



Análisis del Gasto en Salud Financiado con la UPC en el Marco del Principio de Eficiencia de la Ley 100 de 1993: Análisis de Referencias de Precio y Oportunidades de Optimización

Estimaciones técnicas de eficiencia potencial del gasto en el SGSSS

Innovación y Analítica – ADRES

Marzo, 2026

Tabla de contenido

Tabla de tablas.....	3
Tabla de gráficos	3
1. Introducción	5
2. Principales resultados	11
3. Marco normativo y conceptual	14
4. Metodología.....	16
4.1 Fuentes de datos y preparación	16
4.2 Preparación y Tratamiento de Datos.....	18
4.2.1 Variables y diccionario.....	18
4.2.2 Actualización a precios constantes (base 2024).....	18
4.2.3 Limpieza de datos y reglas de duplicidad	19
4.2.4 Tratamiento de registros con precio igual a cero	19
4.3 Cálculo del Precio de Referencia.....	19
4.3.1 Construcción de medianas por bloques.....	20
4.3.2 Definición del precio de referencia eficiente.....	21
4.5 Limitaciones metodológicas.....	23
5. Resultados	27
5.1 Eficiencias potenciales por tipos de bloqueos	27
5.2 Posibles eficiencias en los mecanismos de contratación.....	54
6. Proyectos futuros	59
7. Bibliografía.....	62

Tabla de tablas

Tabla 1. Eficiencia del gasto por EPS, según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Contributivo.	28
Tabla 2. Eficiencia del gasto por EPS según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Subsidiado.	32
Tabla 3. Eficiencia del gasto por actividad según percentiles (P) de precios de referencia (Top 30 por valor del percentil 50). Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Contributivo.	35
Tabla 4. Eficiencia del gasto por actividad según percentiles (P) de precios de referencia (Top 30 por valor del percentil 50). Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Subsidiado.	40
Tabla 5. Evolución de la eficiencia del gasto por régimen según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles.	46
Tabla 6. Eficiencia del gasto por municipio según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Contributivo. Top 30 (por valor del percentil 50).	49
Tabla 7. Eficiencia del gasto por municipio según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Subsidiado. Top 30 (por valor del percentil 50).	52
Tabla 8. Distribución porcentual (%) del valor total reportado por forma de reconocimiento respecto del total anual. Total Nacional.	54

Tabla de gráficos

Gráfico 1: EPS según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Contributivo	27
Gráfico 2: EPS según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Subsidiado,	31
Gráfico 3: Actividades según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Contributivo	34
Gráfico 4: Actividades según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Subsidiado,	40
Gráfico 5: Años y regímenes según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50)	45



Gráfico 6: Municipios según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Contributivo	48
Gráfico 7: Municipios según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Subsidiado,	51
Gráfico 8. Evolución del valor de la forma de reconocimiento en el tiempo por EPS – Régimen Contributivo.	56
Gráfico 9. Evolución del valor de la forma de reconocimiento en el tiempo por EPS – Régimen Subsidiado.....	57



1. Introducción

Este informe identifica y cuantifica oportunidades de eficiencia en el gasto en salud financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), analizando transacciones observadas entre los años 2018 - 2023. El informe se fundamenta en el principio de eficiencia consagrado en el artículo 2 de la Ley 100 de 1993¹, el cual exige la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios del sistema se presten en forma adecuada, oportuna y suficiente.

Bajo esta óptica, la eficiencia no es un objetivo opcional, sino un principio que contribuye a viabilizar los demás principios del sistema, como la universalidad, la solidaridad y la integralidad. Sin una gestión eficiente de los recursos disponibles, el acceso equitativo, la calidad y la sostenibilidad del financiamiento se ve limitada frente a las crecientes demandas de atención en salud de la población. En este sentido, la eficiencia constituye un elemento clave para avanzar en el cumplimiento de los objetivos fundamentales del sistema: mejorar el estado de salud de la población, evitar el empobrecimiento por gastos de bolsillo y garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo.

Este mandato legal se operacionaliza a través del Artículo 182 de la Ley 100 de 1993, el cual establece que el valor de la UPC se calcula considerando el perfil epidemiológico de la población relevante, los riesgos cubiertos y *los costos de prestación del servicio en condiciones medias de calidad, tecnología y hotelería*. Si bien esta definición incorpora múltiples dimensiones técnicas, surge una tensión fundamental: según la Organización Mundial de la Salud (2010), incluso en sistemas de salud con mayores niveles de desarrollo y recursos, entre el 20 % y el 40 % del gasto sanitario podría destinarse a usos de mayor valor si se reducen ineficiencias en la organización y prestación de los servicios; hallazgo que el reporte de la OCDE (2017) sobre el gasto innecesario en salud reafirma al documentar que

¹ Congreso de la República de Colombia, Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones (1993). Disponible en: [Ley 100 de 1993 - Gestor Normativo - Función Pública](#)

una proporción significativa del gasto en los países miembro no genera mejoras reales en los resultados de salud.

Si este nivel de ineficiencia persiste en sistemas con mayor capacidad institucional y recursos, es razonable plantear que las "condiciones medias" como parámetro de tarificación en un mercado con las particularidades del colombiano, podrían no estar capturando adecuadamente las pérdidas de valor que ocurren en la cadena de prestación. En este sentido, la discusión sobre la suficiencia de los recursos resulta incompleta si no se aborda de manera simultánea la gestión del valor: eficiencia y financiamiento no son dilemas secuenciales sino condiciones interdependientes de un sistema sostenible. En otras palabras, sin eficiencia no se podrá garantizar la suficiencia.

En el marco de la competencia regulada, el logro de los objetivos del sistema depende de que funciones críticas como la modulación y la articulación operen de manera explícita para corregir las fallas sistémicas (Londoño & Frenk, 1997). En este sentido, la falta de convergencia de precios identificada en este informe puede interpretarse como una manifestación de debilidad en estas funciones. En el marco de una competencia regulada, se esperaría una tendencia hacia la eficiencia. Sin embargo, la amplia dispersión en los precios de tecnologías de salud evidencia la persistencia de asimetrías de información y vacíos en la intervención técnica. Esta realidad parece contradecir el sentido de la Ley 100 de 1993 y confirma que el incremento de recursos, sin una modulación efectiva en la formación de precios, corre el riesgo que se terminen multiplicando las ineficiencias preexistentes en lugar de resolverlas.

No se trata de una preocupación novedosa ni aislada. Existen antecedentes robustos que han advertido comportamientos anómalos de precios y concentración del gasto en distintos segmentos del sistema. En medicamentos y tecnologías no financiadas con la UPC, el Banco de la República documentó el fuerte aumento de estos pagos dentro del gasto total en salud y destacó que ello condujo, entre otras medidas, a la definición de valores máximos de reconocimiento para más de 11.000 medicamentos, como respuesta institucional a presiones relevantes de precio

(Melo-Becerra, y otros, 2023). En tecnologías específicas como los medios de contraste, el Ministerio de Salud ha reconocido la necesidad de revisar la regulación de precios en contextos de tensión de oferta y abastecimiento. En conjunto, estos antecedentes reafirman la necesidad de adelantar un análisis sistemático de referencias de precio y eficiencia del gasto, orientado a identificar desviaciones no plausibles, fortalecer la transparencia y proteger la destinación adecuada de los recursos de la UPC.

En consecuencia, y como lo refuerza la evidencia de ACEMI (2018), para afrontar los retos actuales no solo se requiere incrementar y consolidar partidas presupuestales, sino implementar estrategias direccionadas hacia la gestión de ineficiencias y desperdicios, pues la gestión del valor constituye una condición necesaria para que los recursos disponibles logren cubrir de mejor manera las necesidades de salud de forma oportuna y digna.

Este informe se basa en la estimación de referencias de precio robustas por tecnología mediante el uso de medianas “bloqueadas” y la comparación de mecanismos de contratación. Los resultados de este análisis buscan orientar decisiones técnicas, y no sustituyen auditorías clínicas caso a caso ni constituyen recomendaciones regulatorias vinculantes. En consecuencia, los resultados no deben interpretarse como evidencia concluyente de sobre costo indebido en transacciones individuales ni como juicio sobre la pertinencia clínica de atenciones específicas, sino como señales agregadas para priorización analítica, monitoreo y fortalecimiento de la gestión del gasto.

El análisis responde, de forma integrada, a las siguientes preguntas fundamentales:

- ¿Cuál es el precio estimado de referencia indicativo por tecnología cuando se aplican medianas bloqueadas por tecnología, régimen, nivel de complejidad de la IPS, municipio y mecanismo de contratación?
- ¿Qué brecha se observa entre el gasto actual y el gasto contrafactual estimado al aplicar ese precio de referencia, y cómo se distribuye por territorio, EPS y mecanismo de contratación?

- ¿Cuál es el Percentil de Equilibrio del Gasto (PEG), entendido como el percentil de referencia en el cual la eficiencia neta agregada se aproxima a cero; por debajo de este umbral predominan ahorros potenciales y por encima comienzan a predominar sobrecostos agregados?

A partir de ello, se estiman referencias de precios comparables, se cuantifican ahorros potenciales y se consolidan insumos técnicos para una gestión del gasto basada en la evidencia y la sostenibilidad.

Un aspecto técnico relevante que se desprende de la metodología de medianas bloqueadas es la estimación del Percentil de Equilibrio del Gasto, en adelante PEG. Aunque el objetivo central del informe es identificar brechas de optimización, este umbral cumple una función estratégica dentro del análisis, pues permite identificar el punto de referencia a partir del cual la eficiencia agregada del sistema deja de materializar ahorros netos y comienzan a predominar sobrecostos agregados. En ese sentido, el PEG no debe interpretarse como una tarifa regulatoria ni como un precio normativo, sino como un referente analítico derivado de transacciones observadas, útil para comprender la estructura del gasto, como valor indicativo de precios para los agentes del sistema y que busca orientar decisiones de gestión reduciendo asimetrías de información.

- **Referencia indicativa para el análisis del gasto:** el PEG permite ubicar un punto empírico de equilibrio dentro de la distribución observada de precios, ofreciendo una señal técnica sobre el tramo en el que el gasto agregado deja de generar eficiencias netas. En esa medida, complementa la lectura de la mediana y de otros percentiles de referencia, y contribuye a interpretar si las diferencias observadas corresponden a espacios de optimización o a zonas donde comienzan a concentrarse sobrecostos agregados.
- **Transparencia y reducción de asimetrías de información:** en la negociación entre EPS e IPS, la dispersión de precios y la asimetría de información pueden dificultar la identificación de referencias comparables. El PEG aporta un punto de contraste técnicamente sustentado para evaluar la posición

relativa de los precios pactados dentro de cada distribución bloqueada, favoreciendo negociaciones más informadas y consistentes con las condiciones observadas del sistema.

- **Priorización de la gestión y el seguimiento técnico:** la identificación del PEG permite diferenciar los tramos de la distribución donde todavía predominan ahorros potenciales de aquellos donde empiezan a concentrarse sobre costos agregados. Esto facilita focalizar los esfuerzos de auditoría, monitoreo y revisión contractual en los bloques con mayores brechas, y no en aquellos donde los valores observados ya se sitúan cerca del equilibrio agregado del gasto.

Los resultados de este análisis deben interpretarse como estimaciones agregadas diseñadas para visibilizar patrones sistemáticos en la formación de precios y en la ejecución del gasto sectorial. El fortalecimiento de la supervisión técnica y la transparencia en la administración de los recursos constituyen condiciones necesarias para que los recursos de la UPC contribuyan efectivamente al cumplimiento de su fin social.

Adicionalmente, la estabilidad del sistema no se garantiza únicamente mediante el incremento inercial de los recursos presupuestales, sino a través de una gestión activa orientada a reducir ineficiencias del gasto. Este informe aporta evidencia de que la discusión sobre la suficiencia financiera del sistema resulta incompleta si no se acompaña de una gestión sistemática de las ineficiencias del gasto. La reducción del desperdicio y la corrección de distorsiones persistentes en la formación de precios pueden ampliar el margen de sostenibilidad y oportunidad en la atención.

Finalmente, en relación con los sistemas intensivos en contratación y con la delegación de funciones a agentes privados, la literatura ha señalado que sus posibles ganancias de eficiencia dependen de condiciones institucionales exigentes: competencia efectiva entre prestadores, capacidad estatal para definir necesidades, negociar, monitorear y hacer cumplir los términos contractuales, y un entorno regulatorio suficientemente sólido para contener comportamientos



oportunistas. En esa línea, De Groote, De Paepe y Unger (2007) advierten que, en contextos donde estas condiciones no se encuentran plenamente consolidadas, los esquemas de subcontratación pueden enfrentar limitaciones estructurales para producir los resultados esperados en eficiencia.

De forma complementaria, Zurbriggen (2005) subraya que, cuando los arreglos institucionales son débiles, pueden emerger dinámicas de búsqueda de rentas que desvían los incentivos desde el interés general hacia beneficios particulares. Traído al objeto de este documento, ello sugiere que el análisis de eficiencia del gasto no puede limitarse al nivel transaccional o tarifario, sino que también debe reconocer que la forma en que se estructuran, supervisan y monitorean los mecanismos de contratación influye de manera directa sobre la dispersión de precios, la asignación de recursos y, en últimas, sobre la capacidad del sistema para operar conforme al principio de eficiencia.

2. Principales resultados

- **Mediana con bloqueos como referencia robusta y técnica del precio eficiente.** La metodología empleada consiste en construir un precio de referencia para cada tecnología (procedimiento, medicamento o insumo) a partir de la mediana de los precios reportados en la Base de Prestación de Servicios, calculada dentro de bloques más homogéneos de comparación. Para ello, las observaciones se segmentan previamente mediante un conjunto de bloqueos que controlan variables que generan diferencias estructurales en la prestación del servicio, evitando comparaciones entre contextos no equivalentes.

En particular, las medianas se estiman controlando por: **(i) régimen de aseguramiento, (ii) municipio de prestación, (iii) nivel de complejidad de la IPS, (iv) modalidad de pago y (v) tecnología.** Este enfoque permite obtener referencias de precio robustas, poco sensibles a valores extremos, que reflejan condiciones reales de operación del sistema y sirven como insumo técnico para identificar brechas agregadas de potenciales eficiencias en el gasto, sin constituir tarifas obligatorias ni juicios regulatorios vinculantes.

Adicionalmente, el aporte del presente análisis no se limita a cuantificar brechas agregadas, sino a ofrecer un instrumento reproducible de priorización analítica para orientar seguimiento, transparencia, gestión contractual y fortalecimiento de la toma de decisiones sobre el uso de los recursos de la UPC.

- **La mediana con bloqueos, como precio de referencia, permite evidenciar ahorros potenciales sistemáticos y cuantificables.** Entre 2018 y 2023, si todas las tecnologías se hubieran reconocido a ese valor de referencia, el sistema habría registrado una eficiencia potencial acumulada de **\$47,59 billones**, en precios constantes de 2024. En términos anuales, este potencial fue especialmente significativo en **2023, con \$10,53 billones**, y en **2022, con \$8,39 billones**, cifras cercanas al **14–15 % del gasto de cada año**. En

conjunto, estos resultados muestran que persisten espacios estructurales de optimización del gasto, aun bajo criterios de contratación conservadores.

