



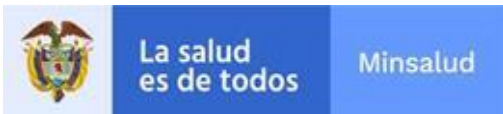
La salud
es de todos

Minsalud



GOBIERNO DE COLOMBIA

Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2020



FERNANDO RUIZ GÓMEZ

Ministro de Salud y Protección Social

MARIA ANDREA GODOY CASADIEGO

Viceministra de Protección Social

ALEXANDER MOSCOSO

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

OTONIEL CABRERA ROMERO

Director de Financiamiento Sectorial

Este estudio fue realizado durante la administración del año 2021.

Se agradece el trabajo mancomunado de todos los directivos.

Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2020.

Ministerio de Salud y Protección Social.
2021

Bogotá D.C. 2021

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

Autores del estudio

Otoniel Cabrera Romero

Director de Financiamiento Sectorial

Adriana Marcela Moreno Pardo

Coordinadora del Grupo de Sostenibilidad Financiera y Flujo de Recursos del SGSSS.

Edgar Andrés García Hernández

Dirección de Financiamiento Sectorial

David Eduardo Gómez Lizarazú

Dirección de Financiamiento Sectorial

Diego Andrés Prieto Rojas

Dirección de Financiamiento Sectorial

TABLA DE CONTENIDO

<u>LISTADO DE TABLAS</u>	VI
<u>LISTADO DE GRÁFICAS</u>	VII
<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	1
<u>2. NOTA METODOLÓGICA</u>	1
2.1 FUENTES DE INFORMACIÓN	2
<u>3. MARCO DE POLÍTICA, OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SGSSS</u>	4
3.1 ANTECEDENTES DE POLÍTICA PÚBLICA DEL SGSSS	4
3.2 OPERACIÓN DE LA COMPENSACIÓN INTERNA DEL SGSSS	5
3.2.1 PROCESO DE COMPENSACIÓN	5
3.2.2 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	5
<u>4. EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO DE SOSTENIBILIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD</u>	5
4.1 CONTEXTO MACROECONÓMICO	6
4.2 VARIABLES DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA DEL ASEGURAMIENTO AL SGSSS	13
4.2.1 POBLACIÓN AFILIADA	14
4.2.2 POBLACIÓN DEL RC - COTIZANTES Y BENEFICIARIOS	15
4.2.3 PRIMA DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD – UPC	18
4.2.4 COSTO DEL RECONOCIMIENTO DE AFILIADOS	21
4.2.5 OTROS COSTOS RC – PRESTACIONES ECONÓMICAS Y PRESTACIONES NO INCLUIDAS EN EL PLAN DE BENEFICIOS EN SALUD-PBS	22
4.3 FINANCIACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD AL SGSSS	27
4.4 ASEGURAMIENTO EN SALUD DURANTE LA COYUNTURA COVID-19	33
4.5 PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	35
4.6 LOS RECURSOS ASOCIADOS AL SOAT Y FONSAT	37
4.7 CIERRE FINANCIERO DEL ASEGURAMIENTO 2019 - 2020	37
<u>5. PROYECCIÓN DE FUENTES Y USOS DE RECURSOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL SGSSS 2021 - 2022</u>	40

5.1	MODELO DE SOSTENIBILIDAD DE FUENTES Y USOS DE LA DIRECCIÓN DE FINANCIAMIENTO SECTORIAL	
	40	
5.2	FUENTES	42
5.3	Usos	42
<u>ANEXO 1. SERIE HISTÓRICA DEL PROCESO DE COMPENSACIÓN 2014-2020</u>		<u>44</u>

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Fuentes de información.....	3
Tabla 2. Población del RC 2005-2020	16
Tabla 3. Densidad Familiar Promedio Anual.....	17
Tabla 4. Hitos de impacto en la estructura de costo de los regímenes de afiliación	19
Tabla 5. RC – Evolución del reconocimiento por prestaciones económicas y del pago de recobros (millones de pesos).....	23
Tabla 6. Densidad Salarial Promedio Anual.....	31
Tabla 7. Fuentes de Financiación administradas por la ADRES, 2019-2020 (\$millones)	31
Tabla 8. Proceso de Compensación de la Subcuenta de Promoción y Prevención.....	35
Tabla 9. Cierre Financiero del Aseguramiento 2020.....	38
Tabla 10. Proyección de fuentes SGSSS para las vigencias 2021 y 2022 (millones de pesos)	41
Tabla 11. Proyección de usos SGSSS para las vigencias 2021 y 2022 (millones de pesos)	42
Tabla 12. Serie histórica del Proceso de Compensación 2014-2020.....	44

LISTADO DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Tasa de Crecimiento del PIB real	7
Gráfica 2. Tasa de Crecimiento anual del PIB y de los Cotizantes	10
Gráfica 3. Tasa de Inflación	11
Gráfica 4. Incremento del SMLMV e Inflación rezagada un año	12
Gráfica 5. Variación Anual del SMLMV y del IBC promedio del SGSSS 2005 – 2020.....	13
Gráfica 6. Evolución del número de afiliados* al SGSSS por régimen (millones) y de la cobertura (%)	14
Gráfica 7. Evolución de los afiliados promedio compensados en el RC	16
Gráfica 8. Densidad Familiar por Periodo	17
Gráfica 9. Evolución de la UPC real reconocida	18
Gráfica 10. Evolución del ponderador de la UPC.....	20
Gráfica 11. Costo de Afiliación por Régimen (\$ millones)	21
Gráfica 12. Costo Total del Reconocimiento de Afiliados (\$ millones).....	22
Gráfica 13. Prestaciones económicas y Prestaciones No PBS (millones \$)	23
Gráfica 14. Financiación del Aseguramiento con cotizaciones (\$ miles de millones)	29
Gráfica 15. Evolución del IBC y de los ingresos por cotizaciones (\$ billones)	29
Gráfica 16. Densidad Salarial	31
Gráfica 17. Hitos del aseguramiento en salud	34
Gráfica 18. Per cápita anual para actividades de Promoción y Prevención (pesos)	36
Gráfica 19. Afiliación en el SGSSS y crecimiento de las cotizaciones entre 2019-I y 2021-II.....	39

1. INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como propósito generar un insumo técnico para el análisis de la sostenibilidad financiera de los Regímenes Contributivo y Subsidiado del aseguramiento en salud para el período 2020. En particular, se presentan las cifras de fuentes y usos del aseguramiento en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS - para el período antes mencionado considerando la necesidad de consolidar los logros ya alcanzados por el esquema de aseguramiento, así como de enfrentar los retos asociados a desarrollos normativos como la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751/2015) o los planes de desarrollo, Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (Ley 1753/2015) y Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 (Ley 1955 de 2019).

La estructuración de las proyecciones se basa en el modelo integrado de proyección de fuentes y usos del aseguramiento en el marco del SGSSS que se viene trabajando desde 2010 en el Ministerio de Salud y Protección Social –MSPS-. A partir del año 2017 se incluye un nuevo módulo de información correspondiente a la incorporación de los recursos en el contexto de unidad de caja de los recursos del SGSSS (artículo 66 de la Ley 1753/2015), de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, los recursos generados por la unidad de caja se destinarán, prioritariamente, al esquema de aseguramiento.

El modelo de sostenibilidad financiera del MSPS se presenta todos los años ante el Ministerio de Hacienda y Crédito Público – MHCP- y el Departamento Nacional de

Planeación –DNP- como insumo para la toma de decisiones al interior del Gobierno Nacional. Es utilizado en procesos como la definición de asignaciones del Presupuesto General de la Nación para afiliación al SGSSS mediante Régimen Subsidiado, así como para la definición del incremento de la Unidad de Pago por Capitación -UPC, entre otros.

A su vez, el presente documento toma como base el documento publicado por el MSPS denominado “Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2016”, cuyos autores fueron Guaje, Brun, Soto y Cabrera (2016)¹, siendo una actualización del mismo tras los cambios ocurridos en el SGSSS durante los últimos cinco años.

En el presente documento, la sección 1 está constituida por esta introducción. En la sección 2 se presentan las fuentes de información utilizadas para el modelo de proyección de fuentes y usos. En la sección 3 se desarrolla el marco de política, operación y financiación del SGSSS. En las secciones 4 y 5, se estudia la evolución de las principales variables del modelo de sostenibilidad y se presentan las cifras para la vigencia 2020 y proyecciones de 2021 y 2022.

2. NOTA METODOLÓGICA

El modelo que soporta el estudio de sostenibilidad fue estructurado para determinar el comportamiento de mediano y largo plazo de las principales variables financieras de la política de cobertura universal del aseguramiento en salud. La metodología del estudio de sostenibilidad se basa en el análisis

¹ [estudio-sostenibilidad-2016.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)

de los reconocimientos por Unidad de Pago por Capitación - UPC de cada uno de los regímenes, proyectados en función de las variables poblacionales (coberturas de afiliación), del comportamiento esperado de las fuentes y usos de recursos definidos en la normativa, y de los principales objetivos de política del sector tales como: (i) garantizar la sostenibilidad de la cobertura universal y de la unificación de los planes de beneficios entre regímenes de afiliación (Sentencia T-760 de 2008); (ii) manejar un plan de beneficios en salud implícito (a partir de 2017 en línea con la Ley 1751/2015); (iii) igualar las primas puras de riesgo entre regímenes. De esta forma, es un modelo que proyecta el cierre financiero, de acuerdo con las necesidades definidas por los objetivos de política del aseguramiento, en el marco del SGSSS. En relación con lo anterior, y en cumplimiento del marco legal, si los ingresos proyectados son inferiores a las necesidades (costos) proyectadas, implica la necesidad de una mayor financiación con cargo al Presupuesto General de la Nación (PGN).

En este modelo financiero, en la estructura de ingresos, la principal fuente de financiación relaciona cotizantes y sus aportes, y en la estructura de los egresos se considera la estructura de costos asociados a la Unidad de Pago por Capitación -UPC- asociada fundamentalmente a los afiliados totales (poblaciones del RC y del RS). Asimismo, y debido a su importancia en la determinación de los ingresos por cotizaciones, se estima el Ingreso Base de Cotización -IBC-, el cual representa el total de recursos sobre el cual operan las reglas de la cotización y prestaciones económicas y de servicios en el

SGSSS. De esta forma, el IBC constituye el principal referente de restricción presupuestal.

Se incluyen dentro de los análisis, la proyección de las poblaciones del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado en función de su comportamiento histórico, de la actividad económica proyectada por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público en el Marco Fiscal de Mediano Plazo, y de las proyecciones oficiales de población total país del Departamento Administrativo Nacional de Estadística -DANE-. Por su parte, la senda de crecimiento de la UPC se genera a partir de los resultados del estudio de suficiencia, y de la inflación esperada.

Es necesario tener en cuenta que con la entrada en funcionamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES- a partir de agosto del 2017, se modifica la estructura del modelo de sostenibilidad. En particular, la proyección de fuentes y usos que se venía realizando bajo subcuentas, de acuerdo con la estructura del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sector Salud-FOSYGA-, fue modificada en el marco del principio de unidad de caja, con el fin de facilitar el flujo de recursos de acuerdo con las necesidades del sector. Esto implica que cualquiera de las fuentes, exceptuando rentas cedidas a las entidades territoriales, puede ser utilizada para el cumplimiento con las obligaciones existentes, teniendo siempre presente que se debe dar prioridad al aseguramiento.

2.1 Fuentes de información

Respecto a las fuentes de información es necesario aclarar que en la vigencia 2017 se

dio una coyuntura especial en la revisión, validación y consolidación de la información. Lo anterior se debe a la liquidación del Fondo de Solidaridad y Garantía –FOSYGA-, en el mes de julio del 2017, y la entrada en funcionamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –ADRES-, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015 por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 “Todos por un nuevo país”. El periodo de corte de la información del presente estudio es diciembre de 2020; en

general, las cifras y resultados son datos consolidados de las ejecuciones presupuestales de ingresos y gastos, así como cifras publicadas por entidades como el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, el Banco de la República y el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

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

Tabla 1. Fuentes de información

Reporte / Información	Periodo Consultado	Fuente
Consulta de Compensación Decreto 1013 de 1998	Enero de 2005 Al corte del 10 de noviembre de 2008.	Módulo de Consultas Versión 2005.01.02
Bases de datos HAC Decreto 2280 de 2004	Febrero de 2005 – septiembre de 2013, consulta realizada en octubre de 2015	Consortio SAYP
Bases de datos Decreto 4023 de 2011	Noviembre de 2013 – junio de 2015, consulta realizada en octubre de 2015	Consortio SAYP
Informe de Ejecución Presupuestal FOSYGA	2005 – 2016	Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social y ADRES
Información Base Liquidación Mensual de afiliados (LMA) del Régimen Subsidiado	Vigencias 2018-2020, consulta realizada en abril de 2021.	Dirección de Administración de Fondos de la Protección Social Y ADRES
Afiliados registrados en la Base de Datos Única de Afiliación -BDUA del RS	A abril de 2021	Ministerio de Salud y Protección Social
Población País	Proyección 1985 – 2020	DANE
PIB trimestral	2005 Trimestre 1 -2020 Trimestre 4	DANE
Serie histórica del proceso de compensación	Se realiza consulta de información para abril de 2021. La información que se utiliza	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES

	corresponde al periodo 2005-2020.	
Tasa de Inflación	Enero 2005 –Diciembre de 2020 se toma del Marco Fiscal de Mediano Plazo hasta 2018 e información Banrep.	DANE /Ministerio de Hacienda y Crédito Público
Supuestos Macroeconómicos del Marco Fiscal de Mediano Plazo	2015-2020, versión de supuestos macro vigente a diciembre de 2020	Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

Fuente: Elaboración propia, MSPS.

3. MARCO DE POLÍTICA, OPERACIÓN Y FINANCIACIÓN DEL SGSSS

3.1 Antecedentes de Política Pública del SGSSS

El sistema de salud colombiano se fundamenta en un esquema de aseguramiento, cuyas bases datan de la Ley 100/1993 por medio de la cual se crea el SGSSS, siendo este el mecanismo para garantizar el derecho a la salud consignado en la Constitución de 1991. El aseguramiento en salud se estructuró en dos regímenes de afiliación con el fin de brindar cobertura a la totalidad de la población del país:

1. Régimen Contributivo -RC-, orientado a dar cobertura en salud a los trabajadores dependientes e independientes del sector formal de la economía y a sus familias, es decir a la población con capacidad de pago. Se financia principalmente con las contribuciones de las empresas y los trabajadores mediante cotizaciones que se encuentran ligadas a la nómina o valor de los ingresos para el caso de los trabajadores independientes, o con las contribuciones de los pensionados. Así mismo, se encuentra financiado por el impuesto a las utilidades denominado Impuesto sobre la Renta para la Equidad –CREE (Ley 1607/2012, implementada desde

En particular el estudio de sostenibilidad:

- ✓ Presenta el cierre 2020 a partir de información: i) del proceso de compensación agrupado por período compensado con corte abril de 2021, ii) de ejecuciones presupuestales de la ADRES actualizadas a diciembre de 2020, iii) información de la base de liquidación mensual de afiliados (LMA) del RS actualizada a abril de 2021, y iv) información de la BDUA actualizada a abril de 2021.
- ✓ Incluye la proyección de fuentes y usos para el cierre de 2021 y 2022.

A continuación, se presenta en la sección 3 el marco de política, operación y financiación del SGSSS. En la sección 4 se presenta la evolución observada 2005-2020 de las principales variables de: i) contexto macroeconómico, ii) fuentes y usos del aseguramiento al SGSSS. La sección 5 presenta los resultados de las sendas proyectas 2018-2020 de las variables del modelo.

2014), el cual determinó la sustitución de fuente de las cotizaciones para empleadores de trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos (SMLMV) y estuvo vigente hasta el año 2016 donde a través de la Ley 1819 de 2016 se deroga el Impuesto sobre la Renta para la Equidad CREE, pero se mantiene la exoneración de aportes parafiscales establecida en 2012. Por su parte, los aportes a salud de los cotizantes pensionados fueron modificados por la Ley 2010 de 2019; dicha norma estableció una senda de reducción de los aportes para aquellos pensionados cuyos ingresos se encuentran entre uno y dos salarios mínimos.

2. Régimen Subsidiado -RS-, encaminado a dar cobertura en salud a la población pobre y vulnerable sin capacidad de pago, es decir que no puede participar del Régimen Contributivo. Como se detallará más adelante, la financiación proviene, principalmente, de la solidaridad del Sistema (contribución cruzada desde los trabajadores del sector formal de la economía) y de aportes del Gobierno Nacional y los gobiernos locales (orden departamental y municipal) a través de subsidios a la demanda.

Con el paso del FOSYGA a la ADRES se modificó la estructura a través de la cual se analizan los recursos del SGSSS. Lo primero a resaltar es que el FOSYGA era un fondo-cuenta, adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, manejado por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, que tenía como función administrar los recursos del SGSSS. Por su parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES-, creada por el artículo 66 de la Ley 1753 de 2015, a pesar de también estar

adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, cuenta con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera, así como patrimonio independiente.

Dado el principio de unidad de caja, definido en el artículo 66 de la ley en mención, la estructura por subcuentas desaparece y todos los ingresos y gastos de la entidad se centralizan en una tesorería única que tiene a su cargo la gestión de todos los recursos. Los únicos recursos que no entran a hacer unidad de caja son los de las entidades territoriales, los cuales conservarán su destinación específica y se manejarán en contabilidad separada dentro del fondo, según lo dispuesto en el artículo 67 de la misma ley. Además de lo anterior, la estructuración del presupuesto de gastos dará prioridad al componente de aseguramiento en salud de la población del país.

