

INFORME SEMANAL



No. 1572 | Junio 16 de 2023

ISSN 1794-2616

ANIF

Calle 70A No. 7-86
PBX: 601 744 6700
Bogotá D.C.

Mauricio Santa María S.

Presidente de ANIF

Anwar Rodríguez C.

Vicepresidente de ANIF

Camila Ciurlo A.

Investigador Jefe de ANIF

Investigadores

José Antonio Hernández R.
Laura Llano C.
Norberto Rojas D.
Erika Schutt P.
Daniel Franco L.
Fabián Suárez N.
María Camila Carvajal P.
Sarah Garcés A.
Ana María Castiblanco L.

Asistente de Investigaciones

María Camila Oliveros M.

www.anif.com.co

E-mail: anif@anif.com.co



@ANIFCO



AnifOficial



ANIF

POSIBLES IMPACTOS DEL MARCHITAMIENTO DE LAS EPS EN EL MARCO DE LA REFORMA A LA SALUD

El 2023 inició con una agenda legislativa apretada, dadas las reformas planteadas por el gobierno ante el Congreso. La llegada de la nueva administración supone grandes cambios en los ámbitos laborales, pensionales y en términos de salud. En lo que respecta al último punto, se presentó formalmente la reforma ante el Congreso el 13 de febrero y tiene como eje fundamental la atención primaria en salud, por medio de los Centros de Atención Primaria (CAPS) como puerta de entrada al sistema, además de recuperación del manejo público de los recursos y un marchitamiento paulatino de las aseguradoras (EPS) a través del cambio de sus funciones.

Por esta razón, el pasado viernes 9 de junio junto con ACEMI, la ANDI, la Universidad EAFIT y la Universidad de Medellín, reunimos en un seminario a expertos, académicos y congresistas para debatir alrededor de la reforma, puntualmente en dos temas que nos preocupan: aseguramiento y sostenibilidad financiera. En particular, este *Informe Semanal* enfoca el análisis hacia los posibles impactos del marchitamiento de las EPS en el marco de estas propuestas.

Junio 16 de 2023

¿Qué opinan los expertos de la Reforma a la Salud?

El seminario estuvo dividido en dos partes: la primera constó de cuatro presentaciones, y la segunda sección se compuso de dos paneles de discusión, uno político y otro técnico, para poder abarcar todas las visiones en torno a la reforma.

Las presentaciones fueron lideradas por el viceministro de Protección social Luis Alberto Martínez, el presidente de ANIF Mauricio Santa María; Jesús Botero, vicerrector de extensión de la Universidad de Medellín; el director técnico de la CARF, Andrés Velasco; y Wilson Mayorga, gerente de actuaría y riesgos de Numeris. En este espacio se mostraron los principales resultados que ha tenido el sistema de salud actual en términos del flujo y suficiencia de recursos, indicadores en salud, sostenibilidad fiscal, entre otros temas.

Con el contexto mencionado por los expositores, se dio paso al primer panel, donde participaron los congresistas Julia Miranda, Andrés Forero y Clara López en torno a temas clave como lo son la modificación desde cero del sistema de salud, la financiación de la reforma, el proceso de transición que se plantea en la misma y el cambio de funciones de las EPS a las Gestoras de Salud y Vida. En este punto, se destacaron los posibles retrocesos en salud que podría suponer la implementación de la reforma en cuanto a los temas financieros y de salud.

El segundo panel estuvo enfocado en un aspecto más técnico con expertos ampliamente conocidos en el sector: Augusto Galán, director de Así vamos

en salud; Diana Isabel Cárdenas, exviceministra de la Protección social; Gustavo Campillo, presidente de la Fundación Rasa; Denis Honorio Silva, vocero de pacientes Colombia; y Ramón Abel Castaño, consultor en temas de salud. Dentro de los asuntos que se trataron estaban los CAPS como puerta de entrada de la atención médica y sus principales implicaciones en los pacientes, teniendo en cuenta las limitaciones en talento humano e infraestructura. Además, se habló de las nuevas funciones de la ADRES y el impacto en el flujo de los recursos que tendría las limitaciones en la capacidad administrativa y logística que sugieren las nuevas responsabilidades.