- **Los percentiles P60–P70 concentran el tramo crítico de transición del ahorro potencial del sistema, según la evidencia observada en el periodo 2018–2023.** En ambos regímenes, el P60 mantiene eficiencias positivas en todos los años analizados, con ahorros anuales del orden de \$1,7–\$2,6 billones en el régimen contributivo y \$0,9–\$3,1 billones en el subsidiado, lo que confirma que referencias de precio moderadamente superiores a la mediana continúan generando ahorros frente al gasto observado. Al avanzar hacia el P70, la eficiencia se agota: en el régimen contributivo los resultados son negativos de forma sistemática, mientras que en el régimen subsidiado el P70 constituye, con carácter general, el umbral a partir del cual los ahorros dejan de ser sostenibles.
- **Para el año 2023, el punto de equilibrio del gasto se alcanza en percentiles cercanos a 64 en ambos regímenes.** En particular, la eficiencia neta se aproxima a cero alrededor del percentil 64,0 en el régimen contributivo y 63,8 en el subsidiado, lo que implica que contratar incluso por encima de la mediana (P50) continúa generando eficiencia agregada a nivel del sistema. Este comportamiento es consistente al desagregar por EPS — por ejemplo, Sura (72,3), Compensar (67,5), Sanitas (65,0), Salud Total (61,1) y Nueva EPS (59,8)— así como por tecnologías y departamentos, evidenciando que los ahorros observados no responden a casos aislados, sino a una regularidad estructural del sistema de salud.
- **El ahorro potencial se concentra en actividades de alto valor unitario y alta variabilidad.** A nivel de actividad, los mayores márgenes de eficiencia se identifican en servicios intensivos en recursos (internaciones por complejidad, UCI adultos, pediátrica y neonatal, terapias oncológicas, traslados asistenciales medicalizados y curaciones complejas) con eficiencias positivas entre el **P50 y P60**, que en muchos casos se mantienen hasta el **P70**, pero se tornan fuertemente negativas en el **P80–P90**. Esto confirma

que una fracción sustancial del ahorro potencial del sistema se materializa antes de llegar a los extremos de la distribución de precios.

- **La ineficiencia agregada se explica principalmente por la variabilidad no plausible en las colas derechas del gasto.** En ambos regímenes, las ineficiencias potenciales en el **P80–P90** alcanzan magnitudes muy elevadas (hasta **–\$21,3 billones en el contributivo y –\$17,9 billones en el subsidiado en 2023**), evidenciando que las desviaciones extremas en precios y/o cantidades —más que los valores centrales— concentran la mayor presión sobre la sostenibilidad financiera del sistema. Este resultado refuerza la necesidad de focalizar los esfuerzos regulatorios y de gestión en el control de extremos, mediante referencias robustas y esquemas de monitoreo técnico continuo.

3. Marco normativo y conceptual

En el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la eficiencia se consagra como un principio orientador consagrado desde la Ley 100 de 1993², la cual establece la necesidad de lograr la mejor utilización social y económica de los recursos para garantizar servicios, oportunos y suficientes. Se refuerza con la Ley Estatutaria 1751 de 2015³, que reconoce la salud como derecho fundamental, articulándolo con la calidad, continuidad e integralidad de la atención en salud.

El marco normativo vigente se complementa con el Decreto 780 de 2016⁴, que compila y reglamenta las disposiciones relacionadas con el aseguramiento, la contratación y el reporte de información. En este contexto, lineamientos recientes como los Autos 007⁵, 089⁶ y 504⁷ de 2025 de la H. Corte Constitucional, demandan evidenciar y capturar espacios de mejora en el uso de los recursos de la UPC.

Para efectos analíticos de este documento, la eficiencia se analiza desde la perspectiva de la eficiencia del gasto, haciendo referencia a la potencial reducción del gasto observado que sería posible si cada tecnología (procedimiento, medicamento, insumo) se pagara a partir de la mediana de los precios de referencia utilizados en el sistema, teniendo en cuenta un conjunto de bloqueos en variables que controlan la heterogeneidad. La eficiencia del gasto se mide como la diferencia entre el valor total observado y el valor contrafactual al aplicar ese precio de referencia.

² Congreso de la República de Colombia, *Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones* (1993). Disponible en: [Ley 100 de 1993 - Gestor Normativo - Función Pública](#)

³ Congreso de la República de Colombia, *Ley 1751 de 2015, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones* (2015). Disponible en: [Ley 1751 de 2015 - Gestor Normativo - Función Pública](#)

⁴ Presidencia de la República de Colombia. Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social (2016). Disponible en: [Decreto 780 de 2016 Sector Salud y Protección Social - Gestor Normativo - Función Pública](#)

⁵ Corte Constitucional de Colombia. Auto 007 de 2025: Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 sobre la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) (2025). Disponible en: [a007-25 Corte Constitucional de Colombia](#)

⁶ Corte Constitucional de Colombia (2025). Auto 089 de 2025: Aclaración del Auto 007 de 2025 en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 (2025). Disponible en: [a089-25 Corte Constitucional de Colombia](#)

⁷ Corte Constitucional de Colombia (2025). Auto 504 de 2025: Medidas cautelares en el seguimiento a la suficiencia de la UPC en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008 (2025). Disponible en: corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a504-25.htm?utm_source=chatgpt.com

Este enfoque reconoce que los incentivos propios de cada mecanismo de pago influyen en la granularidad y consistencia de los registros utilizados para estimar precios. En el pago por evento suele existir mayor granularidad transaccional. En las demás modalidades de pago prospectivas (capitación, paquete y pago global prospectivo), donde se establece por anticipado el comportamiento esperado de la frecuencia de un conjunto de servicios y el pago a reconocer por los mismos en función de un caso, persona o global, no es dable identificar el valor de cada servicio. En la capitación, la estructura del mecanismo puede limitar el nivel de detalle en el registro. En los paquetes o casos, la agregación clínico-financiera impide identificar el valor unitario transaccional, mientras que en el mecanismo de pago directo la disponibilidad de información depende del nivel de desagregación acordado por las partes.

Es pertinente precisar que en el análisis (i) todas las cifras se expresan en precios constantes de 2024, documentando serie y fórmula de deflactación; (ii) se excluyen los registros con precio igual a cero en los escenarios de estimación; (iii) para evitar sesgos de colas inferiores, se contempla un piso razonable (p. ej., percentil inferior o tarifa de referencia acordada); (iv) las medianas se calculan con bloqueos por régimen, municipio, nivel de complejidad de la IPS, mecanismo de pago y tecnología; (v) además del escenario base, se presentan sensibilidades (recortes por percentil) con salvedades por geografía, mezcla de riesgo y red prestadora. El alcance es estrictamente económico (ahorros potenciales por sustitución de precios); cualquier acción clínica o regulatoria derivada requiere validación adicional.

4. Metodología

El propósito de esta sección es describir el enfoque metodológico utilizado para construir las referencias de precio por tecnología y estimar las eficiencias y ahorros potenciales en el gasto financiado con recursos de la UPC, bajo distintos escenarios.

4.1 Fuentes de datos y preparación

El análisis se construye a partir de la Base de Prestación de Servicios (2018–2023), complementada con catálogos de referencia del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), incluyendo CUPS, CUM y tecnologías para homologación de códigos y validaciones de vigencia. Todas las variables de identificación personal son tratadas en forma anonimizada y se emplean claves técnicas para el emparejamiento interno de registros.

La unidad analítica corresponde a la ocurrencia de tecnología (procedimiento, medicamento o insumo) registrada con su mecanismo de contratación y atributos de contexto (régimen, municipio, nivel de complejidad de la IPS, mecanismo de contratación y tecnología). La información utilizada es recolectada conforme a lo establecido en el documento denominado “Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud, para el Análisis de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC, recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud año 2025 – Periodo de estudio año 2023”⁸.

- **Consideraciones:**

En la base de Prestación de Servicios y conforme al numeral 1.3.2 del documento ‘*Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud, para el Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo*

⁸ Ministerio de Salud y Protección Social. *Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud para el estudio de suficiencia de la UPC* (2024). Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/solicitud-estudio-suficiencia-2023-upc-2025.pdf>

de la UPC, recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud año 2025⁹, se define el campo “Forma de reconocimiento y pago del Procedimiento”, que corresponde a:

Cita textual:

“C: Pago por capitación*. Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

S: Pago por evento*. Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, dispositivos médicos medicamentos prestados y o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. La unidad de pago la constituye cada procedimiento, actividad, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

P: Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico*. Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, dispositivos médicos medicamentos, prestados y o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

**Según Decreto 780 de 2016 Presidencia, Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Artículo 2.5.3.4.4 Mecanismos de*

⁹ Ídem



pago aplicables a la compra de servicios de salud. Artículo 2.1.3.5 Documentos de identificación para efectuar la afiliación y novedades.

A: Autorizado*. *Corresponde a los valores de los servicios autorizados y no facturados al corte 2024-03-31.*

I: Pago Directo*. *Es el valor por concepto de honorarios, arriendos y otros costos por la prestación de servicios en la red propia”.*

4.2 Preparación y Tratamiento de Datos

El proceso de preparación de la base de datos incluyó una serie de etapas orientadas a garantizar la consistencia, comparabilidad y trazabilidad de la información utilizada en el análisis.

4.2.1 Variables y diccionario

Se emplean, como mínimo las siguientes variables: identificador de persona (anonimizado), fecha de prestación, código de tecnología (CUPS/CUM), cantidad, valor unitario, valor total, mecanismo de contratación (S=evento, C=capitación, P=paquete/caso, I=directo; A=autorización como señal administrativa), nivel de IPS, territorio (municipio), Entidad Promotora de Salud e Institución Prestadora de Servicios de Salud.

4.2.2 Actualización a precios constantes (base 2024)

Todos los montos monetarios se expresan en precios constantes de 2024. Para cada observación se aplica una actualización multiplicativa basada¹⁰ en la serie oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)¹¹ del Índice de Precios al Consumidor (IPC).

¹⁰ La fórmula empleada es la siguiente: $Precio_{2024} = Precio_t \times \frac{IPC_{2024}}{IPC_t}$, donde t es el año.

¹¹ Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc>

4.2.3 Limpieza de datos y reglas de duplicidad

Se depuran registros con valores nulos, negativos o inconsistentes y se eliminan duplicados exactos (repetición idéntica de todos los campos clave producto de reprocesos). De forma analítica se identificaron duplicidades clínicas cuando, para una misma persona y fecha, registra el mismo código de actividad más de una vez. Estos casos se excluyen de las métricas descriptivas de uso cuando resulta pertinente y se tratan explícitamente, pero se mantienen en el universo para el cálculo de medianas de precio, salvo que se identifique un error de carga manifiesto.

Adicionalmente se realizan cruces con catálogos MSPS para validar la vigencia de códigos, las unidades de medida y las equivalencias. Las observaciones con códigos no homologables se etiquetan y se reporta su peso relativo antes de su exclusión de las estimaciones de referencia de precio.

4.2.4 Tratamiento de registros con precio igual a cero

Los registros con precio unitario igual a cero se excluyen del cálculo de estadísticas de referencia (medianas) y de los escenarios base de ahorro, dado su potencial de sesgo. No obstante, se reporta su proporción por año, mecanismo y tecnología. Cuando la plataforma BI no permita excluirllos en tiempo real, se publicarán dos vistas paralelas (con y sin ceros) para preservar la comparabilidad, y se presentará una sensibilidad “sin ceros” en el informe principal.

4.3 Cálculo del Precio de Referencia

El objetivo de esta etapa metodológica es construir referencias de precio comparables para cada tecnología en salud, con el fin de identificar diferencias sistemáticas entre los valores efectivamente pagados y los valores observados en contextos operativos similares. Estas referencias constituyen la base para estimar el gasto contrafactual eficiente y cuantificar diferencias sistemáticas entre el gasto observado y las referencias de precio, contribuyendo a identificar oportunidades de optimización en el uso de los recursos financiados mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Dado que los precios observados en el sistema de salud presentan una alta dispersión asociada a diferencias territoriales, características de las redes prestadoras, mecanismos de contratación y condiciones de prestación del servicio, el cálculo de las referencias de precio se realiza mediante un proceso de estandarización que permite comparar transacciones bajo condiciones relativamente homogéneas.

Para ello, el procedimiento metodológico se desarrolla en tres etapas: (i) construcción de bloques homogéneos de comparación, (ii) estimación de precios de referencia robustos dentro de cada bloque, y (iii) cálculo del gasto contrafactual eficiente.

4.3.1 Construcción de medianas por bloques

Las observaciones se segmentan previamente en bloques de comparación con el fin de controlar parte de la heterogeneidad estructural del sistema. Estos bloques se definen a partir de las siguientes variables:

- Régimen de aseguramiento
- Municipio de prestación
- Nivel de complejidad de la IPS
- Mecanismo de contratación
- Tecnología (procedimiento, medicamento o insumo)

Esta desagregación permite comparar transacciones que comparten características relevantes de prestación del servicio, reduciendo el sesgo que podría surgir al comparar precios observados en contextos operativos significativamente distintos.

Dentro de cada bloque se calcula la distribución empírica de los precios unitarios observados para la tecnología correspondiente. A partir de esta distribución se estiman medidas robustas de tendencia central, particularmente la mediana, la cual se utiliza como referencia principal para la construcción del precio eficiente.

El uso de la mediana como estadístico de referencia responde a dos consideraciones metodológicas. En primer lugar, los precios de servicios de salud suelen presentar

distribuciones altamente asimétricas, con colas derechas pronunciadas asociadas a valores extremos o episodios de alta complejidad. En este contexto, la mediana constituye una medida robusta frente a valores atípicos y permite capturar el comportamiento típico de la distribución sin verse afectada de manera desproporcionada por observaciones extremas. En segundo lugar, la mediana refleja un punto de equilibrio empírico del mercado observado, lo que permite construir referencias comparables a partir de los precios efectivamente transados en el sistema.

En este contexto, el precio de referencia estimado mediante la mediana debe interpretarse como una referencia empírica basada en transacciones observadas en el sistema, útil para realizar comparaciones consistentes entre contextos de prestación similares e identificar variaciones sistemáticas en los precios transados.

4.3.2 Definición del precio de referencia eficiente

Una vez estimadas las medianas dentro de cada bloque homogéneo, se define el precio de referencia eficiente para cada tecnología como la mediana del precio unitario observado en dicho bloque.

Formalmente, el precio eficiente para una tecnología determinada puede expresarse como:

$$pt^* = mediana(\text{precio unitario}_t \mid \text{bloque})$$

Donde el bloque corresponde a la combinación de variables de control utilizadas en el proceso de estandarización (régimen, municipio, nivel de complejidad de la IPS, mecanismo de contratación y tecnología).

El gasto eficiente se estima aplicando este precio de referencia a las cantidades observadas de servicios, manteniendo constante el volumen de utilización registrado en la base de datos. De esta manera, el gasto contrafactual eficiente se calcula como:



$$G^* = \sum_i q_i * p_{t(i)}^*$$

donde q_i corresponde a la cantidad observada de la tecnología en la i -ésima transacción y $p_{t(i)}^*$ corresponde al precio eficiente estimado para dicha tecnología dentro del bloque correspondiente.

La eficiencia del gasto se define como la diferencia entre el gasto observado y el gasto contrafactual eficiente:

$$A = G_{obs} - G^*$$

donde G_{obs} representa el gasto efectivamente registrado en la base de datos y G^* el gasto estimado bajo el escenario de referencia.

Con el fin de evaluar la sensibilidad de los resultados frente a distintos puntos de referencia de la distribución de precios, el análisis también considera percentiles alternativos (por ejemplo, P60, P70, P80 y P90). Esto permite analizar cómo varían las estimaciones de eficiencia bajo escenarios de referencia más conservadores o cercanos a la cola superior de la distribución.

Adicionalmente, para evitar sesgos asociados a valores extremadamente bajos o errores de registro, el análisis contempla la posibilidad de aplicar un piso razonable en la distribución de precios, definido a partir de percentiles inferiores o referencias tarifarias disponibles cuando corresponda.

