PRESUPUESTOS MÁXIMOS, MITOS Y REALIDADES

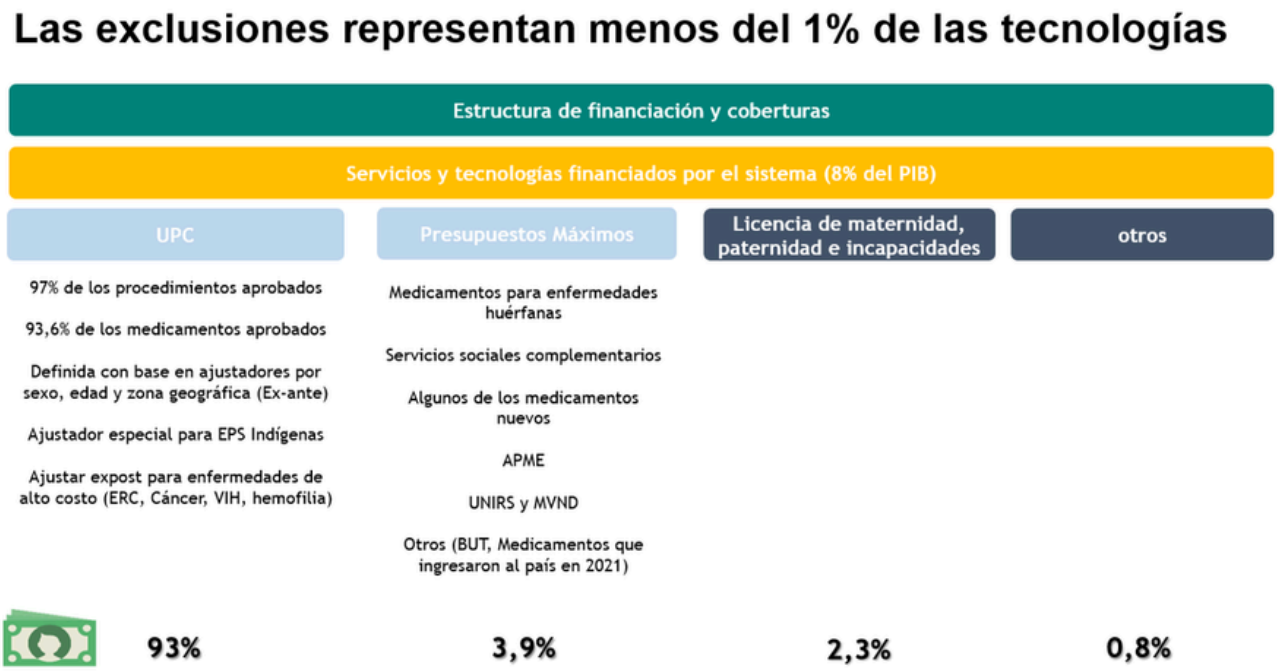
Recientemente, se ha escuchado de manera reiterada hablar del concepto de presupuestos máximos y de su relevancia o no dentro de toda la estructura de coberturas y financiamiento del sector. Por un lado, hemos escuchado noticias de diversos actores donde se presenta la situación de desequilibrio financiero, que, entre otras causas, está relacionada con la posible insuficiencia y falta de giro desde el Gobierno Nacional, de estos presupuestos máximos. Por otro lado, en el Foro realizado por Así Vamos en Salud en días pasados, se escuchó al Director de la ADRES, Félix Martínez, mencionar que todo lo no UPC representa un porcentaje menor dentro del total de la estructura de financiación y que teniendo en cuenta que la UPC se ha venido girando de manera cumplida y regular, no debíamos preocuparnos por ese porcentaje. ¿Cómo entender estas diferencias de perspectiva? A continuación, presentamos un análisis completo sobre las asignaciones y flujo de estos recursos, el cual permitirá identificar los mitos y realidades de estos presupuestos máximos.

Colombia cuenta con un Plan de Beneficios en Salud que incluye servicios de salud de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos, definidos a través de una lista negativa con exclusiones, igual para ambos regímenes. Sin embargo, existen diferentes mecanismos de pago para cubrir estos beneficios, la prima del seguro, la Unidad de Pago por Capitación – UPC, los Presupuestos Máximos – PM y recobros. Desde 2022, como resultado de la última actualización, el 97% de los procedimientos y casi el 94% de los medicamentos aprobados y disponibles en el país son financiados a través de la UPC. La siguiente tabla muestra la distribución y el origen de los recursos para financiar estas tecnologías.