Sistema de salud en Colombia: Un proceso de mejora continua durante las últimas décadas

El sistema de salud de Colombia antes de la Ley 100 se mostraba como un sistema excluyente. La baja cobertura en aseguramiento que llegaba apenas al 23.7% de la población, el elevado gasto de bolsillo que sobrepasaba el 40% y las demoras por parte de la red pública de servicios fueron los principales detonantes para adelantar una reforma estructural que se logró consolidar en 1993.

A partir de este cambio en el modelo de salud se evidenciaron avances significativos en términos de cobertura, gasto de bolsillo, atención y calidad en el servicio, que actualmente nos ponen dentro de los mejores sistemas de la región e incluso del mundo.

En cuanto a la cobertura, el país logró consolidar la afiliación de la población consiguiendo un ase-

Junio 16 de 2023

guramiento del 99.1% para marzo de este año, es decir, 51.5 millones de personas pueden acceder al sistema de salud. Este incremento en la cobertura se dio paralelamente en las zonas urbanas y rurales, sin distinción en la capacidad económica.

La segunda gran transformación del sistema se dio a partir del gasto de bolsillo. Frente a los niveles observados décadas atrás, en 2019 se ubicó en 14.9%, por debajo de la media de América Latina del 38.6% e incluso por debajo del promedio de los países de la OCDE (19.2%). En esta misma línea, podemos ver que, según la Encuesta de Calidad de Vida (ECV), para 1997 la falta de dinero era la primera causa de no recibir o solicitar atención médica, situación que cambió para 2021, cuando pasó a ocupar el cuarto lugar, puesto que la respuesta más repetida fue que se trataba de un caso leve. Estos resultados dan cuenta que el sistema está volcado al bienestar de los usuarios.

En cuanto al acceso del servicio es importante evaluar la atención tanto preventiva como clínica. El indicador de consultas por prevención ha aumentado desde el año 1997, lo cual es muestra que el enfoque preventivo prevalece dentro de los afiliados, pero es necesario reforzar e impulsar. Con los datos del Estudio Nacional de Evaluación de los Servicios de las EPS del 2022 desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), se tiene que el 90% de las personas afiliadas al sistema consideran que pueden acceder a servicios como hospitalizaciones, urgencias, consultas médicas, exámenes y terapias, esto sin mostrar brechas significativas entre ambos regímenes.

Ahora, en lo que respecta a la calidad, la encuesta del MSPS registra que el 65% de los usuarios calificaron su experiencia como buena o muy buena, y tan solo el 10% reportó problemas para acceder a los servicios de salud, nuevamente, sin diferencia entre regímenes. Al revisar la calidad por tipo de servicio prestado¹ con los datos de La Gran Encuesta del Sistema de Salud en Colombia realizada por la ANDI e Invamer, se obtienen los mismos resultados, con un promedio de 88.5% de respuestas con atención buena o aceptable entre los procedimientos mencionados.

Así las cosas, el sistema de salud pasó de tener una baja cobertura, alto gasto de bolsillo y bajos resultados en su desempeño, a ser un sistema con aseguramiento universal, con uno de los niveles más bajos de gasto de bolsillo en el mundo, y con un incremento notable en calidad y resultados en salud. Ha superado grandes pruebas como lo fue la pandemia por COVID19 y ha demostrado una capacidad de adaptación y mejora continua para atender las necesidades de salud de los colombianos.

Si bien los avances que se han tenido son evidentes, aún persisten problemáticas que son necesarias de resolver. Continúa el reto de conseguir la sostenibilidad del sistema en un escenario de bono demográfico, con el aumento de expectativa de vida, lo que se traduce en mayores tasas de incidencia de enfermedades que se van adquiriendo con la edad, además de una persistente informalidad laboral. A esto se le suman las brechas del servicio en zonas alejadas frente a los centros urbanos que tienen mejores condiciones y menos dificultad de acceso.

¹ Cirugías, exámenes médicos, hospitalización, consultas de medicina general, prescripción y entrega de medicamentos y urgencias.