Este enfoque permite construir referencias de precio robustas a partir de la evidencia empírica del sistema, facilitando la identificación de diferencias sistemáticas entre precios observados y referencias comparables dentro de contextos operativos similares.

En este sentido, el presente análisis se inscribe dentro de la tradición analítica de los estudios económicos en salud que busca identificar variaciones no explicadas en precios y utilización de servicios como insumo para mejorar la eficiencia del gasto sanitario (Skinner, 2012; Wennberg, 2010; OCDE, 2017).

4.5 Limitaciones metodológicas

Las estimaciones de eficiencia presentadas en este informe se construyen a partir de la Base de Prestación de Servicios reportada por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y se fundamentan en un proceso de estandarización de precios mediante el uso de medianas y percentiles calculados dentro de bloques homogéneos definidos por régimen de aseguramiento, municipio de prestación, nivel de complejidad de la IPS, mecanismo de contratación y tecnología. Este enfoque permite comparar transacciones bajo condiciones relativamente similares de prestación y mitigar parte de la heterogeneidad estructural del sistema.

No obstante, como es habitual en análisis cuantitativos basados en información administrativa de gran escala, existen limitaciones metodológicas que deben considerarse al interpretar los resultados.

En primer lugar, la información utilizada corresponde a registros administrativos reportados por las EPS para fines regulatorios y de seguimiento del sistema. Aunque los datos son objeto de procesos de depuración, validación y estandarización, pueden persistir diferencias en los criterios de reporte, niveles de desagregación, procesos de facturación o prácticas de registro entre entidades, territorios o periodos de tiempo.

En este sentido, el enfoque metodológico empleado no constituye un modelo completo de ajuste de riesgo clínico a nivel de episodio de atención, sino un mecanismo de estandarización comparativa basado en la información administrativa disponible. En particular, aun dentro de bloques relativamente homogéneos, pueden persistir diferencias no observadas en severidad clínica, comorbilidad, intensidad terapéutica, oportunidad de atención o complejidad resolutive que no quedan plenamente capturadas en la información administrativa disponible.

Por ello, un menor precio observado no debe interpretarse, por sí mismo, como sinónimo de mayor eficiencia social, en la medida en que el presente análisis no incorpora de forma directa indicadores de calidad, resultados en salud,

resolutividad ni satisfacción del usuario. Adicionalmente, la interpretación de precios unitarios requiere cautela en modalidades como capitación, paquetes, canastas o casos, donde la unidad económica de reconocimiento no siempre coincide con una prestación individual simple y puede incorporar componentes agregados de riesgo, coordinación o integralidad.

En segundo lugar, el análisis se realiza a partir de códigos de tecnología (CUPS, CUM y tecnologías asociadas), que constituyen la unidad de observación disponible en la información reportada. Dentro de un mismo código pueden existir diferencias clínicas relevantes —como la severidad de los casos, la presencia de comorbilidades, la complejidad del procedimiento o la duración de la estancia— que no siempre son completamente capturadas por las variables de control incluidas en el modelo. Aunque el esquema de bloques aplicado reduce significativamente la heterogeneidad observable, es posible que persista variabilidad residual asociada a características clínicas u operativas no observadas.

Adicionalmente, el proceso de segmentación mediante bloques homogéneos puede generar, para determinadas combinaciones de tecnología, territorio o nivel de complejidad de la IPS, tamaños de muestra relativamente reducidos. En estos casos, la estabilidad estadística de las medidas de referencia puede ser menor, particularmente en tecnologías de baja frecuencia o en contextos territoriales con menor volumen de transacciones. No obstante, dado que el análisis se interpreta principalmente a nivel agregado del sistema y se complementa con análisis de percentiles y análisis de sensibilidad, este aspecto debe tenerse en cuenta especialmente al interpretar los resultados en niveles altamente desagregados.

En tercer lugar, las estimaciones de eficiencia se calculan bajo un enfoque contrafactual de carácter estático. El gasto eficiente se obtiene aplicando el precio de referencia estimado a las cantidades observadas de servicios, manteniendo constantes los volúmenes de utilización. En la práctica, cambios en precios relativos o en mecanismos de contratación pueden generar ajustes en los patrones de utilización, ya sea mediante sustitución entre tecnologías, modificaciones en la práctica clínica o cambios en la intensidad de uso de los servicios. Por esta razón,

los ahorros estimados deben interpretarse como aproximaciones estáticas del potencial de eficiencia del gasto.

De igual forma, el periodo analizado (2018–2023) puede incorporar cambios en la práctica clínica, la introducción de nuevas tecnologías o modificaciones en guías de manejo que influyan en los patrones de utilización y en los precios observados.

En cuarto lugar, la estimación de precios de referencia se basa en medidas robustas de tendencia central de la distribución de precios observados, particularmente la mediana dentro de bloques homogéneos. Este enfoque reduce la influencia de valores extremos y permite construir referencias comparables entre contextos similares de prestación. Sin embargo, el hecho de que una transacción se ubique por encima de determinados percentiles de la distribución no implica necesariamente la existencia de ineficiencia en todos los casos, ya que diferencias legítimas en estructura de costos, organización de redes prestadoras o condiciones territoriales pueden justificar niveles de precios superiores.

En quinto lugar, los precios observados reflejan simultáneamente condiciones de oferta, demanda, negociación contractual y organización de las redes prestadoras. En este sentido, factores institucionales como el poder de negociación entre aseguradores y prestadores, el grado de integración vertical entre actores del sistema, la concentración de la oferta en determinados territorios o las características de las redes de prestación pueden influir en los precios observados sin corresponder necesariamente a diferencias en eficiencia productiva.

En sexto lugar, los registros con precio unitario igual a cero se excluyen del cálculo de las estadísticas de referencia y de los escenarios principales de estimación, con el fin de evitar distorsiones evidentes en la distribución de precios. No obstante, la presencia de estos registros puede reflejar modalidades contractuales específicas —como esquemas de pago global, paquetes de servicios o compensaciones internas— que no siempre se capturan plenamente a nivel de tecnología individual.

En séptimo lugar, la información utilizada presenta un rezago asociado a la oportunidad de los datos en el marco del proceso actuarial de estimación de la UPC



y a la maduración de la facturación, requeridos para la reducción del IBNR. Estas limitaciones técnicas serán resueltas por el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial (SIIFA), que actualmente se encuentra en proceso de implementación en el sistema y permitirá profundizar los análisis de verificación, buen uso, control y protección de los recursos del sistema en tiempo real. Para estos efectos, la ADRES ya se encuentra analizando la información con el fin de fortalecer la transparencia, la eficiencia, la equidad, y la sostenibilidad.

Adicionalmente, existen factores estructurales que influyen en la dispersión de los precios observados y que no pueden ser completamente capturados mediante los mecanismos de bloqueo utilizados. Entre ellos se incluyen la concentración de casos de alta complejidad clínica o de baja frecuencia, la disponibilidad limitada de oferta prestadora en determinados territorios, diferencias en costos logísticos y operativos de las IPS, variaciones en perfiles epidemiológicos y demográficos de la población afiliada, rigideces contractuales existentes entre aseguradores y prestadores, diferencias en la intensidad de uso de recursos asistenciales dentro de una misma tecnología y variaciones en la mezcla tecnológica utilizada para tratar condiciones clínicas similares.

En consecuencia, los resultados presentados deben interpretarse como estimaciones técnicas de eficiencia potencial del gasto, útiles para orientar procesos de monitoreo, análisis comparativo y fortalecimiento de la gestión financiera del sistema de salud. Estos resultados constituyen una referencia analítica para identificar patrones sistemáticos de variación en precios y mecanismos de contratación dentro del sistema.

5. Resultados

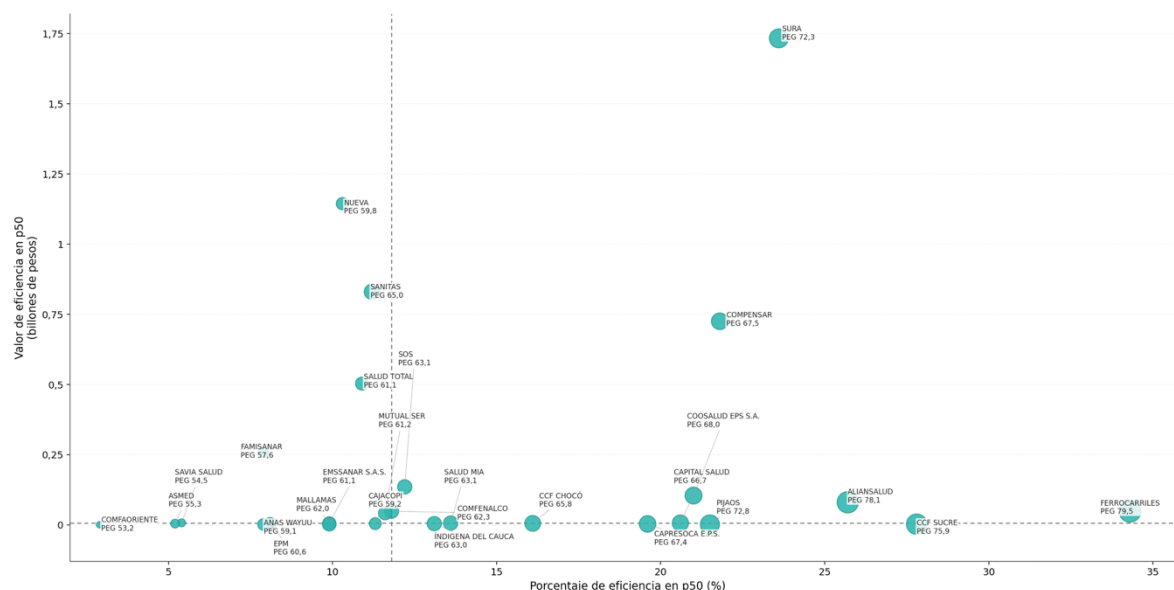
5.1 Eficiencias potenciales por tipos de bloqueos

Esta sección muestra la estimación de la eficiencia potencial del gasto financiado por la UPC para el año 2023, a partir de la comparación entre los valores efectivamente pagados y los precios de referencia contruidos por percentiles de la distribución de precios (P50, P60, P70, P80 y P90). Los resultados se presentan por Entidades Promotoras de Salud (EPS) y según régimen de aseguramiento (Contributivo y Subsidiado). Para cada EPS, se reportan los porcentajes de eficiencia y su valor absoluto en miles de millones de pesos, así como el Percentil de Equilibrio del Gasto (PEG) y el precio por actividad asociado al PEG. Estos insumos permiten identificar brechas frente a los precios de referencia y posibles espacios de optimización del gasto.

Gráfico 1: EPS según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Contributivo

Total Nacional

Valores en billones de pesos
2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

El gráfico presenta el desempeño de las EPS del régimen contributivo según la relación entre el porcentaje de eficiencia potencial en el P50 (eje horizontal) y su valor absoluto en billones de pesos (eje vertical), con el tamaño de la burbuja proporcional al PEG. Las líneas punteadas, trazadas en las medianas de cada eje, delimitan cuatro cuadrantes que permiten categorizar a las entidades según la naturaleza de su brecha frente al precio de referencia.

El cuadrante superior derecho agrupa EPS con alto potencial de eficiencia porcentual y alto impacto monetario, como SURA (23,6 %, \$1,73 billones) y Compensar (21,8 %, \$0,73 billones). Cabe resaltar que estas EPS a 2023 contaban con 4.533.839 y 1.737.963 afiliados equivalentes¹² en régimen contributivo. El cuadrante superior izquierdo concentra entidades cuyo ahorro potencial absoluto es elevado, pero con un potencial de eficiencia menor como Nueva EPS (\$1,14 billones con un 10,3 %) y Famisanar (\$2.5 billones con un 8,3%) con 5.807.977 y 2.520.748 afiliados equivalentes en el régimen contributivo. En el cuadrante inferior derecho se ubican entidades con ahorros potenciales altos, pero impacto monetario reducido, como Ferrocarriles CCF Sucre; mientras que el cuadrante inferior izquierdo reúne EPS con menor distancia frente al precio de referencia en ambas dimensiones, como Comfaoriente y Savia Salud.

Tabla 1. Eficiencia del gasto por EPS, según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Contributivo.

Total nacional

Valores en miles de millones de pesos y miles de pesos

2023

EPS	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹³	Precio Actividad en PEG ¹⁴ (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
FERROCARRILES	34,3	26	16,2	-0,9	-28,6	48	37	23	-1	-40	79,5	37.955
CCF SUCRE	27,8	18,7	7,9	-5,6	-35,7	2	1	0	0	-2	75,9	31.027

¹² Es el número promedio de personas afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) durante un período determinado, ajustado por la proporción de días de afiliación efectiva.

¹³ El Percentil de Equilibrio del Gasto (PEG): percentil de referencia en el cual la eficiencia neta agregada se aproxima a cero; por debajo de este umbral predominan ahorros potenciales y por encima comienzan a predominar sobrecostos agregados.

¹⁴ El Precio de actividad en PEG es una estimación del precio unitario en el que la EPS no tendría ni ahorro ni sobrecosto frente al mercado. Se calcula como la mediana de los precios unitarios asociados al PEG en cada bloqueo homogéneo.

EPS	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹³	Precio Actividad en PEG ¹⁴ (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
ALIANSA SALUD	25,7	19,1	9,7	-2,3	-26,4	80	60	30	-7	-82	78,1	58.105
SURA	23,6	14,5	3,7	-12,4	-43,2	1.733	1.064	273	-909	-3.168	72,3	64.136
COMPENSAR	21,8	9,4	-3,2	-20,5	-47	725	314	-105	-682	-1.563	67,5	38.913
PIJAOS	21,5	13,6	3,6	-9,2	-32,2	1	1	0	0	-1	72,8	19.883
COOSALUD EPS S.A.	21	9,8	-2,4	-19,8	-52,8	104	49	-12	-98	-260	68	26.965
CAPITAL SALUD	20,6	9,1	-4,4	-25,4	-62,3	6	3	-1	-8	-19	66,7	35.558
CAPRESOCA E.P.S.	19,6	10,6	-3,7	-19,1	-49,5	3	1	-1	-3	-7	67,4	31.718
CCF CHOCÓ	16,1	5	-3,6	-16,2	-36,8	1	0	0	-1	-1	65,8	28.930
SALUD MIA	13,6	4,5	-10,2	-29,9	-54	6	2	-5	-14	-25	63,1	23.670
ÍNDIGENA DEL CAUCA	13,1	3,1	-7,2	-19,1	-42	4	1	-2	-6	-13	63	21.924
SOS	12,2	3,6	-7,8	-26,3	-62,3	135	40	-87	-291	-691	63,1	37.511
COMFENALCO	11,8	2,9	-9,4	-27,4	-60,7	48	12	-38	-110	-244	62,3	40.743
MUTUAL SER	11,6	1,4	-10,8	-29,7	-63,1	41	5	-38	-106	-225	61,2	28.930
CAJACOPÍ	11,3	-1	-17,5	-46,1	-79,5	4	0	-7	-18	-31	59,2	34.041
SANITAS	11,2	4,3	-4,2	-17	-41,8	830	315	-314	-1.254	-3.091	65	44.605
SALUD TOTAL	10,9	1,6	-12,4	-32,3	-64,2	503	72	-571	-1.491	-2.959	61,1	38.467
NUEVA	10,3	-0,2	-12,2	-27	-53,5	1.144	-22	-1.355	-3.002	-5.950	59,8	41.943
EMSSANAR S.A.S.	9,9	1,4	-11,5	-27,5	-60,3	5	1	-6	-14	-32	61,1	50.338
MALLAMAS	9,9	1,8	-7,2	-18,3	-36,7	2	0	-1	-4	-7	62	20.546
EPM	8,1	0,5	-7,8	-23	-51,8	3	0	-3	-8	-19	60,6	59.233
ANAS WAYUU	7,9	-0,8	-12,4	-26,3	-61	1	0	-2	-4	-9	59,1	24.537
FAMISANAR	7,9	-2,5	-17,4	-39	-82,4	257	-81	-570	-1.276	-2.695	57,6	33.992
SAVIA SALUD	5,4	-6,7	-19,5	-37,5	-75,6	7	-8	-24	-46	-93	54,5	23.425
ASMED	5,2	-4,7	-15,3	-28,7	-53,8	4	-4	-12	-22	-42	55,3	17.284
COMFAORIENTE	2,9	-6,3	-18,3	-35,8	-71,2	0	-1	-3	-5	-10	53,2	27.672
TOTAL						5.697	1.862	-2.831	-9.380	-21.279		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023