Mecanismo de Financiación	Número de procedimientos cubiertos (por CUPS) *	%	Número de medicamentos cubiertos (por CUMS**)	%
UPC	9.197	96,90%	58.610	89,90%
UPC Condicionada	0	0,00%	2.446	3,80%
Presupuestos Máximos	275	2,90%	4.079	6,30%
Exclusiones	18	0,19%	55	0,10%
FOME*** y otros recursos de salud pública	4	0,04%	10	0,0%
Total	**9.494**	**100%**	**65.200**	**100%**

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social
*CUPS: Clasificación única de procedimientos
**CUMS: Código Único de Medicamentos
***Fondo público creado para cubrir las tecnologías relacionadas estrictamente con la pandemia por COVID 19 (Ej: Sars-cov2 PCR Test), durante el periodo de pandemia.

Teniendo en cuentas estas coberturas, el gasto en salud se explica principalmente la UPC (93%), seguido de los Presupuestos Máximos, las prestaciones sociales (maternidad, paternidad y compensación por baja laboral), el gasto en salud pública, las reclamaciones por servicios prestados a víctimas de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos no asegurados, entre otros.



Por su parte, los Presupuestos Máximos son un presupuesto adicional complementario a la prima, que se calcula anualmente y busca cubrir aquellos servicios y tecnologías que aún no son financiados por la UPC por sus condiciones inciertas, alta variabilidad de precios o por ser servicios sociales complementarios ordenados por un juez, pero que no necesariamente deben ser cubiertos con recursos de salud (ej: agua potable). En este sentido, este presupuesto máximo financia hoy: algunos medicamentos para enfermedades huérfanas, los servicios sociales complementarios, la mayoría de los medicamentos nuevos, algunos suplementos y complementos nutricionales y medicamentos utilizados para una indicación diferente a la aprobada por la agencia reguladora.
El presupuesto máximo se fundamenta en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, el cual modificó la forma como se administran y gestionan los servicios y tecnologías de salud no financiados con recursos de la UPC. Este artículo establece, en términos generales, lo siguiente:

- Estos servicios y tecnologías se gestionarán por parte de las EPS.
- Se financiarán con cargo al techo o presupuesto máximo que para tal efecto les transfiera la ADRES mensualmente.
- El monto del techo o presupuesto máximo de calculará de acuerdo con la metodología que defina el Ministerio de Salud.

Esta disposición, obedece a la necesidad de encontrar una fórmula que le permitiera al gobierno cumplir con lo previsto en el literal i) del artículo 5 y el artículo 8 de la Ley 1751 de 2015 en el que se determina la necesidad de que el Estado adopte la regulación y las políticas indispensables para financiar de manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos, y que los servicios y tecnologías en salud sean suministrados de manera integral para prevenir, paliar o curar la enfermedad, con independencia del origen de la enfermedad o condición de salud, del sistema de provisión, cubrimiento o financiación definido por el legislador. Asimismo, se plantea como una forma de solucionar el problema de auditoría que para el momento tenía la ADRES, el cual hizo aún más evidente la problemática administrativa y financiera alrededor de los recobros.

Esta medida, confluye con la disposición de que la Nación reasuma desde el Gobierno Nacional la responsabilidad sobre los servicios y tecnologías no financiados por la UPC del Régimen Subsidiado, responsabilidad que estaba a cargo de las Entidades Territoriales.

Estos presupuestos máximos son definidos por asegurador, teniendo en cuenta el gasto histórico de cada asegurador en este tipo de tecnología y los usuarios a los que se les proporciona. El valor al que se reconoce cada tecnología se establece en base a un valor de referencia calculado teniendo en cuenta como mínimo la mediana de lo informado por los aseguradores y como máximo el precio de regulación en el caso de los medicamentos. A continuación, analizaremos las asignaciones y flujos para cada año, desde su implementación en marzo de 2020.

Presupuesto Máximo para la vigencia 2020

Para la vigencia 2020 se asignó el valor de $4,76 billones de pesos para el periodo de marzo a diciembre. Esto corresponde a la asignación inicial de $3,92 billones, el primer ajuste por $207.761 millones y el ajuste final por $632.872 millones. El primer ajuste se realizó en diciembre de 2020 y el segundo se realizó en octubre de 2021 Las asignaciones diferenciadas por régimen se presentan a continuación:

Cifras en billones de $

Régimen	Asignación inicial	Ajustes	Asignación total
R. Contributivo	$3,3	$0,415	$3,76
R. Subsidiado	$0,584	$0,431	$1,02
Total	**$3,9**	**$0,638**	**$4,77**

Los dos ajustes ascendieron a un valor agregado de más de $830 mil millones de pesos, equivalentes a un 21% adicional, los cuales fue necesario reconocer teniendo en cuenta que la información de suministro reportada fue superior a la inicialmente estimada con la información reportada por las aseguradoras. Ahora bien, desde el inicio de la implementación se tenía previsto que se requeriría ir ajustando, en la medida en que se conociera mejor la información, en especial la del Régimen Subsidiado y que se conociera también la respuesta frente a la prescripción de estos servicios y tecnologías en salud en esta población por el cambio de pagador (antes Entidades Territoriales, ahora Nación a través de ADRES).