Junio 16 de 2023

Posibles impactos de la eliminación de las aseguradoras (EPS) en el marco de la reforma

Ahora bien, el gobierno considera que es necesaria una reforma a la salud. La propuesta pretende refundar el sistema de salud, en vez de mejorar sobre lo construido. Se ha hecho énfasis en la eliminación del espíritu “transaccional” y propender por un sistema con acceso universal, que tenga la capacidad de llegar a las regiones más remotas del país y que se enfoque en la cooperación y no la competencia de los prestadores como elemento central.

Así las cosas, esta sección se dedica a explicar cuáles serían los posibles impactos de la eliminación de los aseguradores en el sistema en el marco del Proyecto de Ley 339. Dentro de los temas a tratar tenemos los efectos sobre financiación y sostenibilidad, competencias territoriales, costo para los usuarios, y talento humano y productividad.

• Flujo de recursos y sostenibilidad del sistema

Los recursos del sistema en su mayoría son administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema de Salud – ADRES, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro de este flujo hay una cadena de agentes que cumplen roles específicos. Las fuentes del aseguramiento provienen del Presupuesto General de la Nación (PGN), las cotizaciones, el SOAT, las Cajas de compensación, las Entidades Territoriales y Sistema General de Participaciones (SGP). Más del 90% de los recursos son para cubrir el aseguramiento de

ambos regímenes y presupuestos máximos (para servicios y tecnologías fuera del PBS). Por otro lado, de estas mismas fuentes se destinan recursos para la prestación de servicios, salud pública y eventos catastróficos (ver Gráfico 1). Las EPS son quienes pagan a los prestadores (IPS públicas y privadas) dependiendo de las relaciones contractuales para garantizar el cubrimiento de las necesidades de sus afiliados.

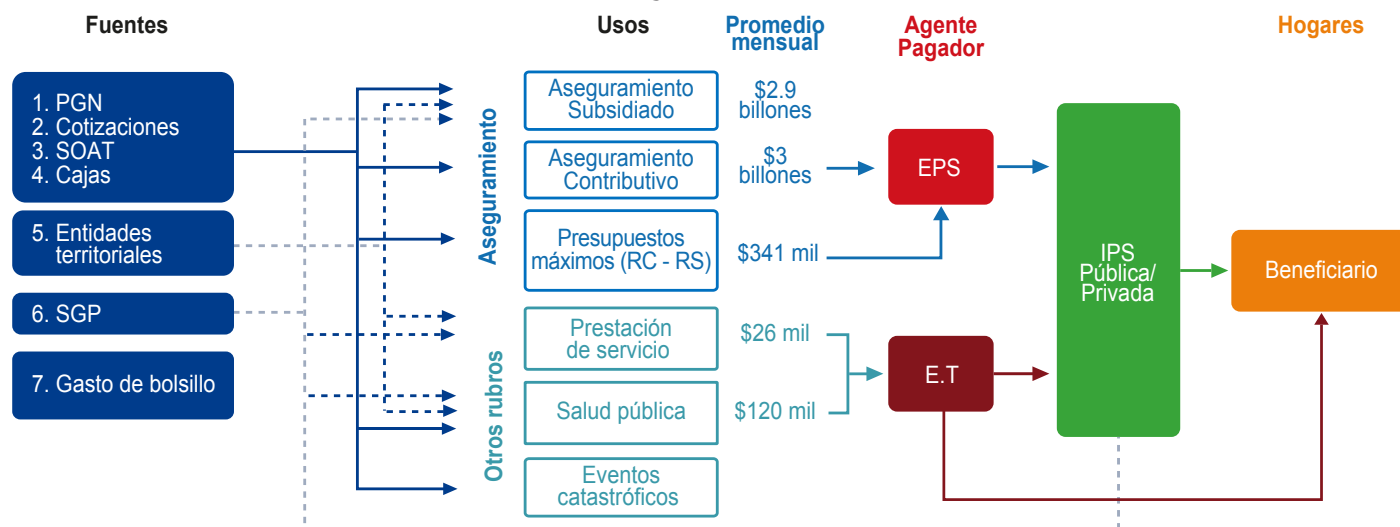
El valor del aseguramiento se enmarca en la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que financia el plan de beneficios que incluye servicios, medicamentos y tecnologías en salud. Este monto se calcula técnicamente y se diferencia según las características de la población.