Cálculos: Innovación y Análítica de Datos – ADRES

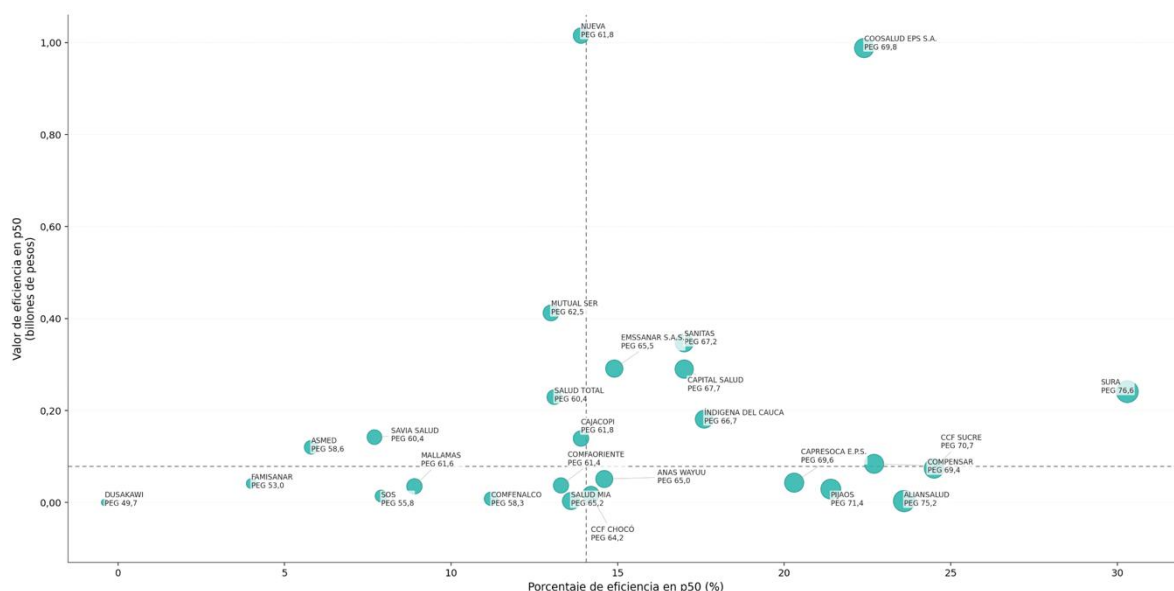
Para el año 2023, en el régimen contributivo, una proporción significativa de las EPS presenta eficiencias positivas entre los percentiles P50 y P60. En este tramo se observan diferencias sistemáticas entre los valores efectivamente pagados y los precios de referencia, lo que evidencia la existencia de diferencias sistemáticas en los precios observados y la presencia de espacios potenciales de eficiencia en el gasto del sistema.

En el percentil 50 destacan EPS con impactos económicos significativos, como Sura, Compensar, Sanitas y Salud Total, que combinan porcentajes de eficiencia positivos con volúmenes de gasto elevados. Por otro lado, Ferrocarriles y Aliansalud presentan eficiencias porcentuales altas sobre bases de gasto más reducidas. Este comportamiento sugiere que, incluso bajo precios de referencia conservadores, persisten márgenes relevantes asociados a diferencias en estructuras de costos y condiciones operativas.

Al avanzar hacia los percentiles ubicados entre P70–P90, las eficiencias se deterioran y se tornan negativas para la mayoría de las EPS, evidenciando la alta dispersión en los precios reportados y la concentración de ineficiencias en las colas derechas de la distribución. En estos tramos se concentran ineficiencias potenciales de gran magnitud, particularmente en el P90 para Nueva EPS (-5,9 billones de pesos), Sanitas (-3,1 billones de pesos) y Salud Total (2,9 billones de pesos).

Finalmente, el PEG, ubicado mayoritariamente entre el P60 y P75, indica que el punto de equilibrio entre ahorro y sobrecosto se alcanza en niveles relativamente altos de la distribución de precios observados. Este resultado refuerza la conveniencia de orientar las estrategias regulatorias y de diseño de mecanismos de pago hacia el control de la variabilidad no plausible y de las desviaciones extremas, más que hacía ajustes homogéneos sobre los valores centrales.

Gráfico 2: EPS según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Subsidiado, Total Nacional
Valores en billones de pesos
2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

El cuadrante superior derecho agrupa a EPS con alto potencial de eficiencia porcentual y alto impacto monetario, como Coosalud EPS S.A. (22 %, \$0,97 billones) con 3.040.635 afiliados equivalentes. El cuadrante superior izquierdo concentra entidades cuyo ahorro potencial absoluto es elevado, pero con menor potencial de eficiencia, como Nueva EPS (\$1,0 billones con un 14 %) y Mutual Ser (\$0,42 billones con un 14 %) que cuentan a 2023 con 7.271.708 y 2.524.430. En el cuadrante inferior derecho se ubican entidades con brechas porcentuales relevantes, pero impacto monetario reducido, como Sura y Aliansalud; mientras que el cuadrante inferior izquierdo reúne EPS con menor distancia frente al precio de referencia en ambas dimensiones, como Famisanar.

Tabla 2. Eficiencia del gasto por EPS según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Subsidiado.

Total nacional

Valores en miles de millones de pesos y miles de millones de pesos
2023

EPS	Porcentaje de Eficiencia					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹⁵	Precio Actividad en PEG ¹⁶ (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
SURA	30,3	20,3	9,5	-5	-32,6	241	162	76	-40	-259	76,6	44.818
CCF SUCRE	24,5	14	1,2	-15,7	-50,7	74	42	4	-47	-152	70,7	32.210
ALIANSA SALUD	23,6	16,1	7,1	-6,5	-34,8	3	2	1	-1	-5	75,2	44.248
COMPENSAR	22,7	11,7	-0,8	-17,7	-46,5	84	44	-3	-66	-172	69,4	33.470
COOSALUD EPS S.A.	22,4	12	-0,3	-17,6	-51,7	988	529	-13	-779	-2.282	69,8	27.246
PIJAOS	21,4	13,1	1,9	-11,3	-36,8	29	18	3	-15	-50	71,4	41.231
CAPRESOCA E.P.S.	20,3	12	-0,5	-19,5	-57,2	43	25	-1	-41	-120	69,6	42.499
ÍNDIGENA DEL CAUCA	17,6	8,1	-3,9	-20,5	-51	181	83	-40	-210	-523	66,7	32.925
SANITAS	17	7,7	-3,1	-17,1	-45,3	347	158	-62	-349	-924	67,2	40.599
CAPITAL SALUD	17	7,8	-2,3	-16,8	-46,8	290	133	-39	-286	-797	67,7	52.066
EMSSANAR S.A.S.	14,9	5,8	-4,7	-19,4	-49,4	291	113	-92	-379	-963	65,5	42.858
ANAS WAYUU	14,6	5,4	-5,4	-20,3	-51,4	51	19	-19	-71	-180	65	34.128
CCF CHOCÓ	14,2	4,4	-6,1	-17,4	-40,9	17	5	-7	-20	-48	64,2	27.628
CAJACOPI	13,9	2,9	-12,9	-34	-77,4	139	29	-128	-339	-774	61,8	29.246
NUEVA	13,9	2,3	-10,4	-26,2	-56,6	1.015	165	-755	-1.910	-4.123	61,8	42.825
SALUD MIA	13,6	6,1	-5,6	-28,9	-61,1	3	1	-1	-6	-12	65,2	22.602
COMFAORIENTE	13,3	1,8	-11,7	-31	-65,7	37	5	-33	-86	-183	61,4	35.137
SALUD TOTAL	13,1	0,6	-15,4	-38	-78,9	229	11	-269	-664	-1.381	60,4	40.095
MUTUAL SER	13	4	-12	-27,3	-57,1	412	126	-381	-865	-1.808	62,5	35.768
COMFENALCO	11,2	-2,3	-20	-41,1	-81,5	8	-2	-13	-28	-54	58,3	37.304
MALLAMAS	8,9	1,3	-7	-16,5	-35,3	35	5	-28	-66	-141	61,6	26.613
SOS	7,9	-5,8	-21,6	-44,8	-92,1	14	-10	-39	-80	-165	55,8	29.155
SAVIA SALUD	7,7	0,3	-7,8	-18,8	-42,6	142	6	-143	-346	-782	60,4	27.683
ASMED	5,8	-1	-8,5	-18,2	-37,1	120	-20	-174	-374	-761	58,6	23.967
FAMISANAR	4	-9,1	-25,9	-50,7	-107,1	41	-94	-267	-522	-1.102	53	31.560
DUSAKAWI	-0,4	-17,9	-40,1	-67,2	-116,8	0	-16	-36	-61	-105	49,7	6.449

¹⁵ El Percentil de Equilibrio del Gasto (PEG): percentil de referencia en el cual la eficiencia neta agregada se aproxima a cero; por debajo de este umbral predominan ahorros potenciales y por encima comienzan a predominar sobrecostos agregados.

¹⁶ El Precio de actividad en PEG es una estimación del precio unitario en el que la EPS no tendría ni ahorro ni sobrecosto frente al mercado. Se calcula como la mediana de los precios unitarios asociados al PEG en cada bloque homogéneo.

EPS	Porcentaje de Eficiencia					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹⁵	Precio Actividad en PEG ¹⁶ (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
TOTAL						4.834	1.539	-2.459	-7.651	-17.866		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

En el año 2023, se observan patrones similares en el régimen subsidiado con eficiencias positivas entre los percentiles P50 y P60 para una proporción relevante de las EPS, lo que sugiere la existencia de espacios relevantes de optimización.

En el percentil 50 destacan EPS con impactos económicos significativos, como Coosalud, Nueva EPS, Sura, Sanitas y Mutual Ser, que combinan porcentajes de eficiencia positivos con volúmenes de gasto elevados, generando ahorros potenciales relevantes en términos absolutos. Otras EPS como CCF Sucre, Aliansalud y Pijaos presentan eficiencias porcentuales altas, aunque sobre bases de gasto más reducidas.

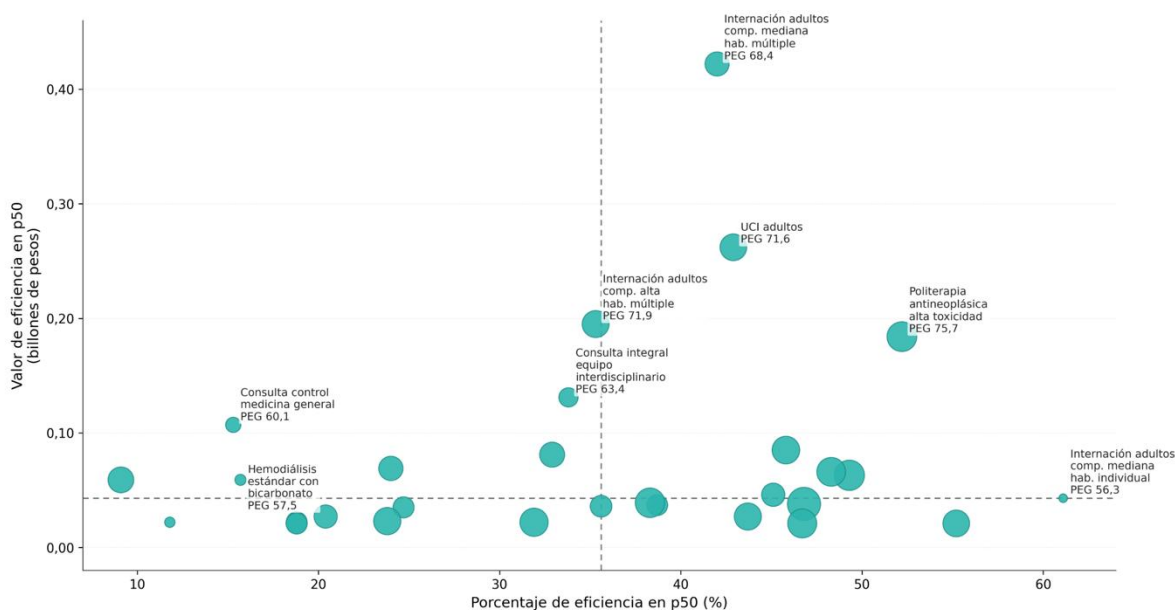
Al igual que en el régimen contributivo, las eficiencias se deterioran y se tornan negativas para la mayoría de las EPS del régimen subsidiado, entre los P70-P90, reflejando una alta dispersión de los precios unitarios reportados y colas derechas pronunciadas. En estos tramos se concentran ineficiencias potenciales de gran magnitud, particularmente en Coosalud, Nueva EPS, Salud Total, Mutual Ser y Famisanar, con valores máximos que alcanzan los **-4,1 billones de pesos en el percentil 90 en el caso de Nueva EPS**.

Finalmente, el percentil de equilibrio del gasto, que se ubica mayoritariamente entre P60-P70, indica que el punto de equilibrio entre ahorro y sobre costo se alcanza, en promedio, en tramos altos de la distribución de precios observados, aunque ligeramente más bajos que en el régimen contributivo.

Gráfico 3: Actividades según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Contributivo Total Nacional

Valores en billones de pesos.

2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

En el régimen contributivo, las actividades con mayor margen de optimización en términos absolutos corresponden a servicios de alta complejidad y elevado valor unitario, como la internación adultos complejidad mediana habitación múltiple (42 %, \$0,42 billones) y UCI adultos (45 %, \$0,26 billones). En contraste, servicios como la politerapia antineoplásica de alta toxicidad y la internación adultos complejidad mediana habitación individual presentan brechas porcentuales elevadas sobre bases de gasto más reducidas. El PEG más alto se observa en estas últimas actividades, sugiriendo que su punto de equilibrio se alcanza en tramos más altos de la distribución de precios.

Tabla 3. Eficiencia del gasto por actividad según percentiles (P) de precios de referencia (Top 30 por valor del percentil 50). Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Contributivo.

Total Nacional

Valores en miles de millones de pesos y miles de pesos

2023

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹⁷	Precio Actividad en PEG ¹⁸ (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL	Hospitalización general y especialidades básicas	61,1	-36,1	-45,9	-61,5	-101,8	43	-25	-32	-43	-72	56,3	736.056
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD ALTA, HABITACIÓN MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	55,2	44,2	11,9	-60,4	-126,9	21	17	5	-23	-49	71,6	1.596.454
POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	Oncología	52,2	44	23,9	-18,2	-122,3	184	155	84	-64	-430	75,7	483.575
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL	Hospitalización general y especialidades básicas	49,3	37,4	15,8	-8,5	-86,7	63	48	20	-11	-111	76,5	824.181
CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Hospitalización general y especialidades básicas	48,3	34,5	16	-20,5	-108,9	66	47	22	-28	-148	74,4	97.739
TERAPIA OCUPACIONAL INTEGRAL	Terapias rehabilitación	46,8	41,1	28,2	7,2	-84,1	38	34	23	6	-69	80,8	35.170

¹⁷ El Percentil de Equilibrio del Gasto (PEG): percentil de referencia en el cual la eficiencia neta agregada se aproxima a cero; por debajo de este umbral predominan ahorros potenciales y por encima comienzan a predominar sobrecostos agregados.