De acuerdo con esto, la ADRES administrará los siguientes recursos:

- a) Los recursos del Sistema General de Participaciones en Salud del componente de subsidios a la demanda de propiedad de las entidades territoriales, en los términos del artículo 44 de la Ley 1438 de 2011, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.
- b) Los recursos del Sistema General de Participaciones que financian Fonsaet.
- c) Los recursos obtenidos como producto del monopolio de juegos de suerte y azar (novedosos y localizados) que explota, administra y recauda Coljuegos de propiedad de las entidades territoriales destinados a financiar el

- aseguramiento, los cuales se contabilizarán individualmente a nombre de las entidades territoriales.
- d) Las cotizaciones de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), incluidos los intereses, recaudados por las Entidades Promotoras de Salud. Las cotizaciones de los afiliados a los regímenes especiales y de excepción con vinculación laboral adicional respecto de la cual estén obligados a contribuir al SGSSS y el aporte solidario de los afiliados a los regímenes de excepción o regímenes especiales a que hacen referencia el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y el parágrafo del artículo 57 de la Ley 30 de 1992.
 - e) Los recursos correspondientes al monto de las Cajas de Compensación Familiar de que trata el artículo 217 de la Ley 100 de 1993.
 - f) Los recursos del Presupuesto General de la Nación asignados para garantizar la universalización de la cobertura y la unificación de los planes de beneficios, los cuales serán girados directamente a la Entidad por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, entendiéndose así ejecutados.
 - g) Los recursos por recaudo del IVA definidos en la Ley 1393 de 2010.
 - h) Los recursos del Fonsat
 - i) Los recursos correspondientes a la contribución equivalente al 50% del valor de la prima anual establecida para el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que se cobra con adición a ella.
 - j) Los recursos recaudados por Indumil correspondientes al impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009.
 - k) Los recursos del monopolio de juegos de suerte y azar, diferentes a los que hace referencia el literal c), rentas cedidas de salud y demás recursos generados a favor de las entidades territoriales destinadas a la financiación del Régimen Subsidiado, incluidos los impuestos al consumo que la ley destina a dicho régimen, serán girados directamente por los administradores y/o recaudadores a la Entidad. La entidad territorial titular de los recursos gestionará y verificará que la transferencia se realice conforme a la ley. Este recurso se contabilizará en cuentas individuales a nombre de las Entidades Territoriales propietarias del recurso.
 - l) Los copagos que por concepto de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios del Régimen Contributivo paguen los destinatarios de tales servicios.
 - m) Los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del Sistema y sus excedentes.
 - n) Los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Entidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y

Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP), los cuales serán transferidos directamente a la Unidad sin operación presupuestal.

- o) Los demás recursos que se destinen a la financiación del aseguramiento obligatorio en salud, de acuerdo con la ley o el reglamento.

Los anteriores recursos se destinarán a:

- a) El reconocimiento y pago a las Entidades Promotoras de Salud por el aseguramiento y demás prestaciones que se reconocen a los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluido el pago de incapacidades por enfermedad de origen común que superen los quinientos cuarenta (540) días continuos.
- b) El pago de las indemnizaciones por muerte o incapacidad permanente y auxilio funerario a víctimas de eventos terroristas o eventos catastróficos, así como los gastos derivados de la atención psicosocial de las víctimas del conflicto en los términos que señala la Ley 1448 de 2011.
- c) El pago de los gastos derivados de la atención en salud inicial a las víctimas de eventos terroristas y eventos catastróficos de acuerdo con el plan y modelo de ejecución que se defina.
- d) El pago de los gastos financiados con recursos del impuesto social a las armas y de municiones y explosivos y los correspondientes a las multas en aplicación de la Ley 1335 de 2009 que

financiarán exclusivamente los usos definidos en la normatividad vigente.

- e) El fortalecimiento de la Red Nacional de Urgencias. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia, se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.
- f) A la financiación de los programas de promoción y prevención en el marco de los usos definidos en el artículo 222 de la Ley 100 de 1993.
- g) A la inspección, vigilancia y control a cargo de la Superintendencia Nacional de Salud, de conformidad con lo establecido en el artículo 119 de la Ley 1438 de 2011.
- h) Al pago de prestaciones no incluidas en el plan de beneficios, que venían siendo financiados con recursos del Fosyga.
- i) Las medidas de atención de la Ley 1257 de 2008, en los términos que defina el Ministerio de Salud y Protección Social, para lo cual los recursos asignados para el efecto serán transferidos a las entidades territoriales, con el fin de que estas sean implementadas a su cargo.
- j) A las finalidades señaladas en los artículos 41 del Decreto-ley 4107 de 2011 y 9o de la Ley 1608 de 2013. Este gasto se hará siempre y cuando, en la respectiva vigencia se encuentre garantizada la financiación del aseguramiento en salud.
- k) A cubrir los gastos de administración, funcionamiento y operación de la entidad.
- l) Las demás destinaciones que haya definido la ley con cargo a los recursos del Fosyga y del Fonsaet.
- m) El pago de los gastos e inversiones requeridas que se deriven de la declaratoria de la emergencia sanitaria y/o eventos catastróficos en el país.

n) El financiamiento del contrato especial para la práctica formativa de residentes, establecido en el artículo 5 de la Ley 1917 de 2018 “Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones”.

3.2 Operación de la Compensación interna del SGSSS

Tal como se mencionó anteriormente, la estructura por subcuentas fue remplazada por una estructura de conceptos, dando prioridad al aseguramiento obligatorio en salud y el principio de unidad de caja, sin embargo, se mantienen las destinaciones con el fin de garantizar el financiamiento de todas las actividades, entre ellas las de promoción y prevención y las prestaciones económicas.

3.2.1 Proceso de compensación

El proceso de compensación para las Entidades Promotoras de Salud -EPS, y demás Entidades Obligadas a Compensar -EOC, tiene el objetivo de reconocer la UPC y demás recursos a que tienen derecho estas entidades para financiar la prestación de servicios de salud a todos los afiliados al RC, con sujeción a los contenidos del plan de beneficios con cargo a la UPC y las prestaciones económicas a que hubiere lugar.

Para el proceso de compensación, se cuenta con recursos de la cotización (12,5 puntos porcentuales -p.p. - del Ingreso Base de Cotización IBC², o 4 puntos porcentuales -p.p.

– del IBC para empleados formales con ingresos inferiores a 10 SMMLV³) para financiar los costos asociados a la UPC, las actividades de Promoción y Prevención, la provisión para pago de Incapacidades por Enfermedad General, de acuerdo con valoraciones de suficiencia que permiten calibrar año a año los porcentajes de IBC destinados a estos fines, las licencias de maternidad y paternidad, y los recursos restantes que harán unidad de caja. En cuanto a las prestaciones económicas, es necesario resaltar que se mantiene un porcentaje del IBC, con el fin de garantizar el reconocimiento de éstas, incluyendo las incapacidades superiores a 540 días continuos (para las vigencias 2019 y 2020 este porcentaje corresponde a el 0,34% y 0.38% respectivamente, del IBC de los afiliados cotizantes con derecho a dicho reconocimiento).

3.2.2 Promoción y prevención

Con el fin de garantizar la financiación de las actividades de promoción y prevención se mantiene un porcentaje del Ingreso Base de Cotización con destinación específica. Para la vigencia 2019 y 2020 el valor a reconocer a las EPS del régimen contributivo para el desarrollo de actividades de promoción y prevención fue de \$24.152,40 pesos per cápita año. Los valores finales liquidados fueron de \$509.891.123.276 (0.21% del IBC) para el año 2019 y \$499.832.750.319 (0.20% del IBC) para el año 2020.

4. EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DEL ESTUDIO DE

² A partir de la Ley 1122/2007 se establecieron los 12,5 puntos de cotización, salvo para los cotizantes tipo pensionado cuya cotización se mantuvo en 12,0 p.p del IBC hasta el año 2019. En el año 2019 la Ley 2010 estableció una reducción hasta la

tarifa del 4% para pensionados por un salario mínimo y hasta el 10% para pensionados entre 1 y 2 SMLMV.

³ Artículo 65, Ley 1819 de 2016.

SOSTENIBILIDAD DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

En esta sección se presenta, para el período 2005-2020, la evolución de las principales variables relacionadas con la sostenibilidad financiera del aseguramiento al SGSSS. Inicialmente se analiza el contexto macroeconómico mediante la evolución del crecimiento del PIB y de la tasa de inflación por ser determinantes de: i) el nivel de empleo formal de la economía, representado por los cotizantes al SGSSS, ii) el nivel base de ingresos del empleo formal, dada la marcada indexación de la definición del salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) a la variación de precios y de la productividad. Posteriormente, se presenta, para el mismo período de análisis, la evolución de las variables propias del SGSSS que son determinantes de la sostenibilidad financiera: por el lado de los costos, la población afiliada y el precio promedio de su afiliación al sistema representado por la UPC de cada régimen; y, por el lado de los ingresos, la masa salarial (IBC agregado de todos los cotizantes). Finalmente, se presenta la evolución de la financiación del aseguramiento en salud, particularizando la estructura de financiación de la cobertura universal con plan de beneficios unificado entre regímenes. El objetivo de esta sección es identificar relaciones y exponer las tendencias de las principales variables que explican el balance entre fuentes y usos de recursos del sector salud.

4.1 Contexto macroeconómico

Para el año 2007 la economía colombiana creció 6,9%, extendiendo el ciclo de expansión de la actividad económica que se inició en 2001 y que a partir del año 2004 se reflejó en un aumento del producto interno bruto (PIB) por encima de su promedio histórico. Lo anterior, tuvo sustento en el crecimiento de la inversión extranjera, el consumo, y las mayores exportaciones impulsadas por las favorables condiciones con los socios comerciales del país y condiciones de intercambio⁴.

Tras la marcada desaceleración del ritmo de crecimiento económico observada en 2008 y 2009, para el período 2010-2014, la economía colombiana retorna a un crecimiento muy cercano a su nivel potencial al presentar un crecimiento promedio anual de 4,6%⁵ (Gráfica 1). Este resultado se debió en buena medida al impulso de la demanda interna especialmente por el consumo de hogares, el dinamismo del consumo del Gobierno y de la formación bruta de capital, la aceleración y expansión en la colocación de créditos dada la buena calidad de la cartera y las bajas tasas de interés, así como el favorecimiento de los precios en materias primas y el buen dinamismo de algunas ramas de la actividad económica, a saber, construcción (9,8%), agricultura (5,2%), servicios sociales (5,3%) y explotación de minas y canteras (4,9%).

No obstante, en 2016 la economía presentó un crecimiento del 2% frente a una meta de 3,0% definida en el Marco Fiscal de Mediano Plazo. Este crecimiento por debajo de la meta se debió principalmente a la caída de los precios

⁴Informe al Congreso de la República. Banco de la República, 2008

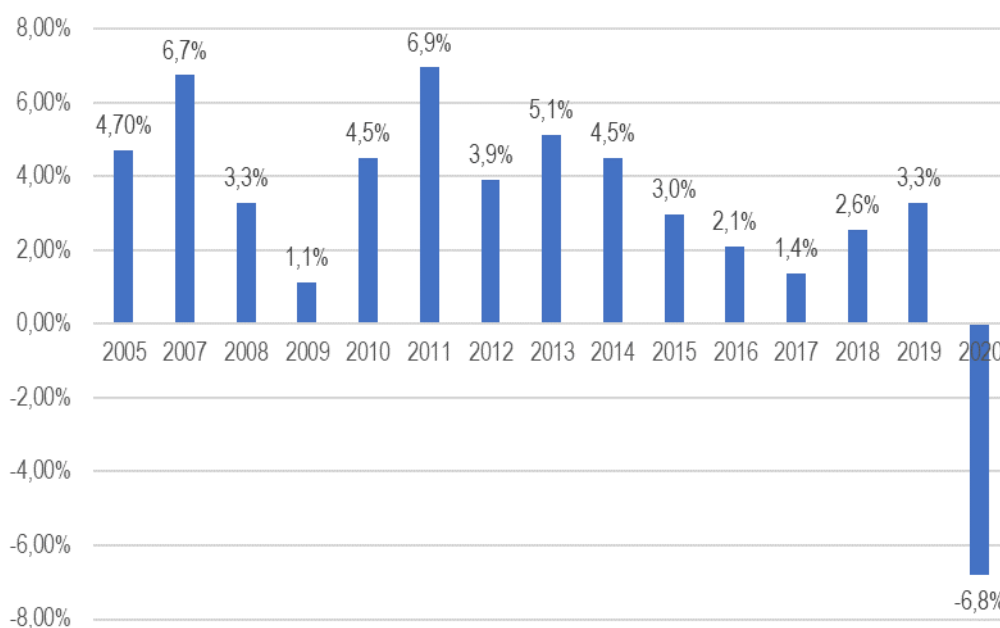
⁵Según cálculos del equipo técnico del Banco de la República, para el período 2005 – 2015 el crecimiento del producto potencial se ubicó en

niveles de 4,5% (Zárate JP. *PIB potencial y Coyuntura Externa*. Presentación en el Foro sobre Perspectivas Económicas y Liquidez Global, organizado por Thomson Reuters. Octubre 2014).

del petróleo que generó un choque negativo en los términos de intercambio. Esto debilitó las dinámicas de consumo e inversión, y afectó el desempeño de varias ramas de actividad. Además de lo anterior, se presentaron choques como *el fenómeno de El Niño* y el paro de transportadores de carga que contribuyeron a la desaceleración de la economía.

La reforma tributaria que entró en vigor a partir de 2017 permitió retomar una senda de ajuste del déficit fiscal como porcentaje del PIB, al reducirse de 4,0% en 2016 a 3,6% en 2017⁶. Los ajustes realizados por el Gobierno en materia tributaria han permitido compensar la desaceleración presentada en 2016 con relación a la participación de rentas recibidas

por petróleo. Durante el año 2018 y 2019 la economía colombiana creció en promedio 2,9%. Sin embargo, en 2020 y como consecuencia de la crisis generada por la llegada al país del Coronavirus COVID-19, los cierres que se dieron en la economía, los aislamientos preventivos obligatorios y las medidas especiales de limitación del intercambio y la movilidad para mitigar los efectos sobre la salud de la población en general, la economía colombiana se contrajo 6,8%, presentando la peor contracción desde que se tienen series oficiales (1975).



Gráfica 1. Tasa de Crecimiento del PIB real

Fuente: Banco de la República.

De acuerdo con el Marco Fiscal de Mediano Plazo⁷ el crecimiento de la economía mundial presentó números negativos, del -3,3%, mientras la región de Latinoamérica decreció

7%. Respecto a la situación de la economía colombiana durante el año 2020, el Ministerio de Hacienda y Crédito Público identificó un triple choque que explica la contracción

⁶ Informe de la Junta directiva al Congreso de la República 03/2018.
⁷ Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Tomado de: <https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%>

2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-165808%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased

histórica sufrida: i) confinamientos, ii) bajo crecimiento de los socios comerciales y iii) caída de los precios de petróleo⁸. Los resultados observados de este triple choque negativo sobre la actividad económica fueron los siguientes, además de la caída del Producto Interno Bruto: i) aumento al 16% de la tasa de desempleo, ii) aumento de la pobreza de 37.5% en 2019 a 42.5% en 2020, lo que implica un aumento de alrededor de 4 millones de personas en situación de pobreza monetaria.

Como se observa en la Gráfica 2, la generación de empleo formal responde de manera muy cercana al crecimiento del PIB. En efecto, en todos los años del período de análisis, el crecimiento anual del número de cotizantes del SGSSS fue bastante similar al del PIB, salvo en los años en que se registraron algunos choques operativos o de política que determinaron un mayor dinamismo de los cotizantes frente al del PIB así:

- En 2005, los cotizantes crecieron a un ritmo mucho más elevado que el de la actividad económica debido al impacto en el número de cotizantes en virtud de la implementación de lo establecido en el Decreto 2280/2004. Dicho decreto reglamenta el proceso de compensación y el funcionamiento de la Subcuenta de Compensación interna del RC del FOSYGA (ahora ADRES), incluyendo varias medidas que dinamizaron el reporte de cotizantes como lo dispuesto en el artículo 8 que establece que no se podrá compensar sobre afiliados que

no se encuentren registrados en la BDUA.

- En 2006 por el impacto en el número de cotizantes independientes en virtud de la normativa expedida para impulsar su afiliación de manera colectiva vía asociaciones y agremiaciones (Decreto 516/2004, Resolución 2228/2004, Decreto 3615/2005, Decreto 2313/2006).
- En 2009, en virtud de la implementación de la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes - PILA como la principal herramienta técnico-operativa para combatir la evasión y elusión al SGSSS y la obligatoriedad de su implementación y uso determinó un marcado incremento en el número de cotizantes.
- En 2014 por el doble choque de reforma tributaria con incentivos a la formalización (Ley 1607/2012) y operativo del proceso de compensación (Decreto 4023/2011).
 - Mediante la Ley 1607/2012 se adoptaron medidas del orden tributario, tendientes a incentivar la contratación de empleo formal. En particular, con el fin de incentivar la creación de empleo y combatir las consecuencias negativas que representa tener altos niveles de informalidad, se disminuyeron los gravámenes sobre la nómina, aliviando la carga de los aportes parafiscales y las cotizaciones al

⁸ Ibid. (pg. 18)

SGSSS en cabeza de las personas jurídicas contribuyentes del impuesto sobre la renta (se eliminaron los aportes al Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA, al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, y cotizaciones al SGSSS, correspondientes a los trabajadores cuyos salarios no superen diez SMLMV. Así mismo se simplificó la estructura del IVA para incentivar la contratación de mano de obra en actividades del sector servicios como restaurantes y bares, y se disminuyó el impuesto a la renta en personas jurídicas.

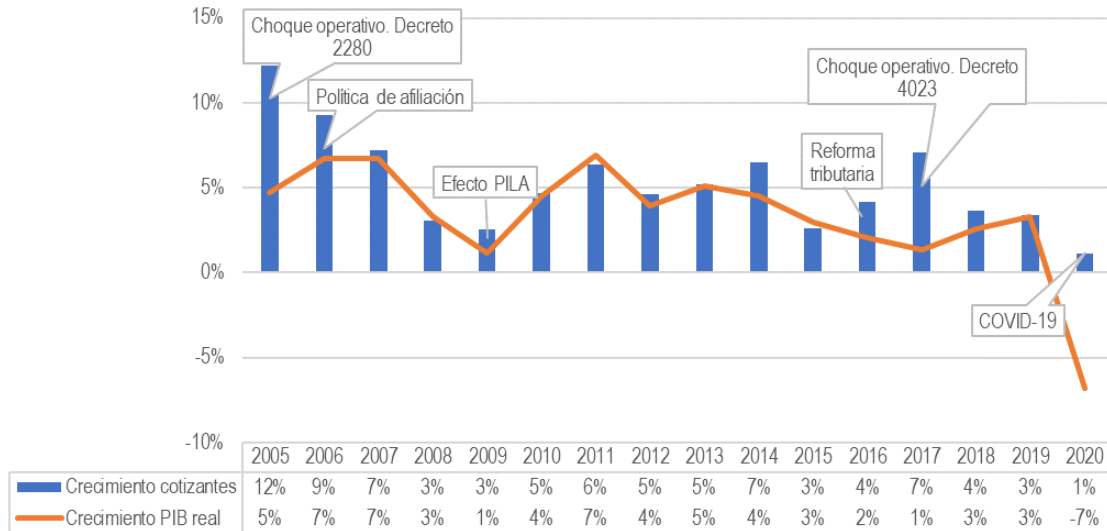
- El Decreto 4023/2011 dinamizó el procedimiento operativo para realizar el proceso de compensación al establecer, entre otros: (i) procesos semanales de compensación, (ii) la prohibición del recaudo directo por parte de EPS para implementarlo exclusivamente vía PILA, (iii) se redujo el tiempo de conciliaciones.