Así las cosas, la ADRES es quien reúne todos los recursos del aseguramiento y, distribuye más de \$ 6 billones mensuales para las EPS. Para el caso del régimen subsidiado la entidad hace una liquidación mensual de afiliados en los primeros cinco días del mes y para el régimen contributivo, una vez por semana. A su vez, hace la compensación, e incluso desde el año pasado los recursos de los operadores de PILA llegan directamente a las cuentas de la ADRES. Esta compensación es un mecanismo con el cual liquida y reconoce a las EPS la UPC y los recursos del pago de incapacidades, además de las actividades de promoción y prevención.

Las EPS son las encargadas de coordinar y administrar los riesgos financieros y de salud para todos los agentes del sistema. La experticia y el *Know How* que han adquirido los aseguradores, en términos

Junio 16 de 2023

Gráfico 1. Fuentes y usos del sistema de salud



Fuente: elaboración ANIF.

de manejar, controlar, gestionar las cohortes, los programas de riesgo, las diferencias en los perfiles y la cadena logística para atender usuarios y pacientes no es algo que se adquiere de un día para otro. En ese sentido, si la reforma finalmente elimina el rol de las EPS, los términos del modelo de transición tienen que ser muy claros, sobre todo en enfermedades de alto costo (como el cáncer, VIH, entre otros), que tienen un tratamiento que no se puede interrumpir y que implican en la mayoría de los casos múltiples prestadores de servicios. Lo que más pone en riesgo la reforma es esa gestión individual de cada paciente.

En este punto es importante destacar la preocupación que tenemos en torno al aseguramiento, pues la reforma plantea que la UPC se establezca como un valor de referencia para evaluar el gas-

to estimado por afiliado, pero no como un valor equivalente del aseguramiento en salud. Esta modificación implica un cambio fundamental en los incentivos entre los agentes. De esa forma se está pasando de un sistema de aseguramiento, donde está en el centro la gestión integral del riesgo, a un sistema de administración delegada, similar al esquema de recobros, que fueron el centro de la presión financiera para el sistema hace unos años. Esto lo que supone es un desfinanciamiento más alto de la prestación de los servicios, al considerar que de 2007 a 2018 se registró un crecimiento real de la UPC promedio por encima del 92%, mientras que los recobros aumentaron cerca de un 850% para el mismo periodo de tiempo. Es decir, que, mientras en un esquema de aseguramiento se alinean los incentivos para prestar servicios de manera sostenible (incluyendo la igualación de la

Junio 16 de 2023

UPC de ambos regímenes), un esquema de administración, como los recobros, rompe la lógica de gestión de riesgo y genera mayor presión financiera para el Estado.

