclusión de nuevos procedimientos y medicamentos y el ajuste efectivo del valor de la UPC. Para la definición del valor de la UPC en el periodo de estudio, se identifican tres etapas claves: la primera es la definición inicial en 1995, con la ejecución de las dos investigaciones, tanto del Ministerio de Salud como del Ministerio de Hacienda, con lo cual puede discutirse y cuestionarse sobre cuál de los dos estudios obtendría el resultado más preciso y beneficioso para el sistema. Después de esta primera decisión en cuanto al valor de la UPC, comienza la segunda etapa, desde 1996 hasta el 2003, cuando se enfoca en mantener el equilibrio financiero del sistema y se efectúa en paralelo a la definición del salario mínimo, algo comparable a las conclusiones del artículo “Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia (UPC), 1996-2007”, del profesor e investigador Jairo Humberto Restrepo y el economista Aurelio Mejía. La última etapa se fundamentó en la recolección de información para la aplicación de los estudios técnicos de suficiencia entre el 2004 y el 2011, con incorporación de cambios metodo-

lógicos en el 2010 y el 2011 gracias a la Sentencia T-760 de la Corte Constitucional.

Por otra parte, algunos indicadores macroeconómicos se convirtieron, gracias a la Ley 100 de 1993 y a la Ley 1122 del 2007, en referentes importantes para la definición de la UPC, teniendo en cuenta que si el organismo de dirección del sistema no genera los mecanismos necesarios para efectuar el ajuste, este se aplicaría según la variación del salario mínimo (entre 1995 y el 2006) y el IPC (entre el 2007 y el 2011). Por ello, al analizar la trayectoria de la UPC frente a estos dos indicadores macroeconómicos, se concluyó que solo en el periodo comprendido entre 1995 y el 2001 la UPC logró tener algún acercamiento en su definición con el salario mínimo, mientras que en el resto del periodo los ajustes no contaron con la intervención de estos indicadores macroeconómicos.

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [acceso 10 febrero de 2011] Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/28/es/index.html>.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Financiación de los sistemas de salud [Internet]. Ginebra: OMS; 2007 [acceso 12 febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/es/index.html>
- 3 Organización Mundial de la Salud. Informa sobre la salud en el mundo: La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra: OMS; 2010.
- 4 Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: la puesta en marcha de la ley 100. 3ª. ed. Bogotá: FES; 1997.
- 5 Restrepo JH, Mejía AE. La unidad de pago por capitación del sistema general de seguridad social en salud 1966 – 2006. *Vía salud: gestión, calidad y logros* 2006; 5: 14-20.

- 6 Giedion U, Wüllner A. La unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud. Bogotá: FES; 1996.
- 7 Vivas Reyna J, Tarazona Betancurt E, Caballero Argaez C, Marrero N. Sistema Nacional de Salud: administración, presupuestación, gasto y financiamiento. Bogotá: Fedesarrollo; 1988.
- 8 Colombia. Ministerio de Salud Pública. Documento ISNS Desarrollo del sistema nacional de salud: la política nacional de salud. Bogotá: El Ministerio; 1975.
- 9 Pening Gaviria JP. Evaluación del proceso de descentralización en Colombia. Economía y Desarrollo [revista en internet] 2003 [Acceso 23 de Junio de 2011]; 2(1). Disponible en: http://www.fuac.edu.co/download/revista_economica/volumen_1n1/6-evaluacion.pdf.
- 10 Ramírez Moreno J. Derechos de propiedad del seguro obligatorio de salud en Colombia. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2010.
- 11 Colombia. Congreso de la Republica. Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41148 (Dic 23 1993).
- 12 Restrepo JH, Mejía A. Equilibrio financiero y prima del seguro de salud en Colombia. Perfil de Coyuntura Económica; 2007; 09: 97-116.
- 13 Sapelli C, Aedo C. El sistema de salud en Chile: readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros [Internet]. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos; 1999 [acceso 21 de febrero de 2011]. Disponible en: http://www.cepchile.cl/dms/archivo_1629.../rev75_aedo_sapelli.pdf.
- 14 Castaño R. Elementos fundamentales del equilibrio financiero del sistema general de seguridad social en salud, que inciden en las decisiones de ajuste del pos y/o de la UPC. Bogotá: Fundación Corona; 2004.
- 15 Colombia. Consejo Nacional De Seguridad Social en Salud. Acuerdo 007 de 1994: por la cual se adopta el perfil de la capacitación para el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Consejo: 1994.
- 16 Ministerio de Salud. La definición del valor del plan obligatorio de salud: informe al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Bogotá: Ministerio de Salud, Dirección General de Gestión Financiera; 1994.
- 17 Colombia. Consejo Nacional De Seguridad Social en Salud. Acuerdo 011 de 1994: por el cual se fijan los valores de la Unidad de Pago por Capitación -UPC- del Plan Obligatorio de Salud -POS- el monto de la cotización de los afiliados al sistema y se dictan otras disposiciones. El Consejo: 1994.
- 18 Ministerio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud POS Contributivo y Subsidiado Estudio de costos. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
- 19 Bolívar M, Hurtado G, Alfonso E, Castrillón G, Ferro E, Soto J, et al. Informe al CNSSS – Estudio de la suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2008. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2009.
- 20 Universidad Nacional de Colombia. Informe de avance del cálculo de la unidad de pago por capitación nota técnica [Internet]. [Acceso 5 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.cres.gov.co/LinkClick.aspx?fileticket=MvYGoxpbs7A%3d&tabid=452>
- 21 Bolívar M, Hurtado G, Arcila A, Castrillón J, Córdoba G, Torres G. Informe a la CRES - Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo de la Unidad de Pago por Capitación para garantizar el Plan Obligatorio de Salud en el año 2011. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2011.
- 22 Yepes F, Ramírez M, Sánchez LH, Ramírez ML. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia Ley 100 de 1993. Bogotá: Assalud Mayol ediciones; 2010
- 23 Ministerio de la Protección Social. Balance de la compensación para el SGSSS. Bogotá: El Ministerio; 2004.