¹⁸ El Precio de actividad en PEG es una estimación del precio unitario en el que la EPS no tendría ni ahorro ni sobrecosto frente al mercado. Se calcula como la mediana de los precios unitarios asociados al PEG en cada bloqueo homogéneo.

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹⁷	Precio Actividad en PEG ¹⁸ (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	Otros Medios Dx y tratamiento especializado	46,7	32,2	13,1	-14,9	-96,2	21	15	6	-7	-43	74,7	420.531
MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	Oncología	45,8	34,6	14,5	-36,6	-155,3	85	64	27	-68	-289	72,8	177.463
TRANSPORTE NO ASISTENCIAL DEL PACIENTE (SIN APH O APOYO TERAPÉUTICO DURANTE EL TRASLADO)	Traslado de pacientes	45,1	25,3	-8,3	-47,8	-126,4	46	26	-8	-48	-128	67,5	426.203
CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Cirugía general y especializada excepto alto costo	43,7	30,2	9,5	-35,5	-137,9	27	19	6	-22	-85	72,1	70.748
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	Atención en Unidad de Cuidados Intensivos	42,9	30,9	8	-42,3	-121,6	262	189	49	-259	-743	71,6	4.069.864
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	42	18,6	-3,5	-36,6	-103,5	422	187	-35	-367	-1.038	68,4	559.120
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	38,7	15,5	-15,7	-66,3	-127	37	15	-15	-64	-122	65	1.331.052

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹⁷	Precio Actividad en PEG ¹⁸ (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	Unidad de cuidados intensivos neonatales	38,3	26,5	15,3	-13	-76,4	39	27	15	-13	-77	75,4	3.676.272
POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE BAJA TOXICIDAD	Oncología	35,6	12,6	-9,2	-56,2	-109,8	36	13	-9	-57	-111	65,8	311.048
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	35,3	25,8	6,7	-28,1	-94	195	143	37	-155	-519	71,9	475.716
CONSULTA INTEGRAL DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	Promoción y mantenimiento de la salud	33,8	16,7	-31,9	-72	-89,9	131	65	-124	-280	-350	63,4	254.089
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	Hospitalización general y especialidades básicas	32,9	18,2	-1	-31,1	-110,4	81	45	-2	-77	-273	69,5	1.551.749
MONOTERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	Oncología	31,9	20,5	9,3	-16,6	-78,5	22	14	6	-11	-54	73,6	216.253
ATENCIÓN (VISITA) DOMICILIARIA, POR ENFERMERÍA	Atención domiciliaria	24,7	11	-10,2	-33,2	-76,1	35	15	-14	-47	-107	65,2	71.799
TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Terapias rehabilitación	24	12,5	-1,9	-20,1	-86,3	69	36	-5	-58	-247	68,7	30.508
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Atención en Unidad de Cuidados Intensivos	23,8	14,5	4	-13,2	-52,1	23	14	4	-13	-50	72,3	3.274.413

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG ¹⁷	Precio Actividad en PEG ¹⁸ (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
OBTURACIÓN DENTAL CON RESINA DE FOTOCURADO	Tratamientos odontológicos	20,4	9,9	-3,6	-20,6	-60,9	27	13	-5	-28	-81	67,4	36.828
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA [EGD] CON O SIN BIOPSIA	Cirugía General y especializada excepto alto costo	18,8	7,2	-7	-32,2	-63,9	22	8	-8	-37	-73	65,1	312.444
MARCACIÓN DE LESIÓN EN ESÓFAGO ESTÓMAGO O DUODENO VÍA ENDOSCÓPICA	Cirugía General y especializada excepto alto costo	18,8	7,7	-6,7	-29,7	-61,9	21	9	-8	-33	-69	65,3	481.231
HEMODIÁLISIS ESTÁNDAR CON BICARBONATO	Cirugía General y especializada excepto alto costo	15,7	-5,2	-27	-74,9	-98,1	59	-19	-101	-280	-367	57,5	1.868.829
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	Consulta Medicina General	15,3	0,2	-23,6	-35,1	-52,4	107	2	-166	-246	-367	60,1	26.826
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	Promoción y mantenimiento de la salud	11,8	-4,8	-29,5	-48,9	-83,9	22	-9	-54	-89	-153	57,1	62.173
CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	Consulta Medicina General	9,1	5,3	0,4	-10,4	-30,7	59	34	3	-67	-198	70,4	34.154
TOTAL							2.263	1.201	-279	-2.489	-6.423		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023
Cálculos: Innovación y Análítica de Datos – ADRES

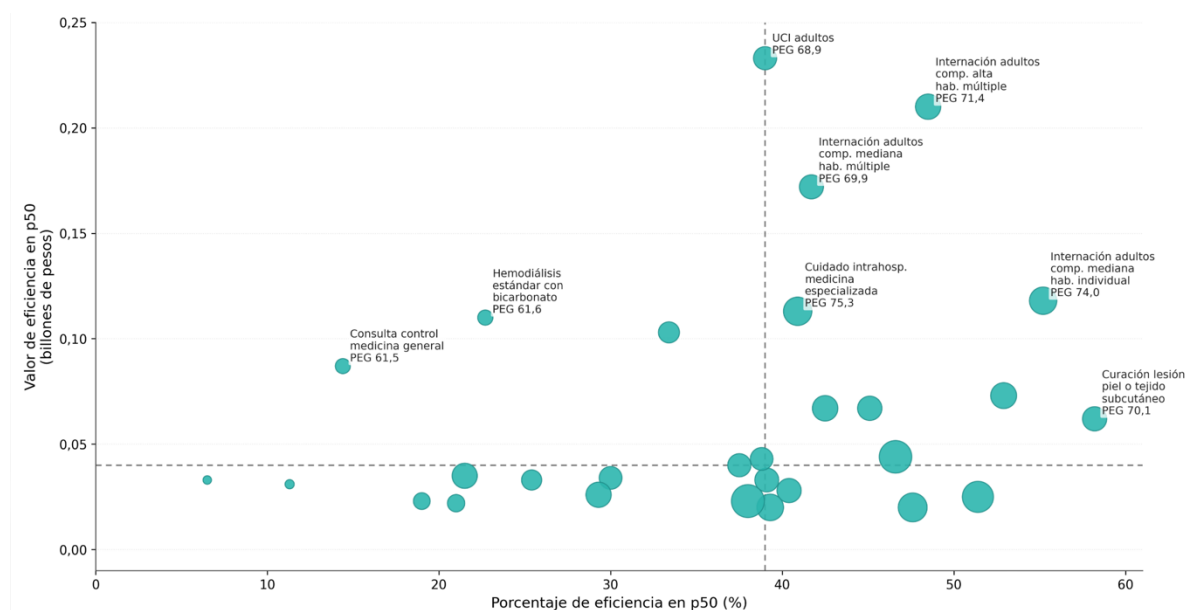
El análisis por actividad para 2023 muestra que, en el régimen contributivo, las mayores eficiencias potenciales se ubican entre los percentiles P50 y P60, donde se observan brechas relevantes entre los valores pagados y los precios de referencia. Dentro de las actividades destacan la internación de adultos de complejidad mediana en habitación individual, la politerapia antineoplásica de alta toxicidad y la UCI de adultos, así como otros servicios de internación y manejo intrahospitalario especializado, por su impacto económico y niveles de eficiencia positivos.

En el percentil 60 la mayor parte de las actividades mantienen eficiencias positivas, en particular internaciones de mayor complejidad y terapias oncológicas. Sin embargo, a partir del P70 una proporción creciente de servicios presenta eficiencias negativas, marcando un cambio de tendencia frente a los precios de referencia.

Esta dinámica se intensifica en los percentiles P80 y P90, donde la mayoría de las actividades, incluidas UCI, internaciones de mediana y alta complejidad y terapias oncológicas registran ineficiencias en varios casos superiores a 100 mil millones de pesos. **El valor de ineficiencia más alto se encuentra en el P90 en internación adultos complejidad mediana habitación múltiple, con -1,0 billones de pesos.** Ello indica que las mayores brechas frente a los valores de referencia se concentran en los tramos altos de la distribución de precios observados, constituyendo un foco prioritario para el seguimiento técnico del gasto.

Finalmente, el percentil de equilibrio del gasto (PEG) y el precio de actividad asociado al PEG muestran una alta heterogeneidad entre actividades, con puntos de equilibrio que, en la mayoría de los casos, se ubican en percentiles elevados (entre 65 y 80). Los precios unitarios asociados a ese equilibrio presentan rangos amplios, especialmente en servicios de alta complejidad, confirmando que la presión de ineficiencia se concentra en actividades intensivas en recursos y con mayor variabilidad de precios.

Gráfico 4: Actividades según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Subsidiado, Total nacional
Valores en billones de pesos.
2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

En el régimen subsidiado, las actividades con mayor margen de eficiencia en términos absolutos corresponden igualmente a servicios de alta complejidad, como UCI adultos (39 %, \$0,23 billones) e internación adultos complejidad alta habitación múltiple (46 %, \$0,21 billones). Servicios como la curación de lesión piel o tejido subcutáneo y la internación adultos complejidad mediana habitación individual presentan brechas porcentuales elevadas sobre bases de gasto más reducidas, con PEG entre 70 y 75, indicando que su punto de equilibrio se alcanza en tramos altos de la distribución de precios.

Tabla 4. Eficiencia del gasto por actividad según percentiles (P) de precios de referencia (Top 30 por valor del percentil 50). Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Subsidiado.

Total nacional

Valores en miles de millones de pesos y miles de pesos

2023

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
CURACIÓN DE LESIÓN EN PIEL O TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO	Otros Medios Dx y tratamiento especializado	58,2	40,9	0,9	-63,8	-209,8	62	44	1	-68	-224	70,1	74.482
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION INDIVIDUAL	Hospitalización general y especialidades básicas	55,2	39,1	15,9	-23,6	-121,2	118	84	34	-50	-259	74	878.569
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION INDIVIDUAL	Hospitalización general y especialidades básicas	52,9	34,9	9,5	-35,4	-138,9	73	48	13	-49	-191	72,1	1.212.816
MONITORIZACIÓN ELECTROENCEFALOGRAFICA POR VIDEO Y RADIO	Otros Medios Dx y tratamiento especializado	51,4	42,7	32,4	-3	-108,6	25	21	16	-2	-53	79,2	263.631
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD ALTA HABITACION MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	48,5	30,6	6,1	-36,5	-123,2	210	133	27	-158	-534	71,4	652.973
BOLSA DE PLÁSTICO PVC (GRADO MÉDICO) CON SOBRE BOLSA DE POLIETILENO DE ALTA DENSIDAD PEAD EN LOS VOLÚMENES DE 100 ML	SANGRE Y ORGANOS HEMATOPOYETICOS	47,6	36,7	18,6	-12,3	-86,3	20	16	8	-5	-36	76	14.265
ACCIONES INDIVIDUALES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD INDÍGENA	Promoción y mantenimiento de la salud	46,6	42,3	34,7	3,8	-22,7	44	40	32	4	-21	81,4	38.610

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO NEONATAL	Unidad de cuidados intensivos neonatales	45,1	26,1	0,9	-36,4	-126,7	67	39	1	-54	-189	70,2	5.174.065
TRANSPORTE NO ASISTENCIAL DEL PACIENTE (SIN APH O APOYO TERAPÉUTICO DURANTE EL TRASLADO)	Traslado de pacientes	42,5	27,2	6,2	-32,5	-116,2	67	43	10	-52	-184	71,6	384.377
INTERNACIÓN ADULTOS COMPLEJIDAD MEDIANA HABITACION MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	41,7	23,9	-0,3	-38,6	-110,9	172	99	-1	-159	-458	69,9	625.680
CUIDADO (MANEJO) INTRAHOSPITALARIO POR MEDICINA ESPECIALIZADA	Hospitalización general y especialidades básicas	40,9	31,5	16,2	-14,3	-89,9	113	87	45	-40	-249	75,3	92.030
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO NEONATAL	Hospitalización general y especialidades básicas	40,4	24	0,4	-36,9	-120,1	28	17	0	-26	-84	70,1	1.844.704
TRASLADO ASISTENCIAL MEDICALIZADO TERRESTRE PRIMARIO	Traslado de pacientes	39,3	25,7	9,6	-22,4	-88,7	20	13	5	-11	-45	73	367.432
POLITERAPIA ANTINEOPLÁSICA DE ALTA TOXICIDAD	Oncología	39,1	30	-0,9	-29,8	-86	33	25	-1	-25	-72	69,7	469.855
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO ADULTOS	Atención en Unidad de Cuidados Intensivos	39	20,9	-2,6	-42,3	-123,8	233	125	-15	-253	-740	68,9	4.734.828
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO PEDIÁTRICO	Atención en Unidad de Cuidados Intensivos	38,8	20,4	-3,9	-37,3	-114,8	43	22	-4	-41	-126	68,4	4.076.137
TERAPIA RESPIRATORIA INTEGRAL	Terapias rehabilitación	38	32,3	24,2	9,9	-40	23	19	15	6	-24	82	30.087

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA, HABITACIÓN MÚLTIPLE	Hospitalización general y especialidades básicas	37,5	20,9	-2,5	-45,6	-132,6	40	22	-3	-49	-141	68,9	1.687.882
INTERNACIÓN EN UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO ADULTO	Hospitalización general y especialidades básicas	33,4	15,6	-7,7	-42,2	-109,6	103	48	-24	-131	-339	66,7	1.876.811
TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE PRIMARIO	Traslado de pacientes	30	17,2	-3,1	-35,8	-96,3	34	19	-4	-40	-107	68,5	228.494
TRANSPORTE NO ASISTENCIAL TERRESTRE EN ZONA DE DISPERSIÓN O ESPECIAL	Traslado de pacientes	29,3	16,7	2,8	-18,9	-74,5	26	15	3	-17	-66	71,3	101.665
TRASLADO ASISTENCIAL BÁSICO TERRESTRE SECUNDARIO	Traslado de pacientes	25,4	11,1	-7,9	-32,9	-85	33	14	-10	-42	-110	65,8	251.953
HEMODIÁLISIS ESTÁNDAR CON BICARBONATO	Cirugía General y especializada excepto alto costo	22,7	3,8	-19,4	-43,6	-92,8	110	18	-94	-211	-449	61,6	1.260.029
TERAPIA FÍSICA INTEGRAL	Terapias rehabilitación	21,5	12,6	1,9	-13,7	-49,8	35	20	3	-22	-81	71,2	27.680
CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS	Laboratorio	21	4,6	-9,5	-32,2	-75,9	22	5	-10	-34	-80	63,3	8.658
GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA [GLUCOMETRÍA]	Laboratorio	19	4,3	-11,1	-30,3	-70,5	23	5	-14	-37	-86	62,8	10.238
CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA GENERAL	Consulta Medicina General	14,4	5,5	-31,9	-43,9	-60,1	87	33	-193	-267	-365	61,5	28.291
DETARTRAJE SUPRAGINGIVAL	Promoción y mantenimiento de la salud	11,3	-2,6	-19,6	-36,4	-59,7	31	-7	-55	-101	-166	58,1	78.234
CONSULTA DE URGENCIAS POR MEDICINA GENERAL	Urgencias	6,5	-1,8	-11,6	-24	-50,3	33	-9	-59	-121	-253	57,8	62.175

Actividad	Agrupación de procedimientos	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
TOTAL							1.928	1.058	-274	-2.055	-5.732		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

En el régimen subsidiado, el análisis por actividad para 2023 evidencia márgenes potenciales de eficiencia relevantes, particularmente en P50 y, en menor medida, en P60, donde persisten brechas claras entre los valores pagados y los precios de referencia. Destacan la curación de lesión en piel, la internación de adultos de complejidad mediana y alta en habitación individual y la monitorización electroencefalográfica por su impacto económico y niveles de eficiencia positivos.