Presupuesto Máximo para la vigencia 2021

Para la vigencia 2021 se asignó inicialmente un valor de $5,05 billones de pesos para el periodo de enero a diciembre. Adicional a estos recursos, se reconoció un primer ajuste parcial por $558.982 millones, un segundo ajuste por un valor de $480.948 millones y un tercer y último ajuste por un valor aproximado de $760 mil millones. Lo anterior nos permite identificar una asignación a la fecha de alrededor de $6,8 billones para la vigencia 2021. El primer ajuste se realizó en diciembre de 2021, el segundo se realizó en octubre de 2022 y el tercer ajuste se realizó en febrero de 2023. Las asignaciones diferenciadas por régimen se presentan a continuación:

Cifras en billones de $

Régimen	Asignación inicial	Ajustes	Asignación total
R. Contributivo	$4,1	$1,1	$5,2
R. Subsidiado	$0,96	$0,68	$1,6
Total	**$5,06**	**$1,78**	**$6,8**

De acuerdo con lo expuesto en la tabla anterior, podemos concluir que los ajustes realizados sobre el presupuesto máximo del año 2021 implicaron una variación entre el presupuesto final y el inicial de cerca del 35%, superior a las variaciones observadas respecto a la vigencia 2020. Ahora bien, al analizar estas variaciones por régimen, llama la atención el Régimen Subsidiado, donde se evidenció una necesidad del 60% adicional a la asignada inicialmente vs un 27% en el Régimen Contributivo. Asimismo, es de anotar que el último ajuste solo se da hasta el año 2023, más de un año después del cierre de la vigencia.

Presupuesto Máximo para la vigencia 2022

En razón a algunos de las oportunidades e incentivos, tal vez perversos, que representaban los presupuestos máximos, siempre estuvieron previstos como una medida transitoria y en este sentido se avanzó en ampliar las coberturas de financiación a través de UPC del 89% al 97% de los procedimientos y del 69% al 94% de los medicamentos aprobados en el país, a partir del 1 de enero de 2022. Con esta medida, se estimaba que en presupuestos máximos la asignación pudiera bajar casi a la mitad, dejando financiado por esta vía sólo aquellas tecnologías donde por sus características no fuera posible migrarlas a UPC bien sea por motivos de incertidumbre sobre su impacto una vez financiado con la UPC (Precios y frecuencias no estables) o porque por la misma legislación no se permita su financiación plena a través de los recursos de la salud (ej: servicios sociales complementarios o "no salud", medicamentos UNIRS[1], MVND) y los más complejos, aquellas tecnologías asociadas a una condición huérfana, donde por el hecho de ser enfermedades de baja prevalencia pero muy alto costo, el gobierno manifestó que la decisión de que permanecieran en Presupuestos Máximos obedecía a la necesidad por poder seguir garantizando la cobertura, al tiempo que se avanzaba en el diseño de un modelo y ruta de atención y financiación especial para estas enfermedades, antes de pensar en migrarlos hacia la UPC y con esto materializar el riesgo de insuficiencia de la UPC y por ende, afectar el acceso.

Lo anterior, es muy importante para la contextualización y el entendimiento de las coberturas de los presupuestos máximos y la importancia de la revisión de su metodología y la asignación oportuna de los recursos. A partir de este año la composición de estos presupuestos se han modificado como resultado de la actualización de los servicios y tecnologías financiados con cargo a la Unida de Pago por Capitación para la vigencia 2022, aquello modifico la composición del presupuesto máximo en cuanto a la distribución del valor y frecuencias entre los componentes o tipos de tecnologías que lo conforman de año 2021 a 2022.

De todos los componentes que hacen parte del presupuesto máximo, el de medicamentos concentra el mayor cambio, producto de la actualización de la UPC, se estima que ahora representa el 50% del valor en este mecanismo. De igual forma, esta recomposición produjo que los componentes de servicios complementarios APME aumentaran su participación en el total de presupuesto máximo, teniendo en cuenta que estos componentes no son afectados por la actualización de la UPC.

Por ser el componente de medicamentos aquel con la mayor participación dentro del total del valor en el presupuesto máximo, allí se concentran aquellos indicados para este tipo de enfermedades y se estima que representan el 70% del valor dentro del componte de medicamentos, y que se divide en aquellos con indicación especifica y única pera enfermedad huérfana y aquellos con indicación para enfermedad huérfana y otras.