En general se volvió más eficiente el proceso de recaudo⁹.

Durante la vigencia 2017, se presenta un crecimiento del PIB consistente con la tendencia de mediano plazo, sin embargo, el crecimiento de los cotizantes corresponde al 6.9%, el más alto desde 2007. A junio del 2017 la tasa de crecimiento del PIB se encontraba en el 0.6%, la más baja desde el 2005, esto explicado por dificultades en el empalme de la información ante la entrada de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, sin embargo, en el 2018 la tasa de crecimiento de los cotizantes baja a 0.8%.

Para la vigencia del 2018 y 2019 las tasas de crecimiento de los cotizantes y PIB real presentaron cifras muy similares, alrededor del 3%. Como lo muestra el Gráfico 2 la variación de cotizantes en el año 2020 fue la menor observada para la serie 2005-2020 y representó una disminución de 2% frente a su valor en el año 2019; lo anterior como consecuencia de la crisis económica derivada de la pandemia por COVID-19.

⁹ Procesos de Recaudo de los Regímenes Subsidiado y Contributivo de Salud. Diagnóstico y Propuestas para su Mejora. Documento del Banco Interamericano de Desarrollo -BID, 2015.



Gráfica 2. Tasa de Crecimiento anual del PIB y de los Cotizantes

Fuente: DANE y Base de Datos del Proceso de Compensación.

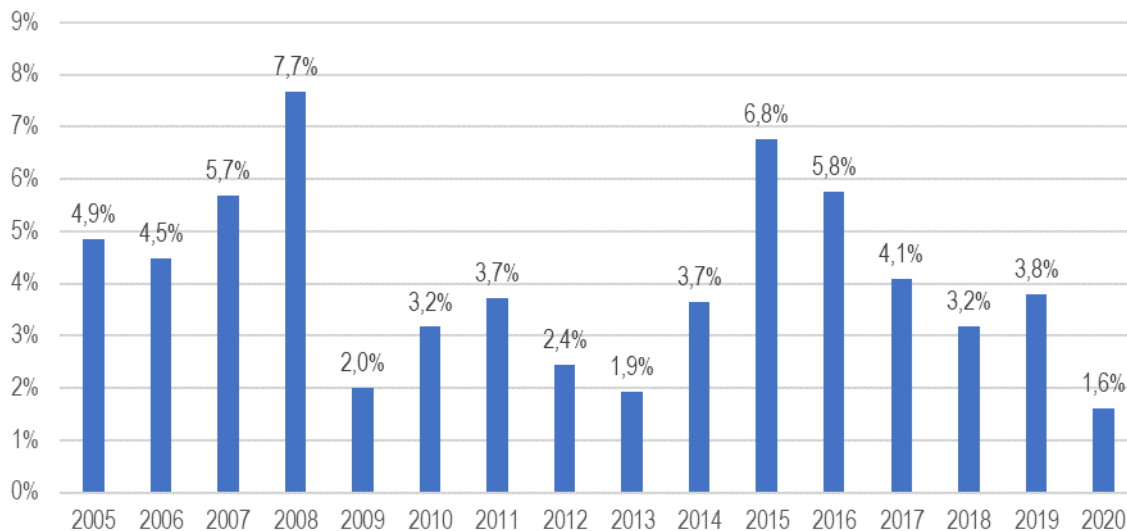
En cuanto a la tasa de inflación, tras seis años (2009-2014) con incrementos de precios por debajo del intervalo objetivo del Banco de la República (2,0% - 3,0%), en 2015 se registró incremento considerable en la inflación, entre los factores que más influyeron en estos niveles de inflación tenemos que el grupo que registró un mayor aumento en todo el 2015 fue el de alimentos, con un incremento de 10,85%, seguido de la vivienda que registró una variación de 5,38%. Para 2016 la inflación promedio se ubicó en 5,75%, los cuatro grupos que se ubican por encima de la inflación promedio nacional son salud (8,14%); otros gastos (7,25%); alimentos (7,22%) y educación (6,34%).

Después de este incremento de la inflación en 2015, paulatinamente ha comenzado a descender, a partir de la segunda mitad de

2016. Los efectos de los choques de oferta por la depreciación acumulada del peso de los años anteriores y por *el fenómeno de El Niño* se desvanecieron durante la vigencia 2017 y la inflación se ajustó a su nivel potencial.

Para la vigencia 2018 la inflación se ajusta dado que los alimentos, al igual que los bienes y servicios más afectados por el aumento en los precios de la gasolina y por la tasa de cambio, fueron los que presentaron mayor contribución al alza¹⁰, a pesar de estos choques la inflación se ubicó en 3.2% al final de este año. Durante el año 2019 la inflación tuvo un pequeño repunte que la situó en 3.8%. En el 2020 se registró el nivel más bajo de inflación para la serie 2005-2020 alcanzando el valor de 1.6%, a consecuencia de la contracción económica que experimentó la economía colombiana durante este año.

¹⁰ Comunicado de prensa "informe sobre inflación" junio 2018. Departamento de Programación e Inflación, Subgerencia de Política Monetaria e Información Económica

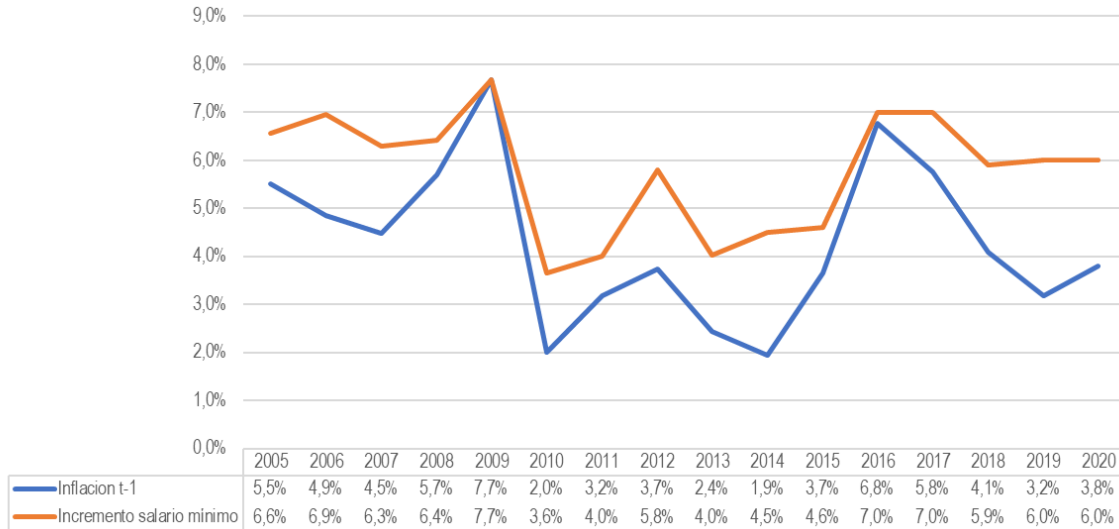


Gráfica 3. Tasa de Inflación

Fuente: DANE.

Tal y como se presenta en la Gráfica 4, durante el período de análisis, el incremento del SMMLV decretado cada diciembre para hacerse efectivo durante el año siguiente es superior a la inflación observada al momento de tomar la decisión. Lo anterior refleja que en la decisión del SMMLV se considera, además del mantenimiento de su valor real, el reconocer ganancias de productividad que bien podrían capturarse con el crecimiento del PIB. Para la vigencia 2018, parece presentarse cierta inercia en el incremento del salario mínimo debido al crecimiento sostenido de la

inflación durante las vigencias anteriores representada en una diferencia de más de un punto porcentual entre la inflación observada en t-1 y el incremento del salario mínimo para 2017; sin embargo, para la vigencia 2018 el aumento del salario mínimo se reduce cerca de un punto porcentual con respecto a la vigencia anterior, de la misma forma al compararla con el 2016, la diferencia es de aproximadamente dos puntos porcentuales. Para las vigencias 2019 y 2020 los salarios reales crecieron cerca de 3% cada año; dichos crecimientos fueron los más altos para la serie 2005-2020.

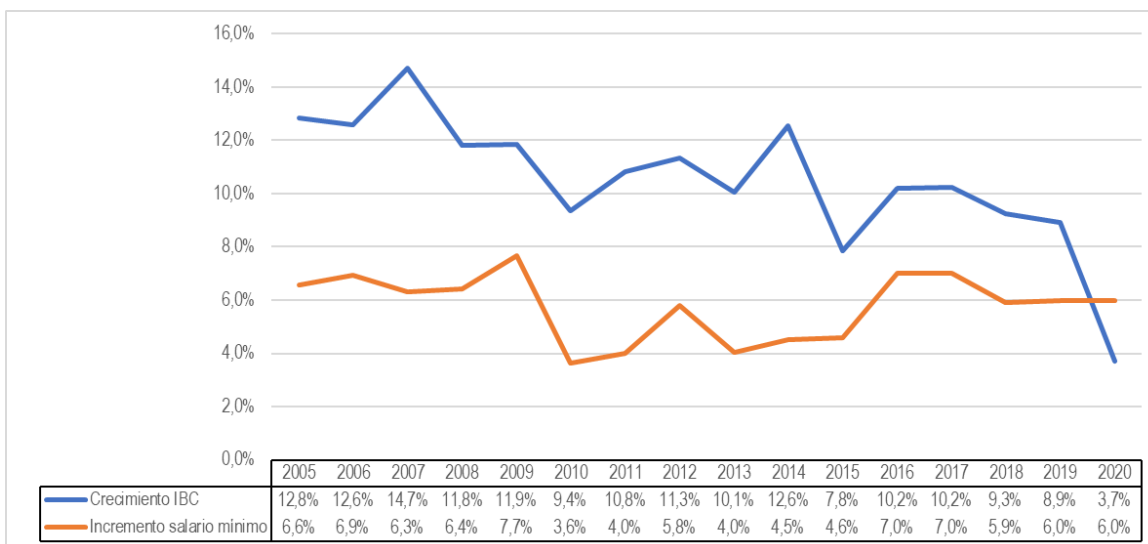


Gráfica 4. Incremento del SMLMV e Inflación rezagada un año

Fuente: DANE y Banco de la República

Por último, el ingreso promedio de cada trabajador formal (IBC promedio) crece a una tasa inferior que aquella del SMLMV en el año 2020. Esto se explica principalmente por un menor crecimiento de los otros salarios superiores al SMMLV, en especial los más altos, es decir que los ajustes que produce el aumento en el salario mínimo no son significativos teniendo en cuenta que aquellos que realizan la cotización con un IBC superior

al mínimo no han presentado incrementos proporcionales al crecimiento del SMMLV, lo cual se corrobora en la evolución de la densidad salarial (ver sección 3.2.4). Para los años 2018 y 2019, la variación del IBC promedio fue más cercana a la variación del incremento del salario mínimo, lo que puede representar un aumento en el salario de los afiliados con más de un SMMLV.



Gráfica 5. Variación Anual del SMLMV y del IBC promedio del SGSSS 2005 – 2020

Fuente: Banco de la República y Base de datos de la Compensación.

4.2 Variables de la sostenibilidad financiera del aseguramiento al SGSSS

En este apartado se presenta la evolución 2006¹¹ – 2020 de las variables determinantes de la sostenibilidad financiera del SGSSS. La evolución de los costos se caracterizará por las variables de población (afiliados) y precio (UPC), mientras que entre los ingresos se presentarán la evolución del IBC y los recaudos por cotizaciones, así como la tendencia general de la financiación del aseguramiento en salud, particularizando la estructura de financiación de 2018. También se presenta la evolución de tres indicadores propios del sistema: la densidad familiar, la densidad salarial y el ponderador de la UPC.

De manera más específica, a partir de las fuentes de información señaladas en la sección 1.1, se procesaron las variables que relacionan la población afiliada al régimen contributivo de salud desagregada en cotizantes, beneficiarios y beneficiarios adicionales; las variables inherentes al proceso de compensación: IBC, cotizaciones, recaudos; los egresos derivados del reconocimiento por UPC, prestaciones económicas (reconocimientos por licencias de maternidad y paternidad e incapacidades por enfermedad general), y recursos para el desarrollo de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El período de análisis cuenta con una serie histórica representativa, que permite analizar las tendencias de las principales variables del proceso de giro y compensación y el efecto financiero en el Régimen Contributivo (RC), entre el año 2005 y el año 2020. De igual

¹¹ Si bien 2001 es el año en que se marca el inicio sistemático del proceso de compensación individual como resultado de la aplicación de la Resolución 2309, es con la posterior entrada en vigor del Decreto 2280 de 2004 que el reporte de la compensación registra una mejora sustancial en cobertura de información. En el caso de las variables relacionadas con el proceso de compensación y consultadas en la Base de Datos de la Subcuenta de Compensación del FOSYGA a

partir del reporte de 2280 y posteriormente 4023/2011 se dispone de información observada a partir de enero de 2005 y hasta noviembre de 2016, es decir series mensuales, para un total de 143 observaciones, las cuales se anualizaron para efectos de presentación. Dicha información se complementa con la información histórica de compensación registrada por la ADRES hasta el año 2020.

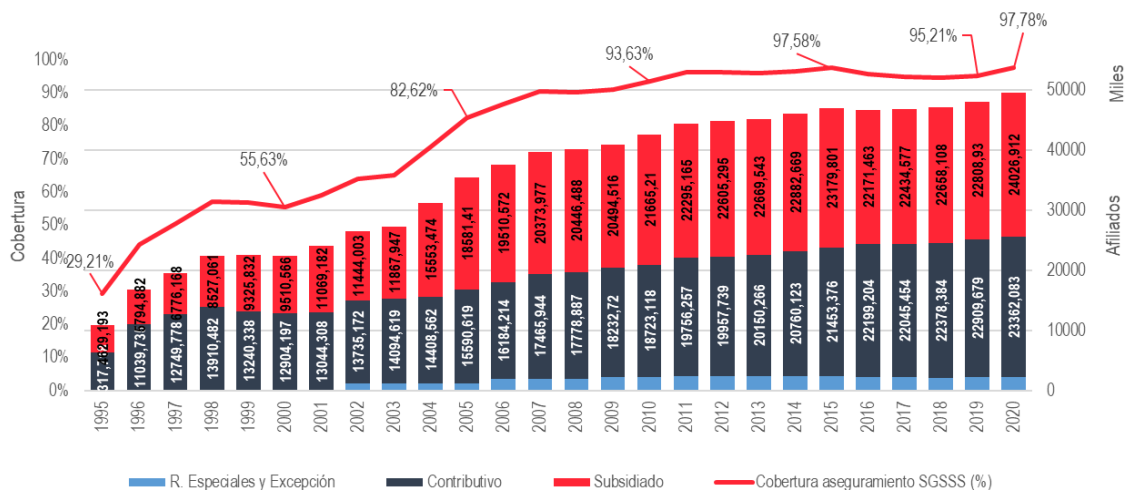
forma, se procesaron y analizaron los datos correspondientes a la población del Régimen Subsidiado (RS) registrada en la BDUA y los valores de UPC por esta población, que se registran en la base de Liquidación Mensual de Afiliados.

4.2.1 Población Afiliada

La afiliación al SGSSS tuvo una marcada dinámica creciente hasta 2008, moderándose a partir de dicho año y alcanzando cifras de afiliación cercanas a la cobertura universal (Gráfica 6)¹². En particular a partir de 2008 el número de afiliados a los Regímenes Contributivo y Subsidiado supera el 90% de la población del país, observándose además una relativa estabilidad del número de afiliados al RS en torno a los 23 millones, mientras que la

población del RC muestra una tendencia continua y creciente, pasando de 15,5 millones de afiliados en 2005 a superar los 20 millones a partir de 2011.

El número promedio de afiliados compensados del RC en 2020 es de 23,3 millones. A partir de 2012 la población del RC viene creciendo a tasas algo inferiores al 2% anual (1,74% promedio anual para el período 2012-2015), con una caída en el año 2016 de 0.26% con relación a la vigencia 2015; de acuerdo con la base de datos de la compensación, para el 2018 se registra un aumento del 1.5% con relación al 2017, mientras que para los años 2019 y 2020 los crecimientos son de 2.4% y 2%, respectivamente.



Gráfica 6. Evolución del número de afiliados* al SGSSS por régimen (millones) y de la cobertura (%)

* Afiliados de fin de año para el RS, afiliados compensados promedio año para el RC.

Fuente: MSPS Dirección de Aseguramiento en Salud, Riesgos Profesional y Pensiones, Base de datos de la compensación y BDUA.

Asumiendo que aproximadamente 2,8 millones de personas no son objeto del Aseguramiento

¹² Los sistemas de aseguramiento enfrentan dificultades para alcanzar el 100% de cobertura poblacional debido a que siempre existirán grupos poblacionales o individuos que, por razones de índole cultural, o por elevada capacidad de pago para contratar pólizas o coberturas

de manera privada prefieren no pertenecer al esquema de aseguramiento público, con lo cual coberturas poblacionales superiores a 90% o 95% podrían considerarse, técnicamente, cobertura universal.

en Salud, mediante el RC o el RS¹³, se obtiene una cobertura universal técnica¹⁴ de 97,78% en 2020, presentando un aumento con respecto a años anteriores, a pesar de las presiones sobre el sistema derivadas de la llegada de población migrante, que es de difícil afiliación por no estar registrada en las bases de datos del Gobierno Nacional, además de su continua movilización por el país. A partir de 2012 se observa que el 52% de la población afiliada está en el RS y el 48% restante en el RC. Esta estructura de afiliación determina un reto y un desafío para la sostenibilidad financiera del sistema, en especial para los recursos fiscales de cierre de financiación del RS, toda vez que el RC se autofinancia con los recursos de la cotización. De acuerdo con la información de la BDU A cierre de 2020, la población perteneciente al RS alcanza 24.06 millones de afiliados (5% más que al cierre del 2019). Por su parte, como se detalla en el apartado a continuación, la población afiliada al RC para lo corrido del 2020 es de 23,36 millones como se mencionó anteriormente, totalizando así 47,02 millones de afiliados, equivalentes al 95% de la población nacional y al 97,66% de la población objeto del

aseguramiento en salud mediante RC y RS. Además de lo anterior, es importante resaltar que, el nivel de cobertura se mantiene y que además parece estar presentándose una transición del régimen subsidiado al contributivo lo que representa un logro para la sostenibilidad financiera.