En el percentil 60, la mayor parte de actividades mantienen eficiencias positivas, especialmente internaciones de distinta complejidad, servicios neonatales y algunos procedimientos terapéuticos y de promoción y prevención. A partir del percentil 70 se observa que una proporción creciente de actividades presenta eficiencias negativas, marcando un cambio de tendencia frente a los precios de referencia. Este patrón es heterogéneo entre servicios, con transiciones más tempranas hacia ineficiencias potenciales en algunos casos y mayor persistencia de márgenes positivos en otros.

Al igual que en el régimen contributivo, esta dinámica se intensifica en los percentiles P80 y P90, donde la mayoría de las actividades, incluidas UCI neonatal, pediátrica y de adultos, internaciones de mediana y alta complejidad, y servicios de transporte asistencial, registra ineficiencias de gran magnitud, en muchos casos superiores a –100 mil millones de pesos. **La ineficiencia más alta se registra en el P90 en la internación en unidad de cuidado intensivo adultos, con -740 mil millones de pesos.**

Finalmente, el percentil de equilibrio del gasto (PEG) y el precio de actividad asociado al PEG muestran una alta heterogeneidad entre actividades, con puntos

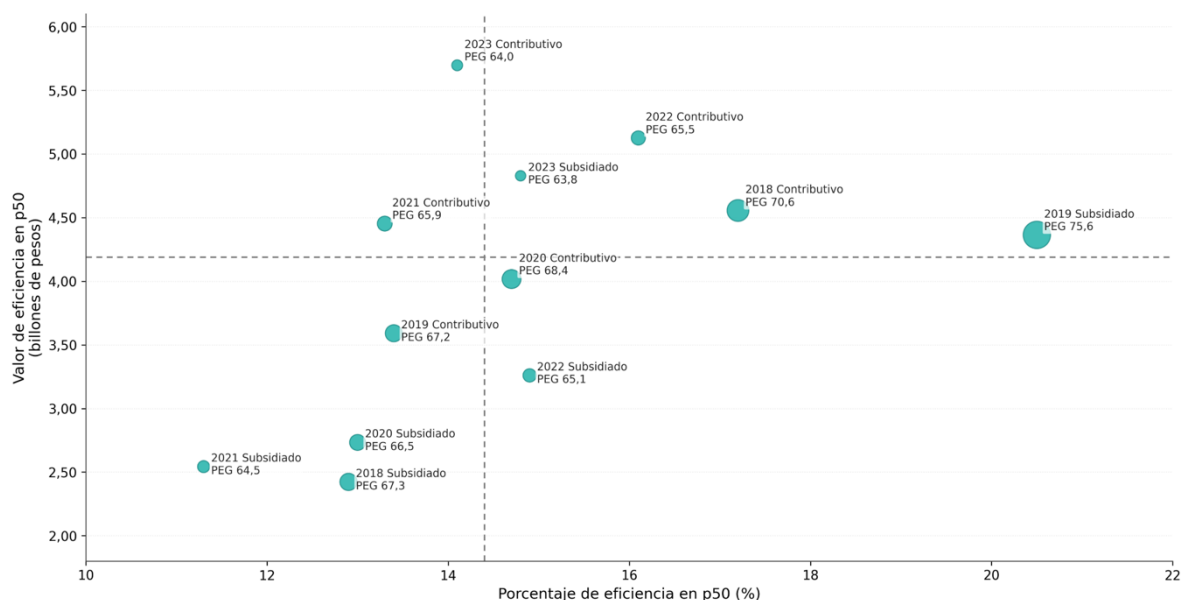
de equilibrio que, en la mayoría de los casos, se ubican entre los P65 y P80. Los precios unitarios asociados a ese equilibrio presentan rangos amplios, particularmente en servicios de alta complejidad y cuidados intensivos, confirmando que la presión de ineficiencia se concentra en actividades intensivas en recursos y con mayor variabilidad de precios dentro del régimen subsidiado.

Gráfico 5: Años y regímenes según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50)

Total nacional

Valores en billones de pesos.

2018–2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

La evolución del gasto por año y régimen muestra que los años con mayor impacto absoluto corresponden al régimen contributivo, con 2023 y 2022 registrando los valores más elevados (\$5,70 y \$5,17 billones respectivamente). En el régimen subsidiado, 2019 se destaca por combinar la mayor brecha porcentual (20,6 %) con un PEG elevado (75,6), sugiriendo que ese año el punto de equilibrio se alcanzaba en tramos más altos de la distribución. En ambos regímenes se observa una tendencia creciente en el valor absoluto de eficiencia potencial hacia 2022 y 2023, lo que refleja una acumulación progresiva de la dispersión en precios a lo largo del período analizado.

Tabla 5. Evolución de la eficiencia del gasto por régimen según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles.
Valores en millones de pesos y millones de pesos
Precios constantes base 2024
2018 a 2023

Año	Régimen	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG
		p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
2018	Contributivo	17,2	10	0,9	-12,9	-42,7	4.556	2.648	233	-3.409	-11.315	70,6	21.381
	Subsidiado	12,9	5,8	-2,2	-13,3	-36,8	2.423	1.082	-408	-2.503	-6.917	67,3	37.115
2019	Contributivo	13,4	6,3	-2,4	-15,3	-41,7	3.591	1.692	-656	-4.093	-11.169	67,2	34.562
	Subsidiado	20,5	14,4	6,7	-5,4	-42,7	4.364	3.063	1.428	-1.144	-9.079	75,6	27.150
2020	Contributivo	14,7	7,8	-1,5	-14,8	-43,5	4.017	2.132	-400	-4.043	-11.850	68,4	42.541
	Subsidiado	13	5,8	-3,1	-15,4	-44	2.733	1.224	-658	-3.228	-9.241	66,5	32.496
2021	Contributivo	13,3	5,8	-4,1	-16,2	-42,1	4.453	1.935	-1.367	-5.432	-14.130	65,9	40.964
	Subsidiado	11,3	3,9	-4,9	-17	-40,9	2.543	882	-1.097	-3.825	-9.218	64,5	37.264
2022	Contributivo	16,1	6,5	-5,3	-22,3	-55,4	5.126	2.086	-1.675	-7.127	-17.658	65,5	36.374
	Subsidiado	14,9	5,5	-5,3	-20,7	-50,8	3.260	1.213	-1.164	-4.526	-11.118	65,1	30.520
2023	Contributivo	14,1	4,6	-7	-23,2	-52,7	5.697	1.859	-2.829	-9.377	-21.277	64	38.392
	Subsidiado	14,8	4,7	-7,6	-23,5	-54,8	4.829	1.538	-2.460	-7.648	-17.864	63,8	35.494
Total							47.592	21.354	-11.053	-56.355	-150.836		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2018-2023
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

En el período 2018–2023, el análisis por régimen evidencia que tanto el contributivo como el subsidiado presentan márgenes de eficiencia positivos entre los P50 y P60 de manera relativamente consistente, aunque con una tendencia a la reducción de dichos márgenes en los años más recientes. En el régimen contributivo, las eficiencias en P50 registran 17,2 % en 2018, alcanzando su valor más alto dentro del periodo analizado. En 2019 se reducen a 13,4 % y 13,3 % en 2019 y 2021, respectivamente. En 2022 incrementa a 16,1 % y desciende finalmente en 2023 a 14,1 %.

En el régimen subsidiado se observa un comportamiento más volátil, con un pico en 2019 de 20,5 % y una convergencia hacia valores cercanos al contributivo en 2023 (14,8%). Este patrón sugiere que, aun controlando por régimen, municipio,

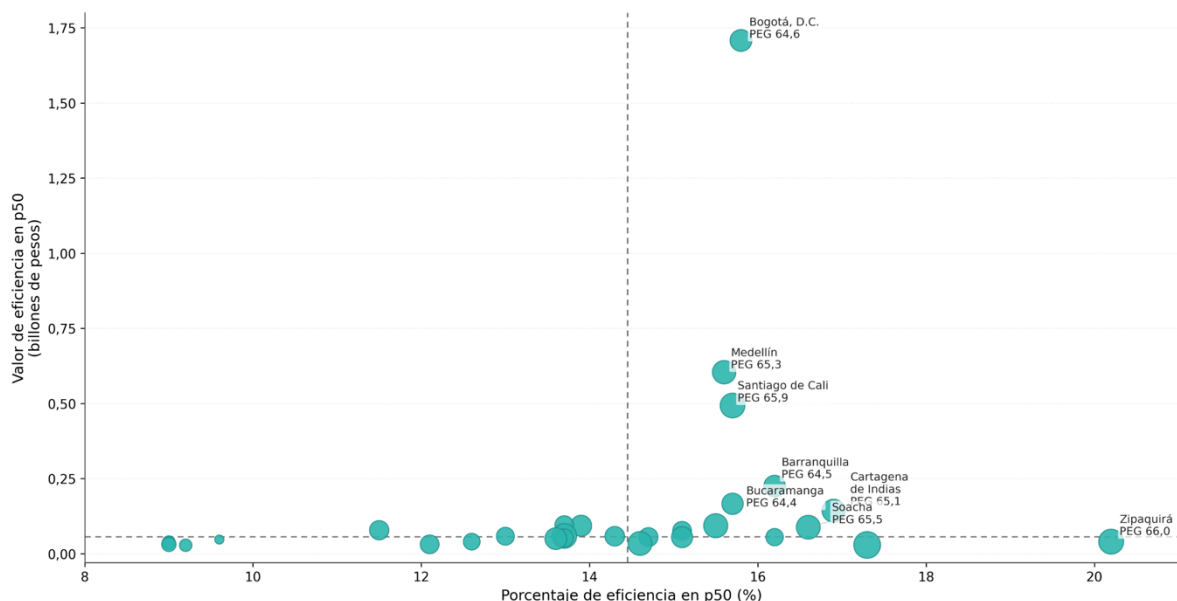
nivel de complejidad de la IPS, mecanismo de contratación y tecnología, persisten espacios estructurales de optimización del gasto en los tramos centrales de la distribución de precios.

Al avanzar hacia los percentiles P70 a P90, ambos regímenes muestran un deterioro sistemático de la eficiencia, que se traduce en valores negativos crecientes y en ineficiencias potenciales de gran magnitud. En 2023, las ineficiencias acumuladas en el percentil 90 alcanzan aproximadamente **–\$21,3 billones en el régimen contributivo y –\$17,9 billones de pesos en el subsidiado**, lo que evidencia que la mayor parte de la presión sobre el gasto se concentra en las colas derechas de la distribución de precios observados. Esta regularidad a lo largo del período analizado confirma que las desviaciones extremas en precios y/o cantidades constituyen el principal factor explicativo de la ineficiencia agregada en ambos regímenes.

Finalmente, el análisis del percentil de equilibrio del gasto (PEG) y del costo unitario asociado a dicho equilibrio muestra una convergencia gradual entre regímenes, con puntos de equilibrio que se ubican, en promedio, entre los percentiles 64 y 71.

En 2023, el PEG se sitúa en 64,0 para el contributivo y 63,8 para el subsidiado, lo que indica que el equilibrio entre ahorro y sobre costo se alcanza en tramos relativamente altos de la distribución de precios. Los valores de precio de actividad en el PEG, que oscilan entre \$21.000 y \$42.000 pesos a precios constantes de 2024 refuerzan la necesidad de orientar las estrategias regulatorias y de diseño de mecanismos de pago hacia el control de la variabilidad no plausible y la contención de desviaciones extremas, priorizando referencias robustas sobre ajustes uniformes en los valores centrales del sistema.

Gráfico 6: Municipios según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Contributivo
Total nacional
Valores en billones de pesos.
2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2023.

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

En el régimen contributivo, el ahorro potencial por municipio está fuertemente concentrado en las grandes ciudades, con Bogotá D.C. destacándose ampliamente tanto en valor absoluto (\$1,70 billones) como en brecha porcentual (15 %), seguida por Medellín (\$0,61 billones) y Santiago de Cali (\$0,50 billones). Municipios como Zipaquirá presentan brechas porcentuales más elevadas (20,6 %) pero sobre bases de gasto considerablemente menores, mientras que la mayoría de los municipios restantes se concentran en el cuadrante inferior izquierdo, con distancias moderadas frente al precio de referencia en ambas dimensiones

Tabla 6. Eficiencia del gasto por municipio según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Contributivo. Top 30 (por valor del percentil 50).

Valores en miles de millones y miles de pesos.

Precios constantes base 2024

2018 a 2023

Municipio	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
ZIPAQUIRÁ	20,2	8,8	-6	-22,6	-56,7	40	18	-12	-45	-113	66	46.937
FACATATIVÁ	17,3	7,3	-3,2	-20,1	-56,6	29	12	-6	-34	-96	66,9	47.638
CARTAGENA DE INDIAS	16,9	5,7	-5,4	-22,1	-52,7	143	49	-46	-188	-447	65,1	44.211
SOACHA	16,6	7,5	-6,2	-21,3	-53,4	88	39	-33	-112	-282	65,5	49.926
BARRANQUILLA	16,2	5,2	-6,5	-24,1	-56,8	225	73	-91	-335	-788	64,5	42.521
RIONEGRO	16,2	4,1	-10,1	-25,9	-56,9	55	14	-35	-88	-194	62,9	55.292
BOGOTÁ, D.C.	15,8	6	-7	-25,7	-56,2	1.708	643	-758	-2.774	-6.054	64,6	67.234
SANTIAGO DE CALI	15,7	7,3	-5	-21,9	-56,4	493	228	-157	-686	-1.767	65,9	57.444
BUCARAMANGA	15,7	5,8	-7,5	-25,1	-55,2	166	61	-79	-264	-582	64,4	47.168
MEDELLÍN	15,6	6,1	-5,4	-23	-59,3	604	236	-211	-892	-2.296	65,3	65.645
BELLO	15,5	5,8	-4,6	-22,1	-59,4	93	35	-28	-132	-355	65,6	56.224
ITAGÜÍ	15,1	3,7	-7,2	-23,4	-54,8	76	19	-36	-117	-275	63,4	53.893
SOLEDAD	15,1	4,6	-6,1	-20,5	-49,4	55	17	-22	-74	-179	64,3	36.820
SANTA MARTA	14,7	4,5	-8,3	-22,2	-50	55	17	-31	-82	-186	63,5	38.241
CHÍA	14,6	5,4	-4,4	-18,4	-45,2	34	12	-10	-42	-104	65,5	46.288
PALMIRA	14,3	4,4	-7,4	-23	-51,6	58	18	-30	-93	-210	63,7	52.031
PEREIRA	13,9	5,1	-6,8	-27,5	-55,5	93	34	-45	-183	-369	64,3	45.604
MANIZALES	13,7	4,4	-8,4	-26,3	-54,2	95	30	-59	-183	-376	63,4	55.069
VILLAVICENCIO	13,7	5,7	-4	-21,2	-51,6	59	25	-17	-92	-224	65,9	49.804
FLORIDABLANCA	13,7	4	-8,5	-25,3	-54,2	52	15	-33	-96	-207	63,2	45.480
ENVIGADO	13,6	4,8	-5,7	-24,6	-53,5	50	17	-21	-90	-195	64,6	54.673
ARMENIA	13	3,9	-8,7	-24,4	-55,1	58	17	-39	-109	-245	63,1	47.298
MONTERÍA	12,6	3,1	-8,3	-23,3	-47,9	40	10	-26	-73	-150	62,7	43.566
TUNJA	12,1	3,6	-7	-21,7	-51,1	31	9	-18	-55	-130	63,4	46.772
IBAGÜÉ	11,5	3,5	-6,2	-20,2	-50,5	78	24	-42	-136	-340	63,6	51.809
SAN JOSÉ DE CÚCUTA	9,6	1,2	-13,5	-29,5	-55,6	47	6	-67	-146	-275	60,8	42.530
POPAYÁN	9,2	1,6	-9,1	-19,7	-46	28	5	-28	-60	-140	61,5	47.553
NEIVA	9	1,4	-7,1	-21,1	-45,7	38	6	-30	-90	-194	61,6	51.176
VALLEDUPAR	9	1,4	-7,7	-22,4	-46,6	35	6	-30	-87	-182	61,5	38.692