Para la vigencia 2022 se han asignado a la fecha $2,16 billones de pesos, valor considerado inicialmente transitorio para el periodo de enero a diciembre, hasta tanto se concluyera la revisión pormenorizada, la cual correspondía a un proceso sistemático y documentado, mediante el cual se analizaría la información reportada por la EPS o entidad adaptada para algunos de los grupos relevantes de tecnologías objeto de financiación por presupuestos máximos. La necesidad de realizar esta revisión surge del incremento desbordado, sin explicación aparente que se encontró al momento de calcular el segundo ajuste para la vigencia 2021. Se evidenciaron crecimientos en algunas aseguradoras superiores al 100% no sólo en el total del gasto, sino en cada uno de los componentes del presupuesto máximo. Se identificaron crecimientos en algunas tecnologías superiores al 1000% para condiciones cuya prevalencia e incidencia no justificaría dichos incrementos. Y no menos importante, se observaron tecnologías que estaban siendo suministradas a pacientes relacionados con códigos de diagnósticos diferentes a los de la indicación autorizada por INVIMA para la tecnología suministrada.

Cifras en billones de $

Régimen	Asignación inicial
R. Contributivo	$1,63
R. Subsidiado	$0,52
Total	**$2,16**

Adicional a los recursos ya reconocidos para la vigencia 2022, se estima que puedan ser reconocidos recursos adicionales por $800 mil millones, de acuerdo con los resultados que haya arrojado el proceso de revisión pormenorizada, el cual debió haber concluido al tiempo que para 2021 (se realizó sobre la misma base), es decir, a finales de 2022.

Presupuesto Máximo para la vigencia 2023

Para el presupuesto máximo de la vigencia 2023, el valor transitorio ascendió entre enero y junio a $1,5 billones de pesos. La distribución por regímenes se presenta a continuación:

Cifras en billones de $

Régimen	Asignación enero - julio
R. Contributivo	$1,09
R. Subsidiado	$0,44
Total	**$1,53**

Ahora bien, en el mes de septiembre, la ADRES anuncio la apropiación de un (1) billón de pesos destinado para el giro de presupuesto máximo correspondiente a los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de la presente vigencia que se encontraban pendientes de pago. Esto se constituye en una adición del presupuesto sobre los $2.5 billones inicialmente presupuestados.

Este mecanismo si bien ha tenido algunas ventajas, como por ejemplo mejoras en la información de estas tecnologías para poder migrarlas a la financiación con UPC, lo cierto es que su cálculo y reconocimiento no ha resultado cómo se esperaba. Por diferentes razones, se están apenas reconociendo en 2023, recursos que corresponden a prestaciones de 2021 y están pendientes una gran cantidad de 2022.

A la fecha, se estima que, para lograr ponerse al día en 2021, 2022 y mantener la asignación de 2023 se requerirían en el presupuesto de ADRES de este año recursos para este concepto por valor de $5,5 billones. Sin embargo, sólo hay hoy en el presupuesto $3,5 billones, de los cuales a junio ya se habían ejecutado $2,4 billones. La adición anunciada en septiembre, permitiría cubrir solo algunos meses, los cuales conservan los supuestos de una asignación transitoria, como ya se mencionó de manera que bajo este escenario el sistema mantiene un faltante importante para este rubro.

Para el segundo semestre preocupa que no ha habido pronunciamiento respecto a la asignación de la totalidad de la vigencia 2023 y cómo se calcularía este año, considerando que lo girado a junio no contemplaba crecimientos en frecuencias, ni la aplicación como tal de una metodología de crecimiento, dado que estaba previsto como un valor transitorio. No es claro tampoco cuando se pagaría lo pendiente de 2022.

Finalmente, el presupuesto máximo se establece de acuerdo con la metodología que define el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ya bajo un mecanismo de giro previo a la prestación de servicios que busca eliminar las ineficiencias derivadas de la figura de recobros, sin embargo, existe hoy existe un debate sobre la suficiencia del monto anual asignado, considerando el complejo contexto macroeconómico del año 2022, caracterizado por la inflación, la devaluación y la liquidación de EPS con el correspondiente traslado de sus afiliados, el incremento de las frecuencias y la concentración de tecnologías de alto costo indicadas para enfermedades huérfanas.

*Desde el Observatorio Financiero del centro de pensamiento Así Vamos en Salud, realizaremos periódicos informes en los que analizaremos diferentes aspectos sobre la financiación y la evolución financiera del Sistema de Salud y sobre los diferentes agentes que hacen parte de él.

Este es el segundo boletín con el que queremos sumarnos a la conversación sobre el debate al proyecto de ley de la reforma al sistema de salud.