4.2.2 Población del RC - Cotizantes y Beneficiarios

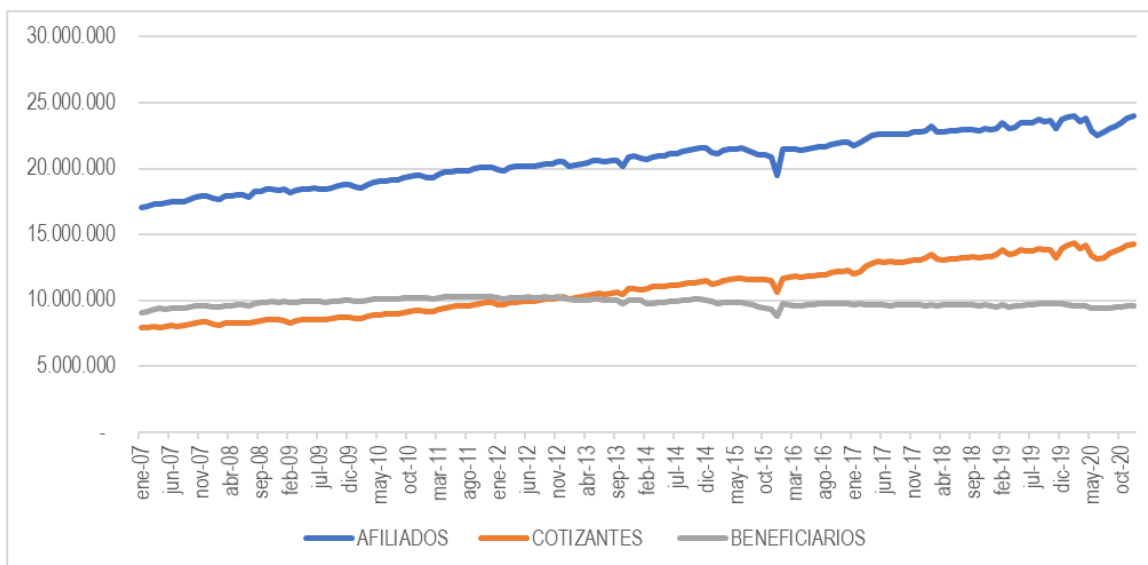
La Gráfica 7 muestra la evolución tanto de los afiliados compensados como de los cotizantes y beneficiarios durante el período comprendido entre enero de 2006 y diciembre de 2020. Como se observa, el período de análisis se caracteriza por la disminución de la brecha entre cotizantes y beneficiarios, es decir, los cotizantes mostraron mayor dinamismo que los beneficiarios, de manera tal que a partir de octubre de 2013 el número de cotizantes es superior al número de beneficiarios.

Por otro lado, el número de afiliados compensados con corte a diciembre de 2020 ascendió a 23.9 millones, lo cual representó un aumento de 1.01% frente a la cifra de asegurados a diciembre de 2019.

¹³ Información secundaria de línea base muestra 2,35 millones de afiliados a los regímenes especiales (Núñez J, Zapata JG et al. 2012. La sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano -dinámica del gasto y principales retos de cara al futuro. Preparado para Fedesarrollo), en tanto que la Encuesta de Calidad de Vida 2014 del DANE evidenció que 30,7% de las personas que no se encuentran afiliadas al SGSSS no tienen interés en estarlo al argumentar como motivo de su no afiliación razones como: muchos trámites, no le

interesa, descuido. En función de las cifras de no afiliación al sistema ni a los regímenes especiales para el mismo año de la Encuesta de Calidad de Vida ese 30,7% equivale a alrededor de 450 mil personas.

¹⁴ El país cuenta con una cobertura universal técnica del aseguramiento en salud, tal y como se aclara en las respuestas relacionadas con el cumplimiento de la Orden 29 de la Sentencia T-760 de 2008.



Gráfica 7. Evolución de los afiliados promedio compensados en el RC

Fuente: Base proceso de compensación 2005 –2020, consulta realizada en abril de 2021

Tabla 2. Población del RC 2005-2020

Año	Afiliados	Cotizantes	Beneficiarios	Adicionales
2005	15.521.731	6.905.482	8.555.837	55.119
2006	16.366.375	7.544.486	8.773.523	50.347
2007	17.510.880	8.089.126	9.399.159	44.081
2008	18.068.119	8.337.501	9.691.705	38.913
2009	18.497.112	8.548.431	9.913.737	34.944
2010	19.079.014	8.951.391	10.097.399	30.224
2011	19.793.131	9.521.328	10.243.681	28.123
2012	20.201.432	9.960.625	10.210.700	30.107
2013	20.525.847	10.479.098	10.014.826	31.923
2014	21.139.788	11.161.953	9.944.783	33.052
2015	21.110.212	11.457.143	9.621.573	31.496
2016	21.665.784	11.931.432	9.700.356	33.996
2017	22.470.701	12.778.299	9.652.107	40.295
2018	22.922.730	13.242.273	9.632.428	48.029
2019	23.401.276	13.688.898	9.657.836	54.542
2020	23.417.093	13.845.610	9.509.899	61.585

Fuente: Base proceso de compensación 2005 –2020, consulta realizada en abril de 2021.

Evaluaciones y estudios realizados para determinar el impacto de la reforma impulsada por la Ley 1607 de 2012 han mostrado efectos positivos sobre la generación de empleos, así como mejoras en los niveles de salario. Farné (2020)¹⁵ hace un resumen de los principales resultados de la literatura. Señala que la reforma pudo haber generado cerca de 145 mil nuevos empleos y un incremento estimado en 2.7% de los salarios.

La recomposición de población del RC hacia un mayor peso relativo de los cotizantes frente a los beneficiarios, se ve reflejado en un descenso en la densidad familiar - DF (Gráfica 8). Como se observa, la relación de dependencia de beneficiarios por cotizante

viene disminuyendo desde mediados de 2009, el año 2020 cierra con una relación promedio de 0,69 beneficiarios por cotizante (DF = 1,69) frente a 1,16 de 2009 (DF = 2,16), lo anterior de acuerdo con el comportamiento creciente de los cotizantes y el descenso en el número de beneficiarios. A diciembre de 2020, la relación de beneficiarios por cotizante llegó a 0,67 (DF = 1,67).

Si bien una menor DF podría asociarse a un impulso a la sostenibilidad financiera del SGSSS, para ser concluyente frente a dicha apreciación se debe sopesar la evolución de los ingresos de los cotizantes y de la UPC, así como la evolución de la densidad salarial.



Gráfica 8. Densidad Familiar por Periodo

Fuente: Base de Datos de la Compensación 2006-2020.

Tabla 3. Densidad Familiar Promedio Anual

Promedio Anual														
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
2,17	2,16	2,17	2,16	2,13	2,08	2,03	1,96	1,91	1,86	1,82	1,76	1,73	1,71	1,69

Fuente: Base de Datos de la Compensación 2006-2020.

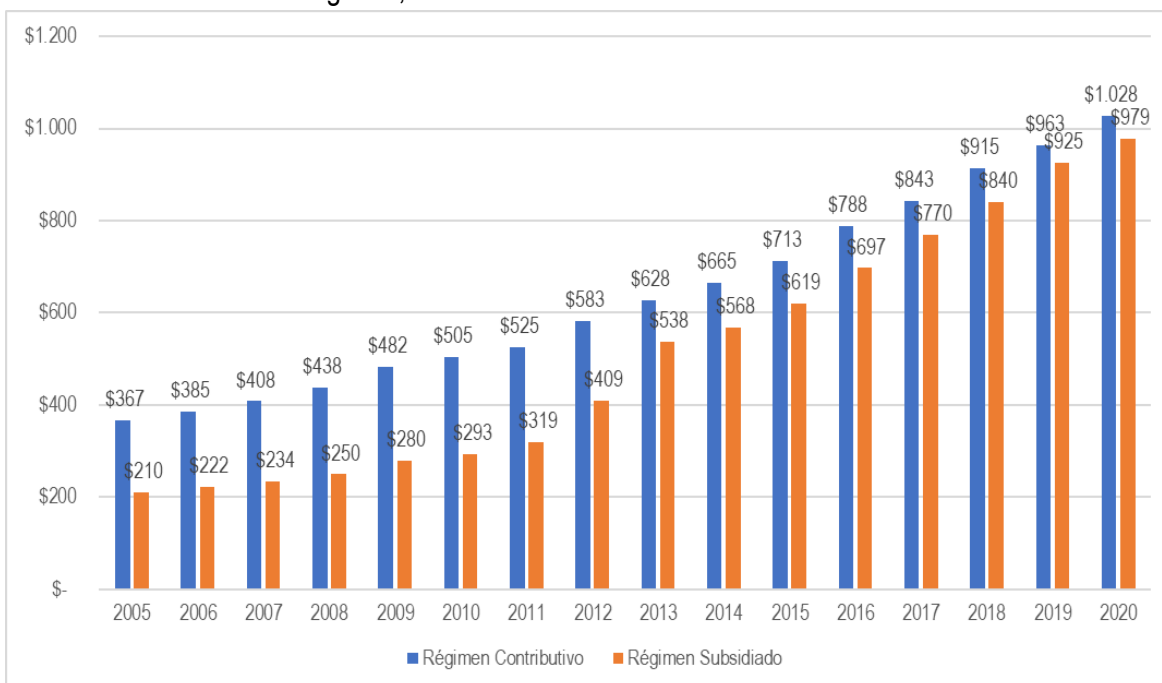
¹⁵ ¿Menos impuestos a las empresas, más empleo formal? 2020. Universidad Externado de Colombia.

La Densidad Familiar corresponde a la relación (cociente) entre afiliados y cotizantes del RC. A mayor densidad familiar, mayor es la dependencia de beneficiarios por cotizante.

4.2.3 Prima del aseguramiento en Salud – UPC

La Gráfica 9 muestra la evolución de la UPC real reconocida en cada régimen, es decir la

UPC promedio resultante del proceso de compensación del RC y de la liquidación mensual de afiliados (LMA) del RS¹⁶. Se observa que, para el período de análisis, los mayores incrementos en la UPC reconocida (superiores a 10% anual) se presentaron en 2009, 2012 y 2016 en el caso del RC y en 2009, 2012, 2013, 2016, 2017 y 2019 en el RS.



Gráfica 9. Evolución de la UPC real reconocida

Fuente: Cálculos propios a partir de Base de Datos de la Compensación para el caso del RC. En el RS 2005 y 2006 según incremento de UPC aprobado. 2007-2011 según promedio ponderado de UPC a partir de información de afiliación y UPC municipal de la matriz de cofinanciación publicada en <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Financiamiento/Paginas/matriz-continuidad.aspx>. De 2012 en adelante calculado a partir del reconocimiento de UPC en LMA y afiliados en BDUA.

En el caso de la UPC real reconocida del RC, el elevado incremento de 2009 responde a la duplicación del número de grupos etarios con ajuste de riesgo específico para el reconocimiento de UPC (de 7 grupos etarios a 14), mientras que el incremento de 2012 obedece a la actualización integral del Plan

Obligatorio de Salud (POS) que determinó, entre otras, la inclusión de 119 nuevas tecnologías (Tabla 6). Por su parte, los mayores incrementos de UPC real reconocida en el RS se asocian al avance en el proceso de unificación del POS al del RC (2009 unificación niños y niñas; 2012 unificación de mayores de 18 años con impacto pleno en costo hasta

¹⁶ Previo a la implementación de la LMA, la UPC real reconocida del RS se estimó a partir de la información de

afiliación y UPC por municipio contenida en las matrices de cofinanciación.

mediados de 2013) y a la implementación del ajuste de riesgo específico por grupo etario (2013).

Tabla 4. Hitos de impacto en la estructura de costo de los regímenes de afiliación

Hito	Norma	Aclaración
Apertura de ponderadores etarios	Acuerdo CNSSS 404/2008	Se amplía de 7 a 14 el número de grupos etarios con ajuste de riesgo específico para el reconocimiento de UPC del RC a partir de 2009. Los 7 grupos que se manejaban previamente eran: Menores de 1 año; 1-4 años; 5-14 años; 15-44 años (Hombres); 15-44 años (Mujeres); 45-59 años; Mayores de 60 Años. Los 14 grupos surgen de adicionar 7 grupos: se segmentó tanto el grupo de hombres como de mujeres de 15 a 44 años en dos: 15-18 años y 19-44 años (2 grupos adicionales); se abrió el grupo de 45-59 años en 3 grupos: 45-49, 50-54, 55-59 (2 grupos adicionales); y se segmentó el grupo de mayores de 60 años en 4 grupos: 60-64, 65-69, 70-74, mayores de 75 (3 grupos adicionales).
Unificación POS	Acuerdo 04/2009 CRES	Se unifican, a partir de octubre de 2009, los planes de beneficios del RC y del RS para los menores de 12 años.
Unificación POS	Acuerdo 011/2009 CRES	Se unificaron, a partir de 2010, los planes de beneficios del RC y del RS para los niños y adolescentes menores de 18 años
Actualización puntual POS	Acuerdo 025/2011 CRES	Fueron incluidos al POS dos medicamentos (Ácido Alendrónico y Clopidogrel).
Ajuste por concentración de afiliados mayores de 50 años	Acuerdo 026/2011 CRES	Se define para 2012 prima adicional para EPS del RC con elevada concentración de afiliados en grupos de edad con alta demanda de servicios y costos, a efectos de contribuir a una distribución equitativa de los riesgos.
Unificación POS	Acuerdo 027/2011 CRES	Se unifican, a partir de 2012 los planes de beneficios del RC y del RS para los adultos de 60 años y mayores.
Actualización integral POS	Acuerdo 029/2011 CRES	Sustituye el acuerdo 028 que define, aclara y actualiza integralmente el POS a partir de 2012. Con este acuerdo fueron incluidas 119 tecnologías (69 principios activos, 44 procedimientos y 6 dispositivos). Asimismo, se retiraron 2 códigos CUPS que correspondían a procedimientos repetidos y se suprimieron 72 medicamentos cuyo registro sanitario estaba vencido o no se encontró y un medicamento que estaba duplicado.
Unificación POS	Acuerdo 032/2012 CRES	Se unifican, a partir de julio de 2012, los planes de beneficios del RC y del RS para los adultos de 18 a 59 años de edad.
Actualización puntual	Acuerdo 034/2012 CRES	En cumplimiento de la Sentencia T-627 de 2012 de la HCC se incluye en el POS unificado un medicamento (Misoprostol).
Incorporación de estructura de grupos etarios en el RS	Resolución MSPS 4480/2012	Se establece la definición de ponderadores de UPC por grupo etario para el RS a partir de 2013 (los mismos 14 grupos etarios del RC). Previamente la UPC del RS solamente incluía primas adicionales por un criterio de clasificación de los municipios en 3 tipos de zona: zona especial con difíciles condiciones de acceso a servicios de salud (alta dispersión poblacional y geográfica), zona con alta demanda de servicios (grandes centros urbanos y sus municipios metropolitanos) y zona normal (el resto. Sin ponderador).
Actualización integral	Resolución MSPS 5521/2013	Por la cual se define, aclara y actualiza integralmente el POS, estableciendo la inclusión, a partir de 2014, de 63 tecnologías (56 principios activos, 5 procedimientos y 2 dispositivos).
Igualación de Primas Puras	Resolución MSPS 5968/2014	Se aprobó, a partir de 2015, la implementación de pruebas piloto de igualación de la prima pura del RS a la del RC en las ciudades de Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla. La prima pura es la que descuenta los gastos de administración.
Ley Estatutaria	Ley 1751 de 2015	Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se aprueban otras disposiciones.
Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018	Ley 1753 de 2015	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"
Modificación del plan de beneficios con cargo a la UPC	Resolución 6411 de 2016	Por la cual se modifica el Plan de Beneficios con cargo a la UPC
Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022	Ley 1955 de 2019	Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "Pacto por Colombia, pacto por la equidad"
Presupuestos máximos	Resolución 205 de 2020	Por la cual se establecen disposiciones con relación al presupuesto máximo para la gestión de los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC.

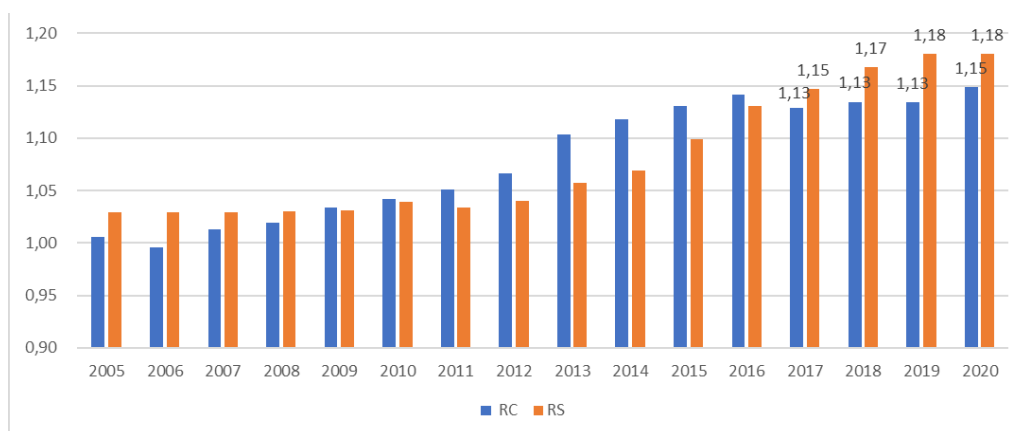
Fuente: Elaboración propia a partir del informe de labores 2010-2016 de la Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud y de la revisión de los desarrollos normativos de definición de UPC y de actualización del POS.

La UPC es un instrumento de política que se define año a año soportándose en un estudio de suficiencia que, a partir del análisis de la

información de prestación de servicios reportada por las propias EPS, determina el valor de la prima de riesgo que equilibra las

condiciones de sostenibilidad financiera de estas instituciones en su función de garantizar a sus afiliados la prestación de los servicios de salud contenidos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. De acuerdo con el artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, las EPS destinarán para gastos de administración máximo el 10% para el régimen contributivo y 8% para el subsidiado, lo que implica que el 90% y el 92%, respectivamente, deben ser utilizados para la prestación de servicios. El estudio de suficiencia toma en cuenta todos los factores diferenciales que puedan determinar

desviaciones frente al costo promedio por concentración del costo y la demanda de servicios (ponderadores geográficos, de grupos etarios, entre otros). La sumatoria de estos factores de ajuste resulta en que la prima de riesgo real reconocida sea superior a la UPC que no los incluye. Esta desviación se conoce como el ponderador de la UPC y se cuantifica como el cociente entre el promedio anual de reconocimientos de UPC y la UPC plana¹⁷ aprobada para cada año.