Municipio	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
PASTO	9	2	-7,8	-19,1	-45,1	31	7	-27	-66	-155	62	55.976
TOTAL						4.655	1.702	-2.062	-7.424	-17.106		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2018-2023

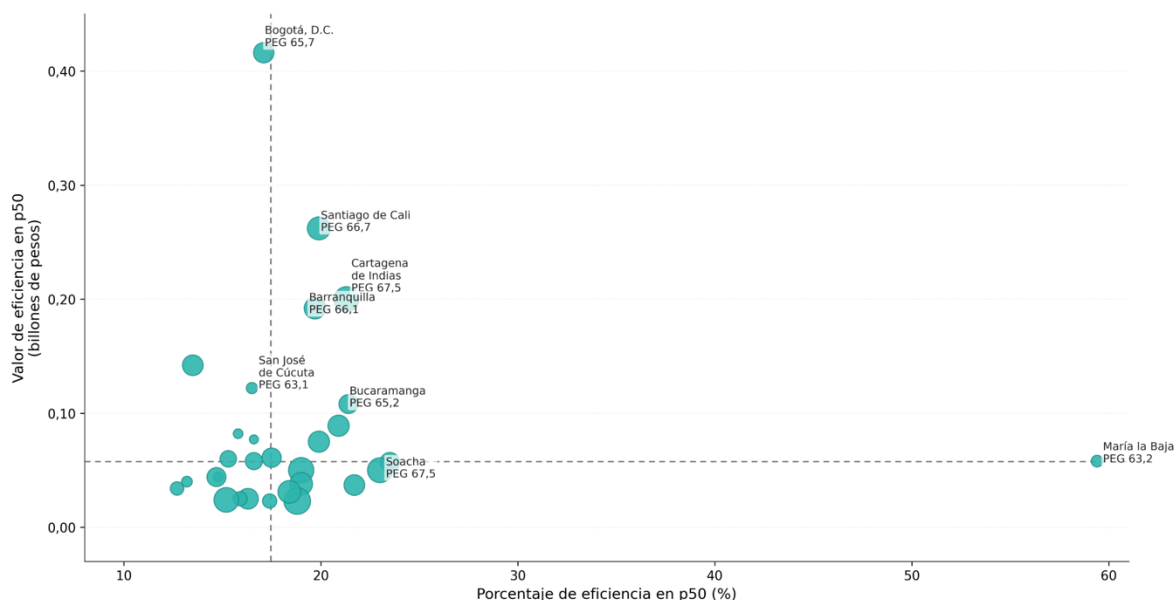
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

En el régimen contributivo, el análisis por municipio para el periodo 2018–2023 muestra eficiencias positivas en los percentiles P50 y P60 tanto en porcentaje como en valor, evidenciando brechas sistemáticas entre precios pagados y de referencia aun tras controlar por características operativas. Los grandes municipios (Bogotá D.C., Medellín, Barranquilla, Cali y Cartagena) concentran los mayores montos absolutos de eficiencia, mientras que municipios intermedios como Zipaquirá, Facatativá, Soacha y Chía presentan porcentajes similares sobre bases de gasto menores.

A partir del percentil 70, y con mayor intensidad en P80 y P90, las eficiencias se vuelven negativas de forma generalizada, con ineficiencias potenciales crecientes en porcentaje y valor, concentradas principalmente en los municipios de mayor escala.

El PEG se sitúa de manera homogénea entre 60 y 67, indicando que el equilibrio entre ahorro y sobre costo se alcanza en tramos altos de la distribución. Los precios unitarios en el PEG son más elevados en grandes áreas urbanas, reflejando diferencias estructurales de precios y complejidad, y reforzando la necesidad de estrategias regulatorias focalizadas territorialmente orientadas a contener la variabilidad no plausible.

Gráfico 7: Municipios según porcentaje y valor de eficiencia potencial (p50) en el Régimen Subsidiado,
Total nacional
Valores en billones de pesos.
2018 a 2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2018-2023

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos - ADRES.

Nota: El tamaño del marcador es proporcional al PEG. Las líneas punteadas corresponden a la mediana de cada eje.

En el régimen subsidiado, Bogotá D.C. concentra el mayor ahorro potencial absoluto (\$0,42 billones), seguida por Santiago de Cali (\$0,27 billones), Cartagena de Indias (\$0,20 billones) y Barranquilla (\$0,19 billones), todos con brechas porcentuales cercanas a la mediana del eje horizontal. María la Baja se destaca como caso atípico, con una brecha porcentual excepcionalmente alta (60 %) sobre una base de gasto reducida, mientras que la mayoría de los municipios se agrupa en torno a la mediana de ambos ejes con distancias moderadas frente al precio de referencia.

Tabla 7. Eficiencia del gasto por municipio según percentiles (P) de referencia. Porcentaje y valor por percentiles en el Régimen Subsidiado. Top 30 (por valor del percentil 50).

Valores en miles de millones y miles de pesos.

Precios constantes base 2024

2018 a 2023

Municipio	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
MARÍA LA BAJA	59,4	55	-117,1	-123,2	-133,3	58	53	-113	-119	-129	63,2	35.099
RIOHACHA	23,5	9,3	-7,8	-30	-76,2	57	23	-19	-73	-186	65,4	32.119
SOACHA	23	12,5	-4,2	-26,3	-66,8	50	27	-9	-57	-146	67,5	43.925
MANIZALES	21,7	10,1	-7,4	-28,2	-65,4	37	17	-13	-48	-112	65,8	43.553
BUCARAMANGA	21,4	7,7	-7,2	-28,1	-70,3	108	39	-36	-142	-355	65,2	40.452
CARTAGENA DE INDIAS	21,3	10,5	-3,4	-26,3	-71,2	200	99	-32	-247	-668	67,5	40.712
SANTA MARTA	20,9	8,8	-5,9	-28,5	-73,7	89	38	-25	-122	-315	66	38.952
SANTIAGO DE CALI	19,9	8,8	-4,4	-22,9	-63,7	262	116	-58	-302	-840	66,7	44.930
IBAGUÉ	19,9	8,6	-5,7	-26,2	-70,4	75	33	-21	-99	-267	66	51.750
BARRANQUILLA	19,7	9,6	-6,2	-26,6	-62,1	192	94	-60	-260	-605	66,1	37.583
PEREIRA	19	8,9	-2,7	-24,4	-63,2	50	24	-7	-64	-166	67,7	40.815
ARMENIA	19	8,9	-4,5	-22,9	-59,9	38	18	-9	-46	-121	66,6	39.261
SANTANDER DE QUILICHAO	18,8	9,3	-2	-18,5	-45,4	23	12	-2	-23	-56	68,3	38.608
BUENAVENTURA	18,4	8,9	-4,5	-25,1	-63,2	31	15	-8	-42	-105	66,6	38.714
SOLEDAD	17,5	7,7	-6,9	-27,9	-66	61	27	-24	-98	-230	65,3	32.984
BARRANCABERMEJ A	17,4	5,6	-9	-28,3	-61,5	23	8	-12	-38	-83	63,8	38.049
BOGOTÁ, D.C.	17,1	7,1	-5,3	-21,9	-56,9	416	173	-129	-533	-1.384	65,7	56.202
VALLEDUPAR	16,6	4,2	-11,3	-31,4	-67,3	77	20	-53	-146	-313	62,7	32.691
NEIVA	16,6	6,7	-7,8	-26,6	-60,4	58	23	-28	-94	-212	64,6	57.790
SAN JOSÉ DE CÚCUTA	16,5	4,3	-9,6	-29,8	-66,9	122	32	-71	-220	-494	63,1	43.897
YOPAL	16,3	7,7	-5,5	-23,5	-58,5	25	12	-8	-35	-88	65,8	47.929
FLORIDABLANCA	15,9	5	-8,2	-26,4	-65	25	8	-13	-42	-102	63,8	41.553
MONTERÍA	15,8	3,7	-9,6	-29,2	-61,3	82	19	-50	-151	-316	62,8	40.712
SINCELEJO	15,3	6	-7,6	-25,6	-62	60	24	-30	-101	-244	64,4	39.877
TULUÁ	15,2	7,9	-2,9	-20,5	-54,4	24	12	-5	-32	-85	67,4	45.972
POPAYÁN	14,8	3,8	-9,4	-26,3	-54	44	11	-28	-77	-159	62,9	44.135
VILLAVICENCIO	14,7	5,8	-5,3	-23,4	-67,4	44	17	-16	-70	-203	65,2	46.692
MEDELLÍN	13,5	5,5	-4	-18,9	-48,8	142	58	-42	-198	-511	65,8	52.956
PASTO	13,2	3,2	-7,3	-21,8	-51,3	40	10	-22	-66	-154	63	46.836

Municipio	Porcentaje de Eficiencia (%)					Valor en miles de millones de pesos (\$)					PEG	Precio Actividad en PEG (\$)
	p50	p60	p70	p80	p90	v50	v60	v70	v80	v90		
MAICAO	12,7	3,7	-6,4	-21,8	-49,2	34	10	-17	-58	-132	63,6	30.077
TOTAL						2.545	1.068	-959	-3.602	-8.779		

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios, 2018-2023
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

En el régimen subsidiado, se observa la misma tendencia a nivel municipal. Entre 2018–2023 se encuentran eficiencias positivas en P50 y P60 tanto en términos porcentuales como en valor, lo que evidencia brechas sistemáticas entre los valores pagados y los precios de referencia aun tras controlar por régimen, municipio, nivel de complejidad de la IPS, mecanismo de contratación y tecnología. Municipios como Bogotá D.C., Cali, Cartagena, Barranquilla y Bucaramanga concentran los mayores montos absolutos de eficiencia, asociados a su escala de gasto, mientras que otros territorios como María La Baja presentan porcentajes excepcionalmente altos de eficiencia sobre bases económicas más reducidas, reflejando heterogeneidad territorial en los espacios de optimización.

A partir del percentil 70, y con mayor intensidad en P80 y P90, las eficiencias se tornan negativas de manera generalizada, con ineficiencias potenciales crecientes tanto en porcentaje como en valor. Estas ineficiencias potenciales se concentran principalmente en los municipios de mayor volumen de prestación, como Bogotá D.C., Cali, Cartagena y Barranquilla, aunque municipios medianos exhiben porcentajes negativos de magnitud comparable. María la baja es el municipio que registra los mayores porcentajes de ineficiencia en estos percentiles, llegando a -133,3 % en el P90.

El PEG se ubica de forma relativamente homogénea entre 63 y 68, indicando que el punto de equilibrio entre ahorro y sobrecosto se alcanza en tramos altos de la distribución de precios observados. Los precios unitarios en PEG muestran variabilidad relevante entre municipios, con valores más elevados en grandes áreas

urbanas, lo que sugiere diferencias estructurales en precios y complejidad de la oferta.

5.2 Posibles eficiencias en los mecanismos de contratación

Esta sección muestra la participación relativa de los mecanismos de reconocimiento y pago y realiza un análisis para cada EPS, evidenciando la oportunidad de generar eficiencias al pasar de contratación por Evento a otros mecanismos como Capitación, Caso, Autorizaciones o Directo.

Tabla 8. Distribución porcentual (%) del valor total reportado por forma de reconocimiento respecto del total anual.

Total Nacional
2018 a 2023

Forma de reconocimiento	Porcentaje de forma de reconocimiento (%)					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Evento	58,6	47,3	55,5	52,0	55,3	57,2
Capitación	23,0	29,2	22,3	19,0	16,6	20,8
Caso/ Canasta	11,9	15,9	15,8	20,1	19,3	14,4
Autorizaciones	5,5	6,7	5,1	7,9	7,7	7,4
Directo	0,9	0,8	1,2	1,1	1,0	0,3
Total general	100,0	100	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios (Suficiencia), 2018-2023.

Cálculos: Innovación y Analítica– ADRES

Entre 2018 a 2023, el pago por Evento se mantuvo como la principal forma de reconocimiento. Entre 2019 y 2023 la participación que osciló entre 47,3 % y 57,2 % del total anual.

La modalidad de pago por evento ('S'), conocida en la literatura internacional como Fee-For-Service, ha sido ampliamente documentada como un esquema que puede incentivar el aumento en el volumen de servicios prestados sin necesariamente mejorar los resultados en salud, generando riesgos de sobreutilización, desperdicio y menor eficiencia en el uso de recursos. En contraste, los esquemas de pago prospectivo, como la capitación ajustada por riesgo, tienden



a favorecer un mayor control del gasto y una mejor alineación entre incentivos financieros y gestión integral del riesgo en salud.¹⁹

Más allá de la capitación tradicional, modelos basados en Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD/DRG) han sido implementados en países como Chile para optimizar la distribución de recursos y promover eficiencia técnica y comparabilidad entre hospitales, mostrando lecciones y desafíos que reflejan mejores prácticas en la transición hacia incentivos más orientados a resultados y uso eficiente de recursos.²⁰

Adicionalmente, la evidencia internacional sugiere que el uso de herramientas analíticas avanzadas, incluyendo enfoques de Inteligencia Artificial integrados en la predicción y gestión de eventos clínicos y operativos, puede ser un complemento valioso para fortalecer los mecanismos de pago y supervisión, facilitando una gestión basada en datos, alerta temprana de patrones de uso ineficiente y apoyo a decisiones clínicas y administrativas en tiempo real.²¹

Por ende, las buenas prácticas internacionales en financiamiento de servicios de salud recomiendan estructuras mixtas y orientadas por valor, que combinen pagos prospectivos ajustados por riesgo, mecanismos como DRG para casos hospitalarios complejos y el aprovechamiento de modelos predictivos avanzados, lo cual contribuye tanto a controlar el gasto como a mejorar la calidad, equidad y pertinencia de los servicios de salud.