Gráfica 10. Evolución del ponderador de la UPC

Fuente: Cálculos propios a partir de los valores de UPC reportados en la Gráfica 9 y de los valores de UPC plana aprobada mediante los diferentes actos administrativos de definición de incremento de la UPC.

Durante el período de análisis el ponderador de la UPC del RC reporta una tendencia creciente que se acentuó a partir de 2014, año en que superó el 10% (ponderador = 1,110). A diciembre de 2020, la desviación de la UPC del RC fue del orden del 15% (ponderador = 1,15). Por su parte, el ponderador de la UPC del RS venía siendo relativamente estable hasta 2012 y a partir de 2013 aumenta de manera notable, especialmente en 2013 (incorporación del

ajuste por grupo etario), 2015 (implementación de pilotos de igualación de primas puras a las del RC en las 4 principales ciudades del país) y en 2016. A partir de 2017, factores como el envejecimiento de la población pueden estar contribuyendo al incremento del ponderador del Régimen Subsidiado. Otro factor que explica el crecimiento del ponderador en el RS es la decisión de reducir la brecha entre las primas reconocidas en el RS y el RC, lo que se denomina el porcentaje de igualación de primas, lo anterior en el marco del Auto 411 de

¹⁷ Se refiere a la UPC antes de aplicación de ponderadores.

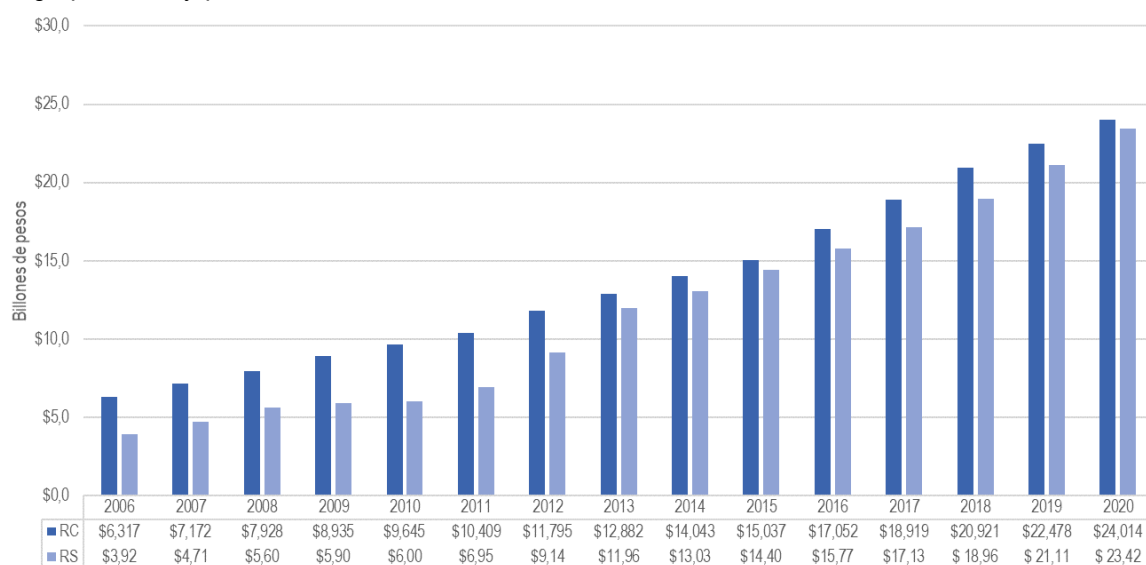
2016 y los análisis realizados con base en la información del piloto de igualación de primas en Medellín, Bogotá y Barranquilla. Adicional a lo anterior, la UPC del Régimen Subsidiado reconoce también un valor adicional para la atención diferencial indígena en cumplimiento de lo estipulado en el parágrafo 1 del artículo 14 de la Resolución 5858 de 2018 y normas que la actualizan y modifican.

Se observa además que la magnitud del ponderador es más elevada en el RC. Hasta 2012 esta diferencia obedecía a que la estructura de costo de la UPC del RS sólo diferenciaba en el ámbito geográfico (zona), mientras que la del RC incluía, además del ajuste por zona, reconocimientos adicionales por grupo etario y por factor de concentración

de pacientes de alto costo. A partir de 2013 la complejidad de la estructura de costo es muy similar en los dos regímenes¹⁸ y el mayor ponderador de la UPC del RC (12,9% vs. 9,9% en el RS en 2015) se debe a las diferencias en composición etaria¹⁹, carga de enfermedad y costo de prestaciones económicas.

4.2.4 Costo del reconocimiento de afiliados

En línea con la evolución de poblaciones y de UPC reportada en las subsecciones anteriores, el costo asociado al reconocimiento de la prima de riesgo de los afiliados al sistema reportó una tendencia creciente en el período 2005 - 2020 tanto en el RC como en el RS (Gráfica 11).



Gráfica 11. Costo de Afiliación por Régimen (\$ millones)

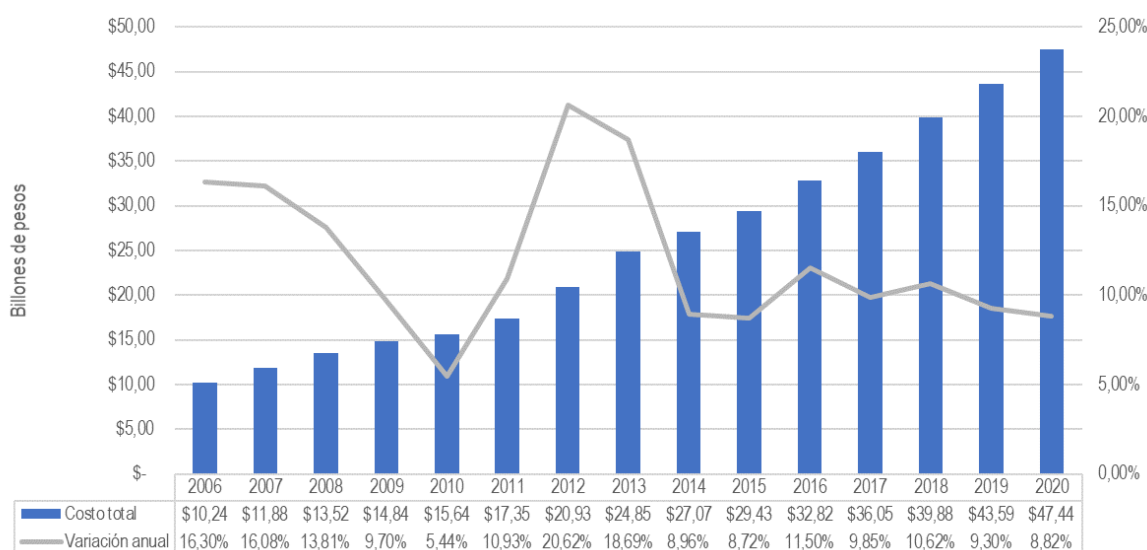
Fuente: Cálculos propios a partir de Base de Datos de la Compensación para el caso del RC. En el caso del RS 2006-2008 a partir del Informe del Cuatrienio 2006-2010 al Congreso, 2009-2011 a partir de la matriz de cofinanciación y 2012-2020 corresponde a la LMA.

¹⁸ A partir de 2013 en la definición de UPC del RS se empezaron a incorporar ponderadores etarios y en 2015 ya se contaba además con reconocimientos adicionales para las EPS Indígenas - EPSI, para los afiliados del Archipiélago de San Andrés y Providencia y para los 4 municipios en los que se aprobó el piloto de igualación de primas puras antes mencionado.

¹⁹ En efecto, al aplicar a la pirámide poblacional de cierre de 2014 del RC a la estructura de costo de ponderadores etarios definida en la Resolución 5925/2014, se estima una desviación de 8,9% frente a la UPC plana. Realizando los mismos cálculos para el RS, la desviación es de sólo 1,0%.

Analizando de manera agregada los dos regímenes de afiliación, esta tendencia creciente se acentúa en años en que el énfasis de política pública fue alcanzar la cobertura universal del RS (2006-2008, con crecimiento promedio anual de 14,94%), actualizar y unificar el POS (2011-2013 con crecimiento

promedio anual de 16,67%). Tras alcanzarse estos objetivos de política, el incremento del costo del aseguramiento en salud se moderó, con un crecimiento promedio anual de 9,68% entre 2014 y 2020, habiéndose dado en este último año un crecimiento anual en el costo de afiliación agregado de 8,82%.



Gráfica 12. Costo Total del Reconocimiento de Afiliados (\$ millones)

Fuente: Cálculos propios a partir de Gráfica 11

A pesar de esta moderación, el costo del aseguramiento en salud continúa siendo un reto para las finanzas públicas y del SGSSS. Es necesario resaltar que, con la entrada en vigor de la Ley 1751 de 2015 se creó una presión aún mayor en términos de costos del sistema que es tenida en cuenta para garantizar la sostenibilidad del sistema en el mediano y largo plazo.

4.2.5 Otros costos RC – Prestaciones Económicas y Tecnologías no financiadas con cargo a la UPC

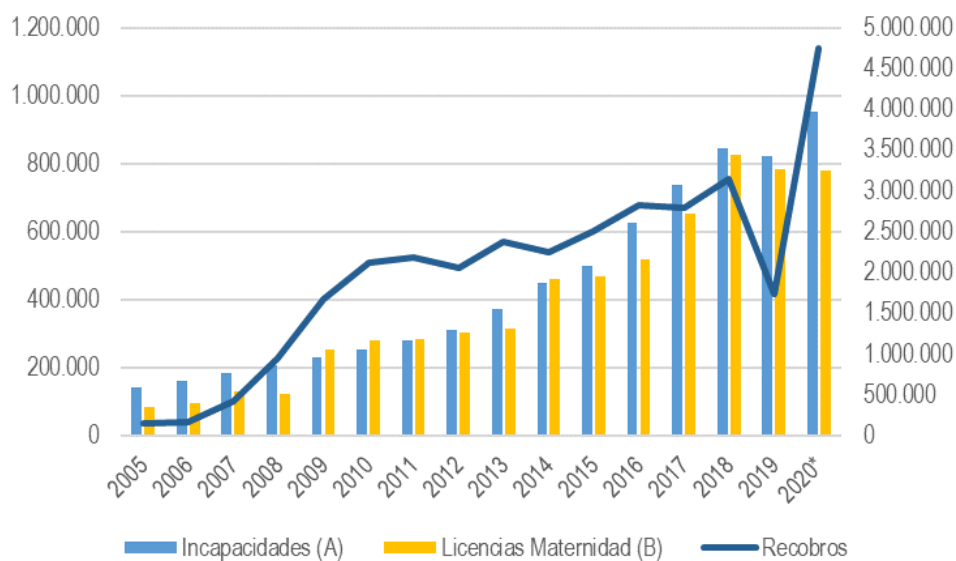
En cuanto a *prestaciones económicas* para afiliados al RC, se refiere específicamente al pago de licencias de maternidad y el reconocimiento de incapacidades por enfermedad general²⁰. Como se observa en la Gráfica 13 y la Tabla 5, estas prestaciones reportan una tendencia creciente, superando el billón de pesos por primera vez en 2016, y llegando a 1,75 billones de pesos en 2020.

²⁰ El modelo de proyección 2015-2020 contempla para el RC rubros adicionales que representan menos de 0,65% del total.

Tabla 5. RC – Evolución del reconocimiento por prestaciones económicas y del pago de recobros (millones de pesos)

Año	Incapacidades (A)	Licencias Maternidad (B)	Prestaciones Económicas (A+B)	Recobros
2005	143.736	85.383	229.119	159.778
2006	161.853	97.110	258.963	181.276
2007	185.655	133.676	319.331	433.718
2008	207.606	124.563	332.169	960.888
2009	232.096	254.445	486.541	1.677.326
2010	253.900	283.338	537.238	2.129.779
2011	281.342	286.588	567.930	2.191.477
2012	313.240	305.796	619.036	2.065.322
2013	373.189	316.031	689.221	2.383.846
2014	450.857	461.827	912.684	2.250.415
2015	507.955	468.980	976.934	2.513.030
2016	626.785	521.402	1.148.187	2.825.968
2017	737.143	656.091	1.393.234	2.796.176
2018	852.919	825.640	1.678.558	3.143.248
2019	820.811	784.611	1.605.422	1.744.795
2020	949.647	803.917	1.753.564	4.742.855

Nota: para la vigencia 2017 se proyecta el costo de acuerdo a los datos del modelo de sostenibilidad de la Dirección de Financiamiento Sectorial, Ministerio de Salud y Protección Social. A partir de la vigencia 2018, se utiliza la ejecución presupuestal URA de la ADRES como fuente de información



Gráfica 13. Prestaciones económicas y Prestaciones No PBS (millones \$)

Fuente: Base de Datos de la Compensación, hasta la vigencia 2017. A partir de la vigencia 2018: ejecución presupuestal URA de la ADRES.

1/ A partir de 2012 incluye el impacto de medidas tendientes a mejorar la liquidez hacia las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Glosa Extemporaneidad – Art. 111 Decreto Ley 019/2012; Glosa POS- Art. 122 del Decreto Ley 019/2012; Glosa Administrativa - Ley 1608/2013; Ley 1737 de 2014 y Ley 1753/2015).

2/ A partir de 2020, suma los valores de recobros y presupuestos máximos para los regímenes contributivo y subsidiado.

El costo asociado a las incapacidades por enfermedad general ha evolucionado de acuerdo con el porcentaje del IBC que se establece para su reconocimiento. Dicho porcentaje se mantuvo estable en 0,25% del IBC hasta 2012 y posteriormente se incrementó a 0,27% en 2013, 0,29% en 2014, 0,30% en 2015 y 0,34 en 2016. De esta forma, los mayores incrementos del costo se registraron en 2015, 2016 y 2017, años en que el porcentaje establecido aumentó 2 y 4 puntos básicos frente al del año inmediatamente anterior, respectivamente²¹.

En la vigencia 2017 se presentó una modificación al marco normativo concerniente a las incapacidades por enfermedad general, en el marco del artículo 67 de la Ley 1753 de 2015. En dicho artículo se estipuló que las EPS deben cubrir los costos asociados a las incapacidades superiores a los 540 días continuos. Por tal razón, desde la entrada en funcionamiento de la ADRES, ésta debe hacer el reconocimiento a las EPS por el concepto en mención. Con el fin de tener en cuenta esta modificación de la normatividad en el reconocimiento de las incapacidades por enfermedad general de origen común, se realizó un incremento de 3 puntos básicos, pasando del 0,35% al 0,38% del Ingreso Base de Cotización. Es importante resaltar que el aumento aplicó una vez iniciada la operación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

(ADRES), a partir del 1 de agosto de 2017. En consecuencia, se puede evidenciar un aumento a partir de la vigencia 2017, pero el impacto se evidencia más contundentemente en el 2018.

Para las licencias de maternidad también se presentó un cambio normativo a partir de la entrada en vigor de la Ley 1822 de 2017. Esta Ley modifica el artículo 236 del Código Sustantivo del Trabajo, en cuanto al aumento de la licencia de maternidad de catorce (14) a dieciocho (18) semanas; entró en vigor el 4 de enero de 2017 y puede explicar en gran medida el crecimiento que presentaron las licencias de maternidad durante la vigencia 2017, correspondiente al 35,87%, frente a crecimientos menores al 10% en las dos vigencias anteriores. Esto es consistente con otros choques que se han dado en la evolución reciente de las licencias de maternidad desatados por cambios en la normatividad como: i) la Ley 1438 de 2011, que amplió el término de la licencia de maternidad de 12 a 14 semanas y estableció nuevos tipos de licencias en los casos de parto prematuro, parto múltiple, y fallecimiento de la madre gestante cotizante del SGSSS ii) En 2014 por el doble choque de reforma tributaria con incentivos a la formalización (Ley 1607/2012) y operativo del proceso de compensación (Decreto 4023/2011). En este contexto, el reconocimiento de licencias de maternidad registró un incremento en 2014 de 48,1%, año en el cual el costo por licencias de maternidad

²¹ El incremento de 0,25% del IBC al 0,27% en 2013 obedeció a la sentencia C-543/2007 que incrementó en \$41 mil millones los pagos de incapacidades por enfermedad general entre 2007 y 2011, ajustando el déficit presentado. El incremento de

2014 se presentó ante el impacto del Decreto 2943 de 2013 por el cual se reduce el pago de incapacidades a los empleadores y se les transfiere a las EPS.

(\$462 mil millones) superó el de las incapacidades (\$450 mil millones). Según las ejecuciones presupuestales de la ADRES, las licencias de maternidad y paternidad alcanzaron los 803.917 millones de pesos en 2020, lo cual implica un aumento de 2,46% frente al total desembolsado por este concepto en 2019, el cual asciende a 784.611 millones de pesos.

En cuanto al pago de **recobros** por prestaciones no incluidas en el POS asociados a afiliados del RC, a partir de 2011 se frenó la tendencia exponencial que venía presentando. En efecto, entre 2005 y 2010 el valor nominal de los recobros aumentó en promedio 75,2% anual, multiplicándose por 13 veces al pasar de \$160 mil millones a \$2,13 billones. En oposición, en el período 2011-2015 la tasa de crecimiento promedio anual fue de 4,1%, y el cierre de 2016 fue de \$2,8 billones. Es de anotar que el moderado crecimiento de los últimos años se presentó aún ante las presiones generadas por las medidas adoptadas, a partir de 2012, para mejorar la liquidez de los actores mediante el pago de glosas de vigencias anteriores²². Entre las medidas que han permitido contener la tendencia creciente de los recobros se cuentan:

✓ **Regulación de precios de medicamentos.**

Entre fines de 2010 y 2012, el MSPS estableció valores máximos de recobro para el reconocimiento y pago a más de 11.000 medicamentos no incluidos en el POS. Posteriormente, en 2013 y 2014 se diseñó y aplicó la metodología de precios internacionales de referencia de

medicamentos. Desde entonces 863 medicamentos se encuentran en el Régimen de Control Directo el cual les establece un precio máximo de venta en el punto mayorista, es decir, el precio máximo al que un laboratorio o mayorista puede vender a una clínica, hospital, IPS, farmacia, droguería o distribuidor minorista. A mediados de 2015 se estimaba que la medida había representado una disminución del 40% en los precios de los medicamentos regulados. La metodología de precios internacionales de referencia de medicamentos garantiza que Colombia sea uno de los países con los precios de medicamentos más bajos del mundo, en particular con precios inferiores al percentil 25 de los países de referencia.

✓ **Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015)**, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se regulan otras disposiciones.

Si bien el costo asociado a recobros denota relativa estabilidad desde 2011, continúa siendo una carga significativa para el SGSSS. Lo anterior considerando que su valor de 2015 es equivalente a 16,38% del costo de reconocimiento de UPC del RC y en 2016 fue de 14,84%. Para la vigencia 2017 la participación correspondió a 10,67% del total reconocido por UPC.

Por otro lado, es necesario analizar detenidamente los años 2019 y 2020. En el primero de estos años, los recobros presentaron una caída interanual de -44,49%, debido a la migración del POS al PBS, el cual incluyó más servicios de salud. Sin embargo, en 2020 se presentó un aumento de 171,83%

²² Glosa Extemporaneidad – Art. 111 Decreto Ley 019/2012; Glosa POS- Art. 122 del Decreto Ley 019/2012; Glosa

Administrativa - Ley 1608/2013; Ley 1737 de 2014 y Ley 1753/2015.

en el total de los recobros, lo cual se debe a un cambio de metodología: la adopción de los presupuestos máximos como criterio para cubrir medicamentos no incluidos en el PBS y regular su crecimiento futuro.

- ✓ **Actualizaciones Integrales del POS/PBS, ahora PBS**, mediante Acuerdo CRES 029/2011 y Resolución MSPS 5521/2013. Igualmente, durante las vigencias 2017, 2018, 2019 y 2020, se realizó actualización integral del Plan de Beneficios en Salud, ahora servicios y tecnologías de salud financiados con cargo a los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), a través de las Resoluciones 5269 de 2017, 5857 de 2018, 3512 de 2019 y 2481 de 2020, respectivamente.

- ✓ **Techos o Presupuestos Máximos**

La Resolución 205 de 2020 del Ministerio de Salud y Protección Social modificó el mecanismo de reconocimiento y pago de las prestaciones en salud no financiadas con cargo a la Unidad de Pago por Capitación. El mecanismo definido en dicha Resolución materializa dos transformaciones fundamentales derivadas de la Ley 1955 de 2019, *Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, pacto por la equidad*, en el sistema de salud colombiano: i) define la manera en la cual la Nación realizará la gestión del reconocimiento y giro de recursos a las EPS, relacionados con las tecnologías y servicios no incluidos en el Plan de Beneficios, de ambos regímenes (artículo 231); ii) establece un nuevo mecanismo de financiación de las prestaciones en salud, el cual denomina Techos o Presupuestos Máximos (artículo 240).

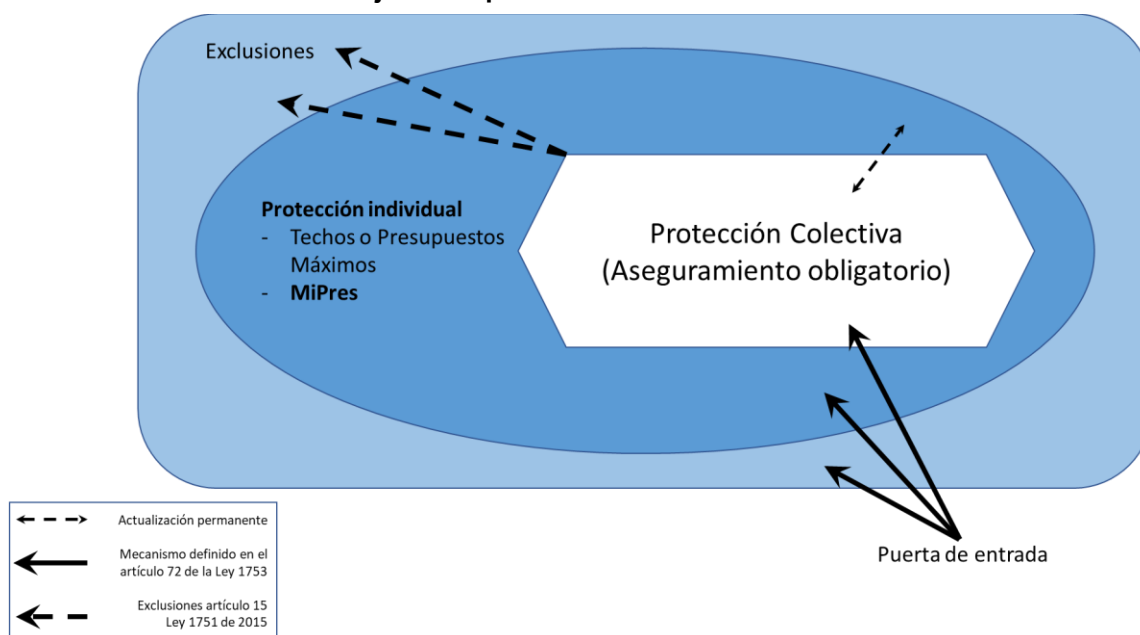
Inicialmente, la Ley 100 de 1993 definió el Plan Obligatorio de Salud (POS) como un conjunto esencial de servicios al que tiene derecho todo afiliado al SGSSS; dicho plan incluye prestaciones de servicios de acuerdo con la historia natural de la enfermedad y en las fases de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación. Así mismo, dicha Ley definió un POS contributivo y un POS subsidiado, los cuales contemplaban diferentes coberturas de servicios y tecnologías. La principal diferencia entre el plan de beneficios contributivo y el plan de beneficios subsidiado se daba en lo que se denomina el segundo nivel de atención. En estos casos, cuando un afiliado del Régimen Subsidiado requería atenciones asociadas a prestaciones no incluidas en el POS, éstas debían ser financiadas por las Secretarías Departamentales de Salud.

Así mismo, en el Régimen Contributivo, las prestaciones en salud no incluidas en el POS se financiaban con cargo a los recursos de los excedentes financieros de las cotizaciones para salud de los trabajadores formales. El mecanismo usado para financiar estas atenciones se denominó recobro y el instrumento jurídico utilizado para acceder a los servicios era inicialmente la acción de tutela y posteriormente se incorporaron los Comités Técnicos Científicos en el marco del cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008.

La Gráfica 13 presenta la evolución de las reclamaciones por servicios y tecnologías no incluidas en el plan de beneficios de salud del Régimen Contributivo. Entre 2003-2007 el valor de los recobros en el Régimen Contributivo se había multiplicado por 9²³. De un valor recobrado cercano a los 500 mil millones de pesos en 2006, se pasó a un valor cercano a los 3.5 billones de pesos en 2010. A

Desde el punto de vista normativo, el mecanismo de Techos o Presupuestos Máximos se fundamenta en los artículos 231, 233 y 240 de la Ley 1955 de 2019. El artículo 231 modifica la ley de competencias territoriales, Ley 715 de 2001, en el sentido de darle a la Nación la facultad de gestionar el

Gráfica 14. Conjunto de prestaciones en salud en el SGSSS



Tomado de: Minsalud. shorturl.at/nsvB0

partir de este año se tomaron algunas medidas para controlar el ritmo de crecimiento que venían mostrando los recobros, entre las que se encuentran: i) la unificación de los planes de beneficio, ii) la creación de los Comités Técnico Científicos y iii) el control de precios de los medicamentos. Sin embargo, para el año 2018, el valor recobrado alcanzó los 4.6 billones de pesos.

financiamiento de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC. Lo anterior, se traduce en una modificación de la distribución sectorial de los recursos provenientes del Sistema General de Participaciones, donde el componente de aseguramiento incrementa su participación del 80% al 87%, el componente de oferta disminuye del 10% al 3%, y el componente de salud pública se mantiene en el 10%.

²³ Aplicación de la metodología para la definición del presupuesto máximo a transferir EPS de los regímenes contributivo y subsidiado y las EOC, en la vigencia 2020. Ministerio de Salud y Protección Social.

Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/documento-tecnico-presupuesto-maximo.pdf>

Finalmente, el artículo 240, denominado eficiencia en el gasto asociado a la prestación de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a los recursos de la UPC, crea el mecanismo de Techos o Presupuestos Máximos.

La Resolución 205 de 2020 define los Presupuestos Máximos como:

“el valor anual calculado en aplicación de la metodología (...) que la ADRES transfiere a las EPS para que éstas realicen gestión y garanticen a sus afiliados los servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC, en los componentes de medicamentos, alimentos para propósito médico especial, procedimientos y servicios complementarios”

La Gráfica 14 presenta el conjunto de prestaciones en salud definidos en el SGSSS. Todas las prestaciones en salud en Colombia se financian de tres maneras: 1) un conjunto de servicios y tecnologías financiadas por la Unidad de Pago por Capitación, denominado mecanismo de protección colectiva, el cual se constituye en un aseguramiento social obligatorio, 2) un conjunto de tecnologías disponibles en el territorio nacional que no se financian con cargo a la UPC pero que son prestados cuando se requieren, bajo la prescripción del médico tratante, y que se financian por el mecanismo denominado Techos o Presupuestos Máximos. Allí, el sistema de información Mipres desempeña un

rol fundamental al permitir la operación del mecanismo, así como su monitoreo y seguimiento; 3) Un conjunto de tecnologías y servicios de salud que no se financian con recursos públicos por cumplir alguna de las condiciones del artículo 15 de la Ley Estatutaria de Salud, esto es, son tecnologías de carácter cosmético, que no se encuentran autorizadas en el territorio nacional, que no cuentan con la suficiente evidencia científica que avale su formulación, entre otras. Por último, la gestión de la innovación tecnológica y la entrada ordenada de tecnologías y servicios se define en el artículo 72 de la Ley 1753 de 2015.

4.3 Financiación del aseguramiento en salud al SGSSS

Durante todo el período de análisis, el reconocimiento de las UPC de los afiliados del RC y RS se financió mayoritariamente con los recursos provenientes de la cotización²⁴ (Gráfica 14). Se aclara que de 2014 a 2016 los recursos de cotización incluyen lo relacionado con la sustitución de fuente determinada por la Ley 1607/2012, es decir, el monto apropiado de recursos CREE²⁵. A partir del primero de enero de 2017, la Ley 1819 en su artículo 376 eliminó el Impuesto sobre la Renta para la Equidad CREE, y crea la autorretención al impuesto sobre la renta (imporenta) que reemplaza los cuatro impuestos que pagaban las empresas (CREE, renta, sobretasa y el impuesto a la riqueza). Del total del impuesto, que disminuyó hasta llegar a un 32% en el 2019, 4,4 puntos porcentuales (4,4%) serán

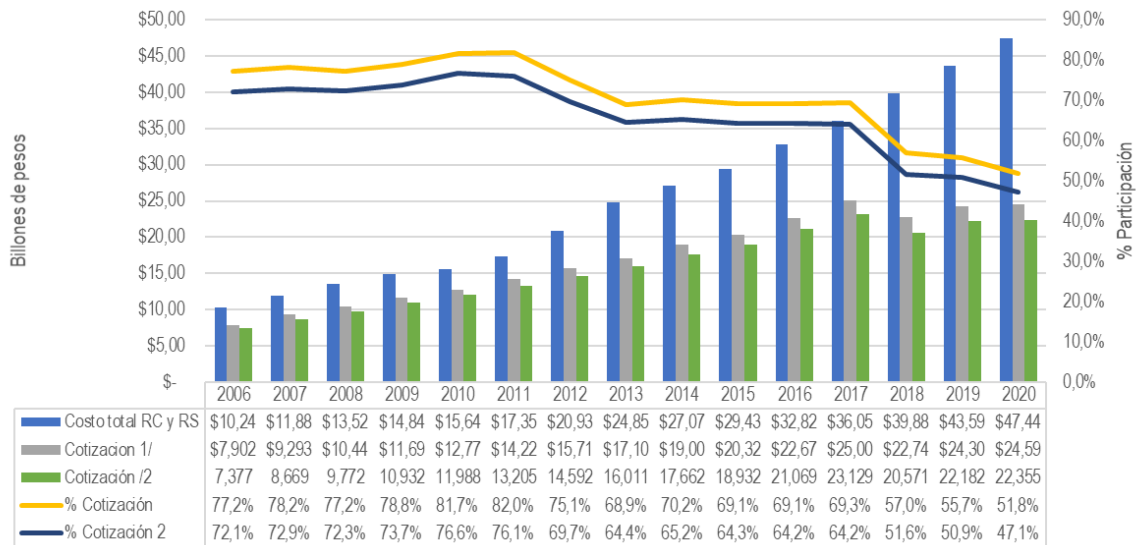
²⁴ Descontando los destinados al pago de incapacidades y a ser transferidos a la subcuenta de promoción y prevención.

²⁵ Artículo 24 de la Ley 1607/2012: a partir del 1o de enero de 2014, el Impuesto sobre la Renta para la Equidad (CREE) se destinará en la forma aquí señalada a la financiación del

Sistema de Seguridad Social en Salud en inversión social, garantizando el monto equivalente al que aportaban los empleadores a título de contribución parafiscal para los mismos fines por cada empleado a la fecha de entrada en vigor de la presente ley

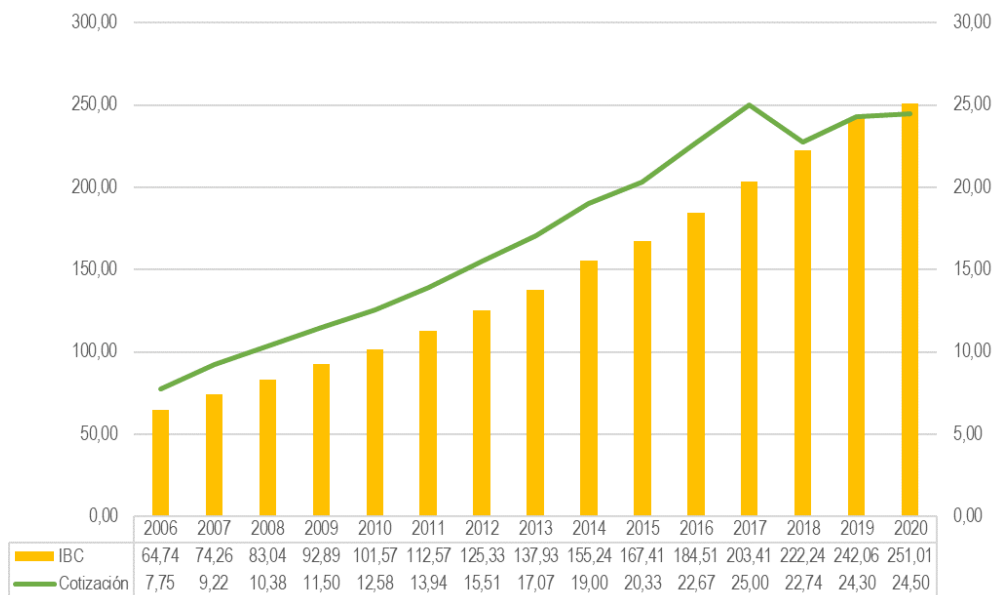
destinados al Sistema General de Seguridad Social en Salud, según lo definido en el artículo 243.

A partir de la vigencia 2017 se adicionan 0.5 puntos, de uno de los puntos del recaudo para las ventas (IVA), según el artículo 468 de la Ley 1819 de 2016.



Gráfica 15. Financiación del Aseguramiento con cotizaciones (\$ miles de millones)

Fuente: Gráfica 12, Base de Datos de la Compensación 2005-2020. 1/ Incluye la apropiación CREE 2014 – 2017, que sustituyó las cotizaciones por empleados con IBC<10 SMLMV, reemplazado en 2018 por la contribución del impuesto de renta al financiamiento del SGSSS. 2/ Excluyendo los usos que no son reconocimiento de UPC, es decir excluyendo lo destinado a incapacidades y a promoción y prevención. Cotización 1 es recaudo más CREE/imporenta y la otra es la resta de todo menos incapacidades y p y p.



Gráfica 16. Evolución del IBC y de los ingresos por cotizaciones (\$ billones)

Fuente: Base de Datos de la Compensación para el periodo 2006 – 2021, consultada en abril de 2021.

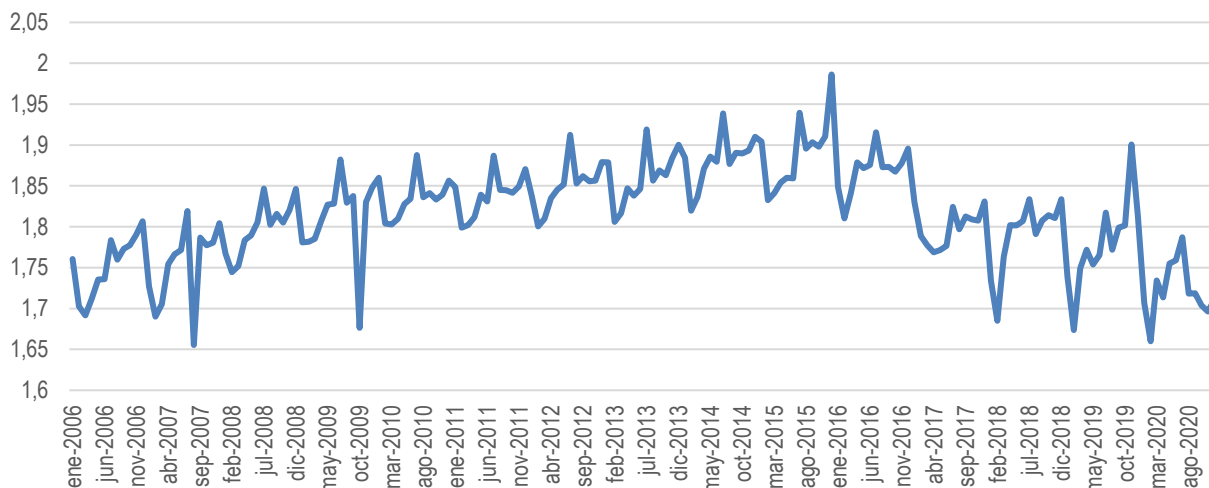
1/ Entre 2014 y 2017, incluye la apropiación CREE que sustituyó las cotizaciones por empleados con IBC<10 SMLMV.

2/ Desde 2018, incluye la contribución del impuesto de renta al financiamiento del SGSSS.