La capitación registró fluctuaciones importantes, alcanzando un máximo de 29,2 % en 2019 y cerrando en 20,8 % en 2023. La modalidad de caso/canasta tuvo un

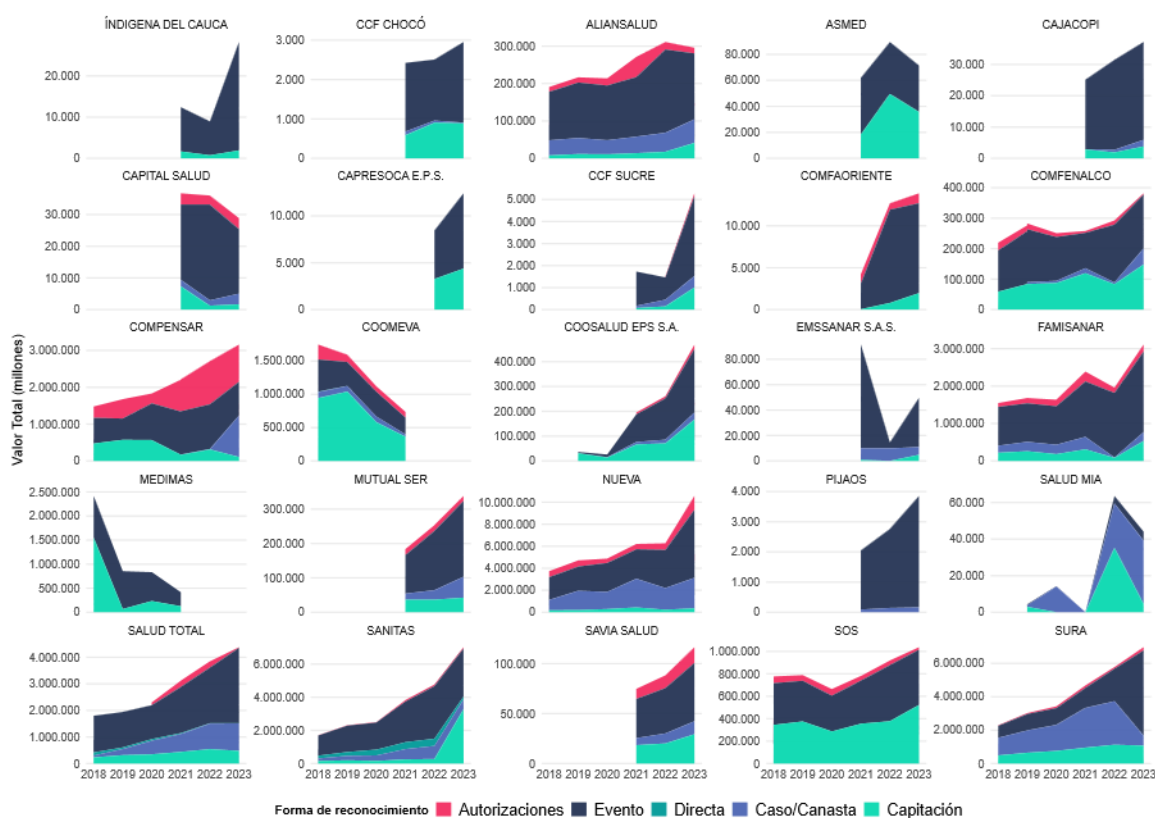
¹⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Financiación de los sistemas de salud: El camino hacia la cobertura universal*. OMS; Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *El gasto público en salud: Una mirada más cercana a las tendencias mundiales*. OMS; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Mejores formas de pagar la atención en OCDE*; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2020). *Aprovechar el potencial de la atención primaria de salud*. OCDE; Banco Mundial. (2014). *Pago por desempeño en la atención en salud: Implicaciones para el desempeño y la rendición de cuentas de los sistemas de salud*. Banco Mundial; Arrow, K. J. (1963). *La incertidumbre y la economía del bienestar de la atención médica*. *American Economic Review*, 53(5), 941–973;

²⁰ Waxler, y otros (2025). *Generative Medical Event Models Improve with Scale*. doi:10.48550/arXiv.2508.12104.

²¹ Cid, Dawson, Medina, Espinoza, & Bastías (2024). Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48(16). doi:https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.67

aumento relativo en 2021 y 2022, con participaciones superiores al 19 %, aunque en 2023 descendió a 14,4 %. Por su parte, las autorizaciones no facturadas conservaron un peso intermedio y estable (entre 5,1 % y 7,9 %), mientras que el de la forma de pago directo mantuvo siempre una participación marginal, reduciéndose progresivamente hasta representar 0,3 % en 2023.

Gráfico 8. Evolución del valor de la forma de reconocimiento en el tiempo por EPS – Régimen Contributivo. Total nacional 2018 a 2023

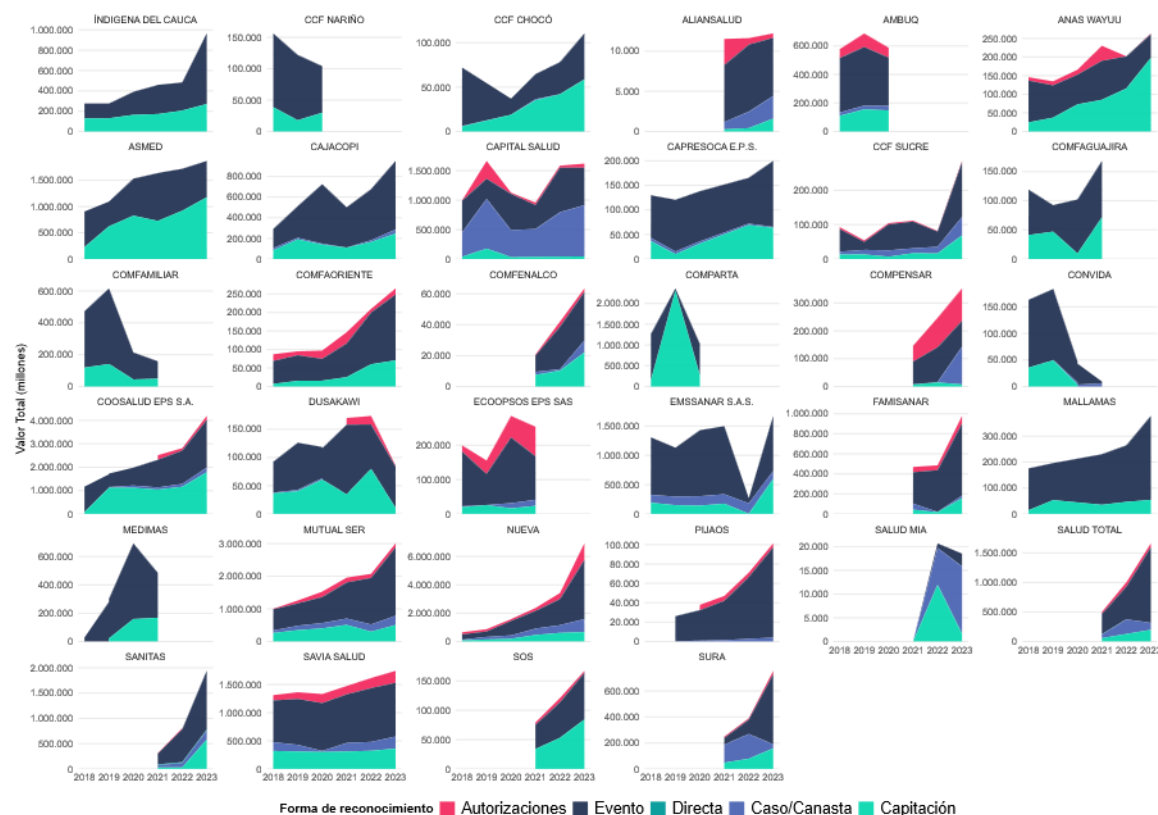


Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios (Suficiencia), 2018-2023
Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

En el régimen contributivo, la forma de reconocimiento por evento (franja en azul oscuro en la gráfica 8) concentra la mayor proporción, con un comportamiento creciente en términos absolutos en EPS como Compensar, Famisanar, Nuevas EPS,

Sanitas, Sura, Aliansalud, Salud total. En EPS como Nueva EPS, Sanitas, Famisanar, CCF Sucre, se evidencian picos entre 2022 y 2023.

Gráfico 9. Evolución del valor de la forma de reconocimiento en el tiempo por EPS – Régimen Subsidiado.
Total nacional
2018 a 2023



Fuente: MSPS, Base de Prestación de Servicios (Suficiencia), 2018-2023

Cálculos: Innovación y Analítica de Datos – ADRES

Al igual que en el régimen contributivo, en el régimen subsidiado la forma de reconocimiento por evento (franja en azul oscuro en la gráfica 9) representa la mayor proporción con un comportamiento creciente en términos absolutos en EPS como Compensar, Sanitas, Nueva EPS, Aliansalud, Sura y Salud total.



Se destaca el comportamiento de Pijaos y Mallamas donde la forma de reconocimiento se reporta en la mayor proporción por Evento. Para el caso de Compensar y Sura se presenta un pico en el pago por evento entre 2022 a 2023.

6. Proyectos futuros

Los resultados presentados en este informe corresponden a un análisis cuantitativo para identificar espacios potenciales de eficiencia en el gasto financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), a partir del análisis de variaciones observadas en los precios de tecnologías de salud dentro de contextos comparables de prestación.

Dado que el análisis se basa en información administrativa agregada y en un esquema de estandarización mediante bloqueos, existen oportunidades para profundizar y fortalecer el enfoque analítico en futuras etapas. En este sentido, se identifican varias líneas de desarrollo orientadas a mejorar la capacidad analítica del sistema, fortalecer los mecanismos de reconocimiento y pago, y reducir fuentes estructurales de variabilidad no explicada en el gasto.

En primer lugar, se contempla el desarrollo de una sección específica de análisis enfocada exclusivamente en los servicios reconocidos bajo la modalidad de Pago por Evento, en la cual se examinarán de manera sistemática todas las tablas y resultados generados en el presente informe. Este análisis permitirá aislar el comportamiento de costos, dispersión y potenciales eficiencias asociadas a dicha modalidad, facilitando una interpretación más precisa de sus patrones de uso y de las oportunidades de optimización desde una perspectiva técnica y operativa.

En segundo lugar, como desarrollo futuro de este análisis, se prevé la profundización en el diseño e implementación de mecanismos de reconocimiento y pago más eficientes, que trasciendan el esquema tradicional de pago por evento y se apoyen progresivamente en modelos prospectivos basados en Grupos Relacionados por Diagnóstico (GRD). Estos enfoques permitirían estructurar unidades de pago más homogéneas, comparables y alineadas con la complejidad clínica de los episodios de atención.

En este contexto, se contempla el desarrollo de módulos analíticos que permitan caracterizar con mayor precisión la complejidad clínica, la severidad y los perfiles

de consumo de los servicios hospitalarios, utilizando herramientas de analítica avanzada. El objetivo es mejorar la capacidad del sistema para identificar estructuras de costos comparables y reducir los niveles de variabilidad no explicada o no plausible que, de ser tolerados, pueden generar ineficiencias significativas en el reconocimiento de servicios.

De manera complementaria, futuras etapas del análisis podrán incorporar estrategias metodológicas orientadas a fortalecer la estabilidad estadística de las referencias de precio en contextos con baja frecuencia de observaciones. En particular, se evaluará la posibilidad de aplicar mecanismos de agregación controlada, suavización estadística o consolidación de bloques comparables cuando los tamaños de muestra resulten limitados, con el fin de preservar la robustez de las medidas de referencia sin perder la capacidad de capturar diferencias relevantes en los contextos de prestación.

De manera complementaria, el sistema deberá avanzar hacia la definición de límites y reglas de contención de la variabilidad no explicada, iniciando por el control de desviaciones extremas o efectos de cola que distorsionan la formación de costos. Esto implica incorporar criterios estadísticos robustos —por ejemplo, referencias construidas a partir de medidas resistentes como medianas ajustadas o medias truncadas— que permitan acotar la dispersión de los precios observados y mejorar la consistencia de los reconocimientos. Dichos límites deberán aplicarse tanto sobre la dimensión de precio como sobre la de cantidad o frecuencia de uso, con el fin de reducir desviaciones injustificadas, mejorar la comparabilidad entre prestadores y reforzar la alineación entre los recursos reconocidos y el riesgo efectivamente asumido por aseguradores y prestadores.

Finalmente, el fortalecimiento de las capacidades analíticas del sistema permitirá avanzar hacia esquemas más sofisticados de monitoreo y supervisión del reconocimiento de servicios. En particular, el desarrollo de herramientas de analítica avanzada facilitará la identificación temprana de patrones atípicos de utilización, desviaciones persistentes frente a referencias técnicas y oportunidades de mejora en la gestión clínica y administrativa.



En conjunto, estos desarrollos permitirán fortalecer la capacidad institucional para realizar monitoreo continuo del gasto, evaluar ex ante y ex post los mecanismos de pago, y generar insumos técnicos oportunos que respalden decisiones regulatorias y de política pública orientadas a la sostenibilidad financiera del sistema, la eficiencia en el uso de los recursos y la mejora de los resultados en salud.

7. Bibliografía

- Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI). (2018). *Gestión de desperdicios e ineficiencias en el sistema de salud colombiano*. Bogotá D.C: ACEMI. Obtenido de https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/gestion_desperdicios_v7.pdf
- Cid , C., Dawson, N., Medina , C., Espinoza , A., & Bastías , G. (2024). Lecciones y desafíos del uso de los grupos relacionados por el diagnóstico en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 48(16). doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.67>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Obtenido de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>
- Corte Constitucional de Colombia. (2025). *Auto 007 de 2025: Seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008 sobre la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC)*. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a007-25.htm?utm_source=chatgpt.com
- Corte Constitucional de Colombia. (2025). *Auto 089 de 2025: Aclaración del Auto 007 de 2025 en el marco del seguimiento a la Sentencia T-760 de 2008*. Obtenido de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a089-25.htm>
- Corte Constitucional de Colombia. (2025). *Auto 504 de 2025: Medidas cautelares en el seguimiento a la suficiencia de la UPC en cumplimiento de la Sentencia T-760 de 2008*. Obtenido de https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/autos/2025/a504-25.htm?utm_source=chatgpt.com
- De Groote, T., & De Paepe, P. y.-P. (2007). Las consecuencias del neoliberalismo. Colombia: prueba in vivo de la privatización del sector salud en países en desarrollo. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 106-117.

- Londoño, J.-L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.econstor.eu/bitstream/10419/87917/1/idb-wp_353.pdf
- Melo-Becerra, L., Arango, L., Ávila-Montealegre, O., Ayala-García, J., Bonilla-Mejía, J., Crispín-Fory, C., & Cardona, M. (2023). *Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia*. Banco de la República. Obtenido de https://doi.org/10.32468/espe106
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Solicitud de información a las Entidades Promotoras de Salud para el estudio de suficiencia de la UPC*. Obtenido de chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/solicitud-estudio-suficiencia-2023-upc-2025.pdf
- OCDE. (2017). *Tackling wasteful spending on health*. Paris: OECD Publishing. Obtenido de https://www.oecd.org/en/publications/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en.html
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *El gasto público en salud: Una mirada más cercana a las tendencias mundiales*. OMS.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2016). *Mejores formas de pagar la atención en OCDE*.
- Presidencia de la República de Colombia. (2016). *Decreto 780 de 2016: Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*. Obtenido de https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813
- Skinner, J. (2012). Causes and consequences of regional variations in health care. En *Handbook of Health Economics*. Elsevier.
- Waxler, S., Blazek, P., White, D., Sneider, D., Chung, K., Nagarathnam, M., . . . Shah, R. (2025). *Generative Medical Event Models Improve with Scale*. doi:10.48550/arXiv.2508.12104
- Wennberg, J. E. (2010). *Tracking medicine: A researcher's quest to understand health care*. Oxford University Press.



- World Health Organization. (2010). *The world health report 2010: Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: WHO Press.
Obtenido de <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>
- Zurbriggen, C. (2005). *Estado, empresarios y redes rentistas durante el proceso sustitutivo de importaciones en Uruguay (tesis de doctorado)*. . Eberhard Karls Universität Tübingen.