La cotización al sistema se establece como un porcentaje del Ingreso Base de Cotización – IBC-. Por ello, el recaudo de cotizaciones depende de los ingresos de los cotizantes y tiene una fuerte correlación con el comportamiento del mercado laboral. En línea con el dinamismo de los cotizantes (efecto cantidad), los choques operativos y de política que los impactaron positivamente y del ritmo de actividad económica (efecto productividad), el IBC del sistema reporta un crecimiento sostenido durante el período de análisis (Gráfica 15). En efecto, de manera consistente el IBC viene creciendo a tasas superiores al 10% anual, con excepciones destacadas en 2010 (9,3%), 2015 (7,8%) y 2020 (3,3%), años en los cuales el crecimiento económico estuvo por debajo de su nivel potencial (Gráfica 1). Al ser los ingresos por cotizaciones la principal fuente de financiación del aseguramiento en salud, la sostenibilidad financiera del SGSSS está fuertemente relacionada con la evolución del IBC.

Así mismo, la densidad salarial (DS), definida como el IBC promedio por cotizante expresado en número de SMMLV, también permite abordar la sostenibilidad en tanto muestra la

relación entre los ingresos promedio de la economía y el salario mínimo. Como se observa en la Gráfica 16, la DS presenta un comportamiento estacional con picos en los meses de enero y julio y mínimos en los meses de febrero y agosto. Al estimar su promedio anual, se corrige la estacionalidad y se identifica una tendencia creciente sostenida a partir de 2007. En efecto, la DS pasó de 1,75 en 2007 a 1,89 en 2015, denotando una mejora en la calidad de los ingresos que muy seguramente se relaciona con ganancias de productividad que se incorporan en las remuneraciones del sector formal de la economía. Sin embargo, a partir de 2016 se observó una tendencia decreciente en la densidad salarial, cayendo a 1,78 en 2019. Dicha caída se debe a una combinación de una desaceleración económica marcada entre 2015 y 2018, y aumentos elevados en términos reales para el salario mínimo en 2019 y 2020, de 2,82% y 2,2%, respectivamente. Finalmente, ocurrió un desplome en la densidad salarial durante la vigencia 2020 debido a la pandemia y sus efectos sobre la actividad económica, llegando a un promedio anual de 1,73.



Gráfica 17. Densidad Salarial

Fuente: Base de Datos de la Compensación, Periodo 2006-2020. Consultada en abril de 2021.

Tabla 6. Densidad Salarial Promedio Anual

Promedio Anual:															
2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1,82	1,75	1,75	1,80	1,81	1,84	1,84	1,85	1,87	1,88	1,89	1,87	1,8	1,79	1,78	1,72

Fuente: Base de Datos de la Compensación, Periodo 2006-2020. Consultada en abril de 2021.

En la siguiente tabla se presenta la totalidad de fuentes de financiación del

aseguramiento en salud para 2019 - 2020:

Tabla 7. Fuentes de Financiación administradas por la ADRES, 2019-2020 (\$millones)

RUBRO	2019	2020
Contribuciones sociales e Imporenta	26.754.834	27.960.065
<i>Monto anual de la cotización para RC</i>	20.327.837	20.499.314
<i>Impuesto CREE</i>	0	0
<i>Cotizaciones y/o aportes adicionales</i>	218.059	208.977
<i>Imporenta</i>	5.296.461	6.295.267
<i>Cotización Solidaridad REE</i>	390.646	423.716
<i>Cotizaciones afiliados REE con ingresos adicionales</i>	521.832	532.791
<i>Contribución solidaria</i>	0	0
Aportes de la Nación para cierre	9.700.122	9.851.456
SGP RS	8.428.996	8.894.351

RUBRO	2019	2020
FOME	0	2.580.248
Prima FONSAT y Contribución SOAT	1.805.284	2.122.890
Obligaciones Ley 1955 de 2019	2.416.364	1.602.376
Reintegros y recuperaciones	1.229.251	1.550.844
Esfuerzo propio territorial	1.732.449	1.436.762
Otros ingresos	673.154	741.465
Total CCF	535.901	541.061
<i>Recursos de CCF para afiliación RS</i>	<i>25.645</i>	<i>24.628</i>
<i>Recursos de CCF que no administran directamente RS</i>	<i>506.326</i>	<i>514.020</i>
<i>Otros aportes CCF</i>	<i>3.929</i>	<i>2.413</i>
Impuesto Social a las Armas, Municiones y Explosivos	129.653	244.123
Compensación de Regalías RS	226.674	233.474
Rendimientos financieros	129.764	141.789
UPC población privada de la libertad	37.805	47.024
Recursos FONPET	202.167	0
Punto adicional CREE	0	0
Disponibilidad inicial	910.933	3.317.596
TOTAL	54.913.350	61.265.523

Fuente: Presupuesto de Ingresos URA – ADRES.

En cuanto a las fuentes de financiación del SGSSS, es necesario recordar que, desde la creación de la ADRES, se adoptó el concepto de unidad de caja para los recursos entrantes en el sistema, por lo cual no es procedente realizar una división estricta por régimen para cada una de las fuentes.

En la vigencia 2020, la principal fuente de financiamiento del SGSSS consistió en las cotizaciones por parte de afiliados al régimen contributivo, las cuales llegaron a \$20,5 billones. Estos fueron seguidos por los aportes de la Nación para el cierre, ascendiendo a \$9,7

billones, y por los recursos provenientes del SGP \$8,89 billones, como segunda fuente de financiación, donde de acuerdo con la Ley 1955 de 2019 se estableció que el componente de aseguramiento del Régimen Subsidiado ascendería al 87% de los recursos. De los rubros restantes, destacan las transferencias de SOAT y FONSAT al régimen subsidiado, por 2,21 billones de pesos o 8,54% del total, y UPC de vigencias anteriores por 1,32 billones de pesos, o 5,32% del total.

En suma, en 2020 las fuentes del Aseguramiento en Salud ascendieron a \$61,27 billones, creciendo 11,6% frente a los recursos

del año inmediatamente anterior (\$54,91 billones).

Para la vigencia 2020, el esfuerzo propio territorial en el RS cayó a 1,436 billones de pesos, o -17,07%, debido al impacto de la pandemia sobre las finanzas departamentales. Los recursos provenientes del FOME, los cuales ascendieron a 2,58 billones de pesos, compensaron esta caída y cubrieron parte del aumento en gasto en salud debido a la pandemia.

4.4 Aseguramiento en salud durante la coyuntura Covid-19

Con el objetivo de mitigar los efectos adversos generados por la expansión de la pandemia por COVID-19 en el territorio nacional, el gobierno colombiano estableció varias medidas de política durante el año 2020, tendientes a consolidar los mecanismos de protección social y preservar los logros de cobertura en salud, junto con altos niveles de protección financiera.

En particular, durante el año 2020 se identifican varias medidas de política que permitieron la consolidación del aseguramiento

en salud, así como enfrentar el efecto negativo sobre el aseguramiento del aumento histórico de desempleo y el choque negativo sobre la dinámica económica, como consecuencia de la pandemia por COVID-19. La Gráfica 17 presenta la línea de tiempo de la incorporación normativa de las principales medidas implementadas en 2020 con el objetivo de mantener las coberturas de salud.

Al inicio del año 2020, el gobierno colombiano expidió el Decreto 064, en virtud del cual se reglamenta el artículo 236 de la Ley 1955 de 2019, Ley del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022; dicho decreto conocido como Decreto de afiliación de oficio, estableció las reglas que permiten a las Entidades Territoriales (ET) y a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) realizar un proceso de afiliación oficioso para el remanente de población colombiana sin afiliar y establece los tiempos que deben cumplir tanto las autoridades locales y nacionales, como los ciudadanos y residentes para cumplir el lleno de los requisitos legales que les permitan pertenecer al SGSSS en algunas de sus diferentes modalidades.

Hitos del aseguramiento en salud para enfrentar la pandemia por COVID-19



Gráfica 18. Hitos del aseguramiento en salud

Fuente: Elaboración propia

Entre los meses de abril a junio se utilizaron las facultades especiales que la constitución prevé para enfrentar hechos sobrevinientes que perturben en forma grave el orden económico, social y ecológico del país. En el marco de la declaratoria de Emergencia económica, social y ecológica, se expidieron dos decretos con disposiciones particularmente importantes para el aseguramiento en salud. El primero de ellos, el Decreto-Ley 538 de 2020 en su artículo 15 dispuso de un mecanismo para proteger la afiliación en salud al Régimen Contributivo de aquellas personas que, por motivo de las medidas de contención de la pandemia, venían perdiendo sus empleos y quedaban desafiados del sistema de salud. En estos casos, la nación asumió el costo de reconocer el valor de las primas para esta población y se creó la figura de Activos por Emergencia, figura que operará mientras se mantenga la declaratoria de Emergencia Sanitaria según lo dispuesto en la Ley 1753 de 2015. Así mismo, para fortalecer el aseguramiento en salud y previendo una

transición gradual de la población hacia los mecanismos tradicionales de afiliación al SGSSS, el Decreto-Ley 800 de 2020 estableció una ruta para que los Activos por Emergencia tuvieran alternativas de permanencia en el SGSSS, particularmente se utilizan las disposiciones relacionadas con el artículo 242 de la Ley 1955 de 2019, en lo que se denomina el mecanismo de Contribución Solidaria en el Régimen Subsidiado, el cual amplía el rango de población potencialmente afiliada a dicho régimen incorporando algunas condiciones de clasificación Sisbén y de inscripción y pago parcial de una contribución.

En el mes de marzo de 2021, se presentó un importante hito para el aseguramiento en salud. El Departamento Nacional de Planeación oficializó una primera versión de base de datos con la fase de barrido producto de la aplicación de la metodología Sisbén IV. Esta metodología del Sisbén se constituye en un avance metodológico, conceptual y operativo que facilitará la asignación de subsidios y mejorará la eficiencia y oportunidad

en la entrega de estos. En marzo de 2021, fue expedida también la Resolución 405 que establece el periodo de transición que utilizará el aseguramiento en salud para adaptarse a la metodología de clasificación de potenciales beneficiarios de subsidios.

4.5 Promoción y Prevención

Proceso de Compensación de las actividades de Promoción y Prevención – APP. A partir de la vigencia 2019, con la Resolución 5858 de 2018, se eliminó el porcentaje del monto de la cotización obligatoria de los afiliados al Régimen Contributivo destinado a promoción y prevención, dejando como principal fuente de financiación de estas un monto fijo pagado a las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo, establecido anualmente en la resolución de UPC. Como se observa en la Tabla 8, durante el período de análisis dicho porcentaje ha fluctuado entre 0,20% (2014) y 0,41% (2006-2008). Cabe mencionar que el mismo se calibra en función del resultado frente a los reconocimientos observados. Así, los años de mayor superávit (por ejemplo

2012) determinan para el año siguiente una reducción del porcentaje (en 2013 se redujo de 0,40% a 0,30%) y viceversa en el caso de déficit pronunciados (por ejemplo 2014 seguido de un importante incremento del porcentaje para 2015, pasando de 0,20% a 0,30% respectivamente). En particular, el porcentaje vigente para 2017 fue fijado en 0,26% y aún era destinado para la subcuenta asociada a estas actividades. Dicho porcentaje para la vigencia 2017 fue definido en la Resolución 64511 de 2016. Es necesario aclarar que, a pesar de desaparecer el esquema de subcuentas, con el fin de garantizar la financiación de este tipo de actividades, se mantiene explícita la definición de un porcentaje del IBC que deberá ser destinado a la financiación de dichas actividades. Para la vigencia 2018 el porcentaje se fija en 0.26% mediante la Resolución 5268 de 2017.

Para la vigencia 2019, no se definió porcentaje de IBC, y el monto fijo definido para las actividades de promoción y prevención alcanzó los \$24.152,40 con la Resolución 5858 de 2019, el cual no sufrió cambios para la vigencia 2020, en la Resolución 3513 de 2019.

Tabla 8. Proceso de Compensación de la Subcuenta de Promoción y Prevención

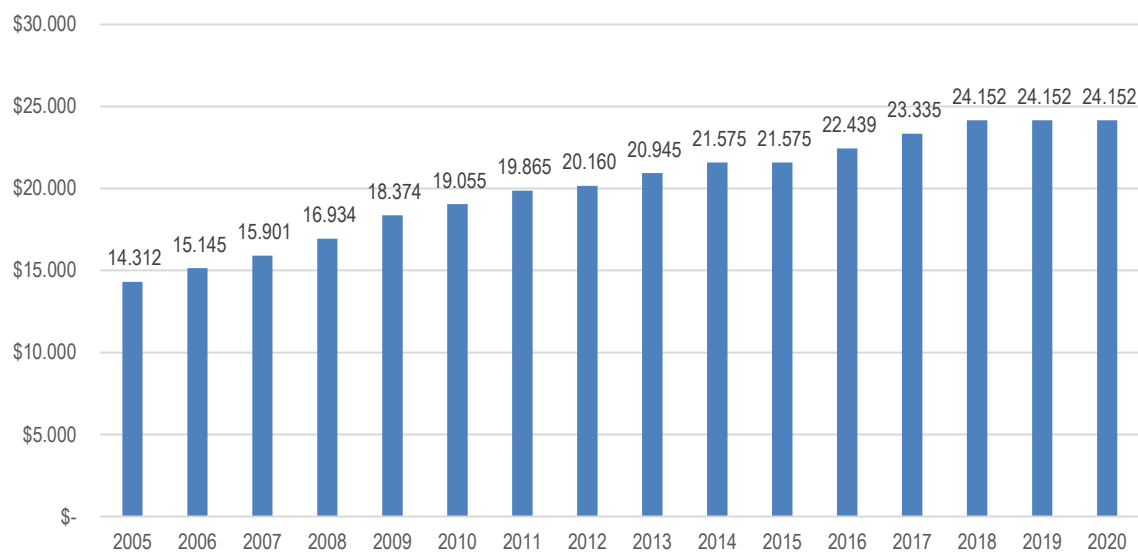
Año	% del IBC para Promoción y Prevención	IBC (\$ millones)	Valor reconocido (\$ millones)	Valor correspondiente para PyP (\$ millones)
2005	0,30%	57.497.230	172.492	173.267
2006	0,41%	64.740.009	265.434	266.185
2007	0,41%	74.264.320	304.484	305.173
2008	0,41%	83.041.930	340.472	341.125
2009	0,30%	92.887.380	278.662	278.541
2010	0,25%	101.574.780	253.937	253.921
2011	0,40%	112.567.129	450.269	450.207
2012	0,40%	125.326.561	501.306	501.080

Año	% del IBC para Promoción y Prevención	IBC (millones)	Valor reconocido (\$ millones)	Valor correspondiente para PyP (\$ millones)
2013	0,30%	137.930.774	413.792	408.028
2014	0,20%	155.241.726	310.483	425.996
2015	0,30%	167.409.407	502.228	425.943
2016	0,23%	184.514.585	424.384	453.901
2017	0,26%	203.406.330	528.856	478.986
2018	0,26%	222.235.707	577.813	502.668
2019	0,26%	242.062.556	629.363	509.891
2020	0,26%	251.009.309	652.624	499.833

Fuente: Base datos Compensación FOSYGA.

El IBC calculado para 2016 se basa en datos de la cuenta de compensación a noviembre del mismo año. El proceso de compensación por actividades de Promoción de que trata el artículo 17 del Decreto 2280 de 2004, puede analizarse a partir del resultado de las declaraciones de giro y compensación. Se evidencia en la Tabla 8 que para los años 2005, 2009, y 2010 se registra déficit en la

subcuenta. A fines de 2014 se tomó la decisión de incrementar a 0,30% el porcentaje del IBC destinado a la antigua subcuenta. Se aclara que el valor reconocido reportado en la tabla corresponde al monto de recursos que las EPS destinaron al desarrollo de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de sus afiliados en función de un valor per-cápita asignado (Gráfica 17) y del número de afiliados.



Gráfica 19. Per cápita anual para actividades de Promoción y Prevención (pesos)

Fuente: Base de Datos de la Compensación y Actos Administrativos de definición del per-cápita.

En la Gráfica 19 se detalla el comportamiento del valor per-cápita autorizado para que las

EPS desarrollen programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de sus afiliados. Nótese que en 2015 el per-cápita se mantuvo en el mismo valor definido para 2014. Lo anterior por cuanto ante una situación previa deficitaria (2014, véase tabla 8) se esperaba que el incremento del porcentaje del IBC para financiar los programas y el per-cápita generara los recursos de cierre financiero sin necesidad de incrementar el per-cápita. Para 2018 se fijó un per-cápita de \$24.152,4 para las actividades de promoción y prevención, el cual no sufrió cambios para las vigencias 2019 y 2020.

Teniendo en cuenta el histórico, se quiere aclarar que a pesar de los cambios normativos la mayoría de las fuentes que financiaban la subcuenta de Promoción y Prevención, continuarán financiando las actividades asociadas a estas actividades.

4.6 Los recursos asociados al SOAT y FONSAT

La Subcuenta ECAT (ahora SOAT y FONSAT) venía reportando excedentes financieros de alrededor de \$1 billón anual hasta 2013. En 2014 se presenta un drástico ajuste ante las elevadas necesidades de cofinanciación del RS en contexto de cobertura universal y unificación del POS, además un POS actualizado integralmente mediante Resolución 5521/2013. De esta forma, la transferencia que desde la Subcuenta ECAT se realiza a la de solidaridad para cofinanciación del RS pasó de niveles inferiores a \$350 mil millones, a superar los \$2,1 billones en 2014. El monto de la transferencia se definió teniendo como contrapartida la incorporación como fuente de

financiación del 85% del saldo de portafolio de la subcuenta a diciembre 31 de 2013 (\$1,28 billones de \$1,51 billones de saldo de portafolio) así como un alto porcentaje de la expectativa de superávit corriente a generarse durante la vigencia. En 2014 el balance financiero fue cercano al equilibrio, frente a los superávits de años anteriores cercanos a \$1 billón. Para el año 2015 se generó un superávit de \$72 mil millones, finalmente, el año 2016 cerró con un superávit de \$88 mil millones. El comportamiento de estos recursos ejemplifica las ventajas que representa la aplicación del principio de unidad de caja. Dado el comportamiento histórico, esta subcuenta siempre tenía excedentes, sabiendo que el sistema presentaba otras necesidades, como la del financiamiento del Régimen Subsidiado. Con esta aplicación, se permite a la ADRES utilizar los recursos sobrantes, posterior al pago de las reclamaciones por accidentes de tránsito, catastróficos y terroristas, para lo que se requiera, en este caso, para el cumplimiento del principio de solidaridad que existe en el SGSSS.

4.7 Cierre financiero del Aseguramiento 2019 - 2020

A partir de la información de fuentes (sección 3.2.5) y usos (secciones 3.2.3 y 3.2.4) del aseguramiento en salud en contexto de cobertura universal técnica, de unificación del POS y la igualación de primas puras, se tiene que el cierre financiero de 2020 de los regímenes de afiliación al SGSSS cerró con un balance de \$899.128 millones con unidad de caja.

Tabla 9. Cierre Financiero del Aseguramiento 2020

Fuentes	\$61,265,523,398,551	%
Contribuciones	\$ 21,664,798,389,139	35.4%
SGP-RS	\$ 8,894,351,213,336	14.5%
Aporte Nación	\$ 16,146,722,673,075	26.4%
Imporenta	\$ 6,295,266,538,376	
Recursos nación para el cierre	\$ 9,851,456,134,699	
FOME	\$ 2,580,247,898,434	4.2%
Transferencias de capital para la atención de pasivos	\$ 1,602,376,212,238	2.6%
Disponibilidad inicial	\$ 3,317,595,791,078	5.4%
Otras fuentes	\$ 7,059,431,221,251	11.5%
Usos	\$ 58,847,056,233,906	%
UPC-RC	\$ 23,806,347,816,452	40.5%
UPC-RS	\$ 24,375,750,906,973	41.4%
Presupuestos máximos	\$ 4,174,048,734,474	7.1%
Prestaciones sociales	\$ 1,756,199,607,517	3.0%
Medidas Covid	\$ 1,277,895,000,000	2.2%
Otros usos	\$ 3,456,814,168,489	5.9%
Balance (Fuentes-Usos-Disponibilidad)	-\$ 899,128,626,433	

Fuente: Elaboración propia a partir de información de ejecución presupuestal de la ADRES.

A partir de 2016 los retos para la sostenibilidad financiera incluían la finalización del proceso de igualación de primas puras entre regímenes; la implementación de un plan implícito de beneficios (Ley Estatutaria); y las posibles presiones sobre los recobros derivadas de: (i) la eliminación del mecanismo de los Comités Técnico Científicos reemplazándolos con la autorregulación y autonomía médica; (ii) los desplazamientos de demanda y el rápido cambio tecnológico que pudiera contrarrestar las medidas adoptadas de regulación de precios de medicamentos, de actualizaciones integrales y puntuales del Plan de Beneficios con cargo a la UPC y la

implementación del plan implícito. Igualmente, de acuerdo con las proyecciones incluidas en el marco fiscal de mediano plazo, se esperaba que sólo a partir de 2019 la tasa de crecimiento del PIB volviera a ser igual o superior a su nivel potencial, lo cual impactaba los recursos por cotización y la imporenta en los próximos años. Dichas proyecciones fueron severamente afectadas por la pandemia COVID-19, la cual provocó una contracción de 6.8% en el PIB para el año 2020, debido a lo cual la tasa nacional de desempleo desestacionalizada llegó a un pico de 20.9% en mayo de 2020, si bien ha disminuido al 14.4% a diciembre de 2020²⁶. Para enfrentarla, se recurrieron a recursos excepcionales por medio del FOME,

²⁶ Fuente: DANE (2021). Índice de precios al consumidor (IPC) – 2021 – Junio – Comunicado de prensa.

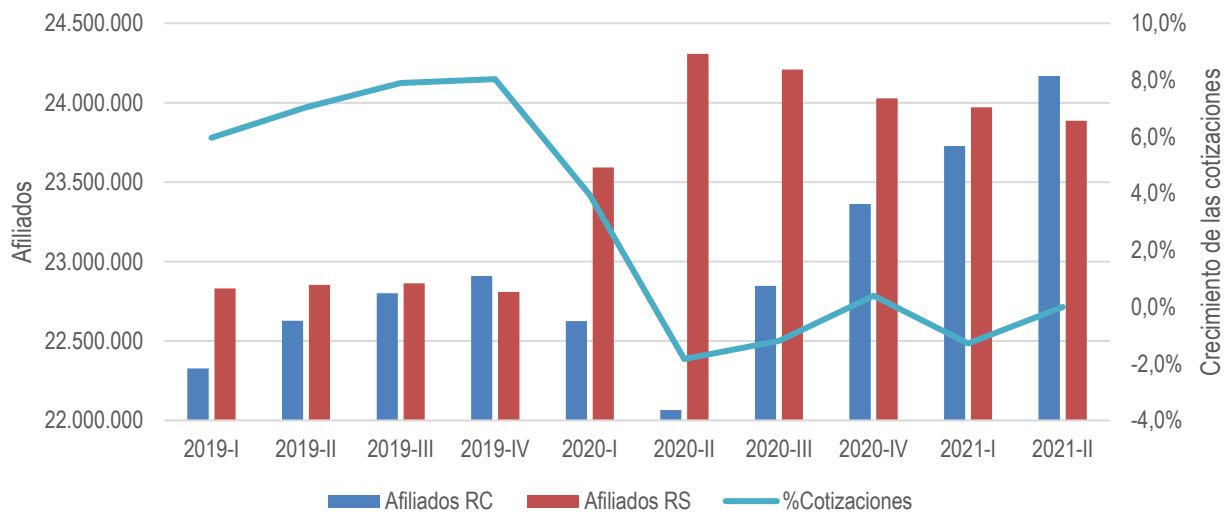
https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/pres_web_empleo_rueda_prensa_jun_21.pdf

disponibles para las vigencias 2020 y 2021. De acuerdo con el MHCP²⁷, se asignaron 40,53 billones de pesos al fondo para las vigencias 2020 y 2021, de los cuales 15,89 billones fueron destinados para la atención de la emergencia sanitaria, de los cuales se han ejecutado 11,07 billones hasta julio de 2021.

De estos, 10,01 billones fueron ejecutados por el MSPS, con fines de ampliación de oferta y aseguramiento. De dichos recursos \$1,602 billones fueron empleados en ampliación de la oferta, \$3,593 billones en aseguramiento en salud, \$242,5 mil millones en estrategia PRASS y \$4,675 billones en adquisición de vacunas COVID-19. De los recursos del FOME destinados a la emergencia sanitaria, el MSPS tiene 100,3 mil millones de pesos pendientes por ejecutar, y existe una reserva de recursos disponibles para asignación futura de gastos de salud, por 4,44 billones de pesos, los cuales

serán ejecutados a medida que se materialicen nuevas necesidades derivadas de la atención a la emergencia sanitaria.

Por otro lado, la emergencia sanitaria ha llevado a la creación de egresos adicionales en la ejecución presupuestal de la ADRES para la vigencia 2020. Específicamente, al reconocimiento económico temporal para el talento humano en salud (380,72 mil millones), una compensación económica para afiliados al RS con diagnóstico de COVID-19 (5,62 mil millones), anticipo por disponibilidad de servicios UCI y cuidados intermedios para atención del COVID-19 (289,48 mil millones), y una canasta de servicios para la atención del COVID-19, bajo el artículo 20 del Decreto 538 de 2020 (52,16 mil millones).



Gráfica 20. Afiliación en el SGSSS y crecimiento de las cotizaciones entre 2019-I y 2021-II

²⁷ Fuente: MHCP (2021). Libro blanco – Medidas económicas adoptadas para la atención de la emergencia ocasionada por el

COVID-19. FONDO DE MITIGACIÓN DE EMERGENCIAS – FOM (minhacienda.gov.co)

5. PROYECCIÓN DE FUENTES Y USOS DE RECURSOS PARA EL FINANCIAMIENTO DEL SGSSS 2021 - 2022

Tal y como se aprecia en la Gráfica 19, durante el año 2020 se observó una dinámica particular en el SGSSS. En primer lugar, las consecuencias sobre la actividad económica generadas por las medidas sanitarias, generaron una caída de las cotizaciones y una disminución considerable de la población afiliada en el Régimen Contributivo. El punto temporal donde se observaron las cifras más bajas de ingreso por cotización fue junio de 2020.

La contrapartida de lo ocurrido en el Régimen Contributivo se observó en el Régimen Subsidiado, con un incremento histórico de la afiliación registrada también en junio de 2020; aún antes de iniciada la pandemia, las cifras mostraban un crecimiento más allá del promedio histórico de afiliados en este régimen. Lo anterior, promovido por el mecanismo de afiliación de oficio Decreto 064 de 2020, implementado en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Adicionalmente, el Régimen Subsidiado es presionado al alza por dos circunstancias particulares: i) en primer lugar, el hecho de que la crisis actual sea una crisis de salud ha implicado un incentivo a la población para mantener su afiliación mediante alguno de los mecanismos disponibles; ii) la llegada al país

de aproximadamente 1,7 millones de migrantes²⁸ y la firme decisión de política de facilitar la incorporación de esta población en el Régimen Subsidiado, brindándoles los beneficios del aseguramiento en salud, explican el comportamiento observado de las cifras.

Lo observado en los regímenes contributivo y subsidiado muestra la consolidación del aseguramiento en salud en Colombia, el logro de la cobertura universal y la fortaleza y flexibilidad de los mecanismos de afiliación para acomodarse a las circunstancias cambiantes del entorno. En términos de esfuerzo fiscal y gasto en salud, el fenómeno analizado presentó, y presenta aún, importantes implicaciones sobre la necesidad de recursos para el sector y la financiación extraordinaria que se requiere para mantener la cobertura en salud en un contexto de desaceleración económica y persistencia de desafíos sanitarios como la vacunación de la población en riesgo y la atención intensiva en recursos sanitarios para una parte de los colombianos.

5.1 Modelo de sostenibilidad de fuentes y usos de la Dirección de Financiamiento Sectorial

A continuación, se muestran las proyecciones de fuentes y usos del SGSSS para las vigencias 2021 y 2022, derivadas del modelo integrado de Fuentes y Usos del SGSSS, empleado por la Dirección de Financiamiento Sectorial.

²⁸ Fuente Migración Colombia con corte a enero de 2021.

Tabla 10. Proyección de fuentes SGSSS para las vigencias 2021 y 2022 (millones de pesos)

Fuentes SGSSS	2021	2022	Crecimiento
Disponibilidad inicial	763.055	0	-100,0%
SGP	9.726.403	10.347.920	6,4%
Esfuerzo Propio	2.096.703	1.688.248	-19,5%
Cajas de Compensación	573.728	590.940	3,0%
Ingresos Nación aseguramiento	22.011.000	28.874.726	31,2%
Cotizaciones RC y REE	22.367.730	24.443.375	9,3%
Otros ingresos	509.229	355.099	-30,3%
Reintegros	971.888	350.000	-64,0%
Nuevas fuentes (CS)	0	221.450	0,0%
Subtotal fuentes	59.019.736	66.871.758	

La versión actual del modelo puede clasificarse dentro del conjunto denominado *Modelos macro*, en la taxonomía propuesta por Astolfi, R., et al. (2012)²⁹.

Dichos modelos se caracterizan por utilizar información agregada de las principales cuentas que explican el balance de los ingresos y los gastos de los sistemas de salud y aprovechar la inercia de los datos para realizar pronósticos, especialmente de corto plazo. Adicionalmente, estos modelos son complementados con algunos análisis econométricos para series específicas, que pueden después ser integrados en el modelo principal.

La descripción anterior se ajusta muy bien a la filosofía del Modelo Integrado de Fuentes y Usos. Allí, se establece una estructura contable detallada de cada una de las fuentes que financian el SGSSS, así como lo usos que tienen estos recursos; de esta manera, se establecen ecuaciones contables que permiten determinar los balances del sistema. El modelo contempla cuatro grandes módulos: i) un

módulo de poblaciones, donde se realizan las proyecciones de población por régimen de afiliación, incluyendo proyecciones de población del DANE; ii) el segundo módulo del modelo presenta el uso de recursos en el Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado, donde la variable fundamental es el valor de la Unidad de Pago por Capitación; iii) el tercer módulo contempla las fuentes de recursos que financian los regímenes subsidiado y contributivo; se incorpora información del Sistema General de Participaciones en su componente de salud, las cotizaciones, el Ingreso Base de Cotización, entre otras. Igualmente, se utiliza la variable crecimiento del PIB para realizar pronósticos de corto plazo, los cuales se comparan con aquellos que resultan de la aplicación de metodologías de series de tiempo, para algunas de estas variables; iv) el último módulo del modelo presenta todos los balances del sector y permite identificar las necesidades de recursos.

Utilizando el modelo descrito se presentan en la próxima sección las fuentes y usos de

²⁹ Astolfi, R., Lorenzoni, L., Oderkirk, Jillian. 2012. A comparative analysis of health forecasting methods. OECD.

recursos proyectados para 2022 así como el balance esperado del sector.

5.2 Fuentes

Como se aprecia en la Tabla 11, se espera que el total de las fuentes del SGSS ascienda a 59 billones de pesos en 2021, y 66,8 billones en 2022, con un aumento de 13,3% entre dichas vigencias, jalonado por un aumento marcado en los aportes de la Nación para el aseguramiento (31,2%).

En términos de estructura presupuestal, la principal fuente de recursos en el SGSSS es Ingresos nación para el aseguramiento (37,3% en 2021). La siguiente fuente de ingresos para el sistema la constituye la cotización parafiscal del régimen contributivo (37,9% en 2021). Estas dos fuentes constituyen el 75,2% de los recursos con los que cuenta el SGSSS. La siguiente fuente de ingresos está compuesta por el Sistema General de Participaciones

(16,5% en 2021), con esta tercera fuente se contabiliza el 91,7% del total de fuentes.

Dada la presión sobre el gasto proveniente del crecimiento de las frecuencias de uso observadas en el SGSSS, con ocasión de la contención de la pandemia por COVID-19, sumado a la llegada al país de una importante población migrante proveniente del país vecino de Venezuela, se espera que se requiera una mayor proporción de recursos en el año 2022 para garantizar el cierre contable del aseguramiento en salud. Por esta razón, el rubro que se espera tenga el mayor crecimiento, sea el de Ingresos nación para el aseguramiento en salud.

5.3 Usos

Tal y como se aprecia en la Tabla 12, se estima que los usos del SGSSS asciendan a 60,2 billones en 2021, y a 66,9 billones en 2022, con

Tabla 11. Proyección de usos SGSSS para las vigencias 2021 y 2022 (millones de pesos)

Usos SGSSS	2021	2022	Crecimiento
UPC	51.121.532	56.259.488	10,1%
Presupuesto máximo	5.056.072,47	6.148.228,00	21,6%
Recobros	372.000,00	193.986,56	-47,9%
Licencias maternidad/paternidad	772.227,10	795.393,91	3,0%
Incapacidades	1.034.701,00	1.218.250,93	17,7%
Prom. y Prev.	490.936,00	505.664,08	3,0%
ADRES y SNS	244.382,75	251.714,24	3,0%
Reclamaciones y otros programas	515.026,09	588.338,11	14,2%
Atención COVID			
Ley de residentes		117.573,02	9,5%
Otros gastos	584.046,42	693.120,80	18,7%
Migrantes	-	100.000,00	0,0%
Subtotal usos	60.190.924	66.871.758	

un aumento de 11,1% entre dichas vigencias. Este aumento se vería impulsado por los aumentos en incapacidades (17,7%) y el presupuesto máximo (21,6%).

En términos de la estructura de los usos de recursos en el SGSSS, la utilización de recursos más importante está constituida por el reconocimiento, liquidación y pago de las Unidades de Pago por Capitación (84,9% en

2021), recursos que se transfieren a las EPS para el cumplimiento de las acciones asociadas al aseguramiento en salud de la población colombiana, incluida la migrante. El siguiente uso en importancia lo constituye el mecanismo de Presupuestos Máximos, mecanismo que permite el reconocimiento de las prestaciones en salud que se atienden por fuera del Plan de Beneficios. Estos dos mecanismos de financiación de las atenciones en el SGSSS, constituyen el 93,3% de los recursos (en 2021). Los siguientes usos del sistema en importancia son las incapacidades y las licencias de maternidad y paternidad.

ANEXO 1. Serie histórica del Proceso de Compensación 2014-2020

Cifras en pesos corrientes

Tabla 12. Serie histórica del Proceso de Compensación 2014-2020

VARIABLES DEL PROCESO DE COMPENSACION	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
TOTAL IBC	155.241.725.908.102	167.409.407.118.705	184.514.584.742.473	203.406.330.211.274	222.235.707.010.154	242.062.555.848.757	251.009.309.071.030
TOTAL RECAUDO	13.454.552.996.767	14.280.543.786.539	15.661.379.188.630	17.165.126.674.091	18.746.215.798.896	20.182.860.690.888	20.349.144.827.098
LICENCIAS e INCAPACIDADES DEDUCIDAS	-	-	-	-	-	-	-
VALOR TOTAL COTIZACIONES ADICIONALES	-	-	-	-	-	-	-
RECAUDO IMPUESTO CREE LEY 1607 DE 2012 (IMPO RENTA 2018)	5.545.063.045.425	6.048.174.124.860	7.009.903.173.852	7.837.217.000.000	3.997.065.495.616	4.116.977.460.484	4.240.486.784.299
VALOR TOTAL COTIZACIONES	18.999.616.042.192	20.328.717.911.399	22.671.282.362.482	25.002.343.674.091	22.743.281.294.512	24.299.838.151.373	24.589.631.611.397
SOLIDARIDAD	2.207.634.435.280	2.383.050.196.725	2.423.740.728.331	2.034.641.310.947	3.869.300.526	4.400.841.310	5.016.484.000
PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN	425.996.476.288	425.943.390.640	453.900.634.409	478.986.375.545	502.667.889.755	509.891.123.276	499.832.750.319
PROVISIÓN INCAPACIDADES	449.973.480.124	502.063.462.352	627.190.530.114	737.899.063.334	844.484.946.283	823.010.416.895	953.834.613.986
TOTAL COTIZACIONES NETAS	15.916.011.650.500	17.017.660.861.682	19.166.450.469.628	21.750.816.924.265	21.392.259.157.948	22.962.535.769.892	23.130.947.763.092
LICENCIAS DE MATERNIDAD	461.827.218.557	468.979.794.963	521.401.837.853	656.090.990.370	825.544.746.315	784.610.857.128	781.101.933.574
TOTAL ANTES DE RESTAR UPC	15.454.184.431.943	16.548.681.066.719	18.645.048.631.775	21.094.725.933.895	20.566.714.411.633	22.177.924.912.764	22.349.845.829.518
UPC RECONOCIDA	14.042.769.933.374	15.037.311.788.636	17.052.249.953.567	18.918.952.074.327	20.920.505.707.894	22.477.973.288.911	24.014.296.877.829
UPC RECONOCIDA ADICIONALES	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL SUBCUENTA COMPENSACIÓN	1.411.414.498.569	1.511.369.278.083	1.592.798.678.208	2.175.773.859.568	-353.791.296.261	-300.048.376.148	-1.664.451.048.311

FUENTE: Base de datos Compensación FOSYGA. Análisis Dirección de Financiamiento Sectorial. Información a abril de 2021.