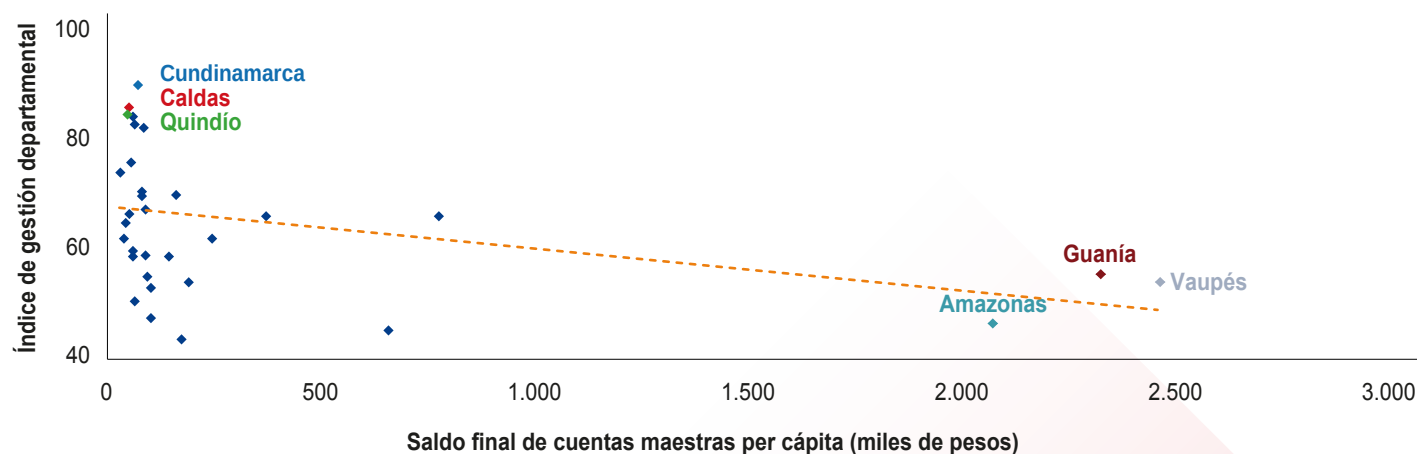
• Competencias territoriales

En términos del aseguramiento, cada departamento debe ejercer la vigilancia y control. En cuanto a los municipios, estos deben financiar y cofinanciar la afiliación de la población vulnerable y pobre al régimen subsidiado, y ejecutar eficientemente los recursos. De manera paralela, promover la afiliación de personas con capacidad de pago al contributivo y evitar la evasión y la elusión.

En este sentido, con el fin de ejercer un control y seguimiento adecuado a los recursos, se establece

el mecanismo de cuenta maestra, el cual garantiza una correcta destinación de los recursos según lo previsto en la ley. Cuando se revisan los saldos de las cuentas maestras per cápita en el primer semestre del 2022, se puede notar que los territorios más apartados son aquellos que tienen un monto mayor de saldo, lo cual muestra la baja capacidad de ejecución frente a temas de salud. Si se relaciona estos saldos con el índice de gestión de recursos departamental el resultado es contundente: los departamentos que terminan con montos más altos al final de la vigencia son aquellos que tienen los puntajes más bajos en el índice de gestión departamental, es decir, Vaupés, Guainía y Amazonas. Por otro lado, son Cundinamarca, Caldas y Quindío los que tienen mejores resultados en la gestión de recursos y menores saldos finales en las cuentas maestras, como se muestra en el Gráfico 2.

Gráfico 2. Comparación de la ejecución de las cuentas maestras per cápita y gestión de recursos departamental (saldo final de las cuentas maestras y el índice de gestión, ene – jun 2022 y 2021)



Fuente: elaboración ANIF con base en Cuentas Maestras.

Junio 16 de 2023

Visto así, una de las preocupaciones más grandes con respecto a la posible reforma es la capacidad disímil que tienen los territorios, sobre todo si se trata de recursos tan cuantiosos y de los que depende la prestación de los servicios de salud para los colombianos.

• Costos para los usuarios: gasto de bolsillo y tiempos de espera

Uno de los grandes avances que ha tenido el sistema de salud colombiano es el nivel de gasto de bolsillo. Cuando se compara el gasto actual frente a los resultados del sistema previo, con la situación actual de América Latina e incluso comparado con países OCDE, el sistema de salud del país se encuentra entre los mejores en esta dimensión.

Con datos de la Cuenta Satélite de Salud del DANE para el 2021, los gastos no cubiertos por el sistema ascendieron a un monto de \$3,48 billones de pesos (\$ 68.000 per cápita). Si se generan escenarios donde el gasto de bolsillo colombiano tuviera el promedio de la OCDE, este monto ascendería a \$ 4.5 billones (\$87.700 per cápita) y a \$ 9 billones (\$ 176.400 per cápita) teniendo en cuenta el promedio de Latinoamérica. Por su parte, el escenario más fatalista se encontraría si volviéramos a los niveles que teníamos previos a la Ley 100, alcanzando \$ 10.2 billones (\$ 199.600 per cápita), con lo cual casi que se triplicaría el gasto de bolsillo comparado con el actual.

El hecho de no garantizar el aseguramiento podría significar poner el riesgo la prestación de servicios de salud de millones de personas, en particular de las poblaciones más vulnerables. En ese sentido, en ANIF quisimos estimar otro escenario en el que se duplicara el gasto de bolsillo, por falta de recursos para el aseguramiento. Con datos de 2021, la pobreza monetaria a nivel nacional podría aumentar en 1.5pp adicionales, es decir, en casi 750.000 personas, mientras que la indigencia 1.1pp, lo que significan 500.000 personas más debajo de esta línea (ver Gráfico 3).

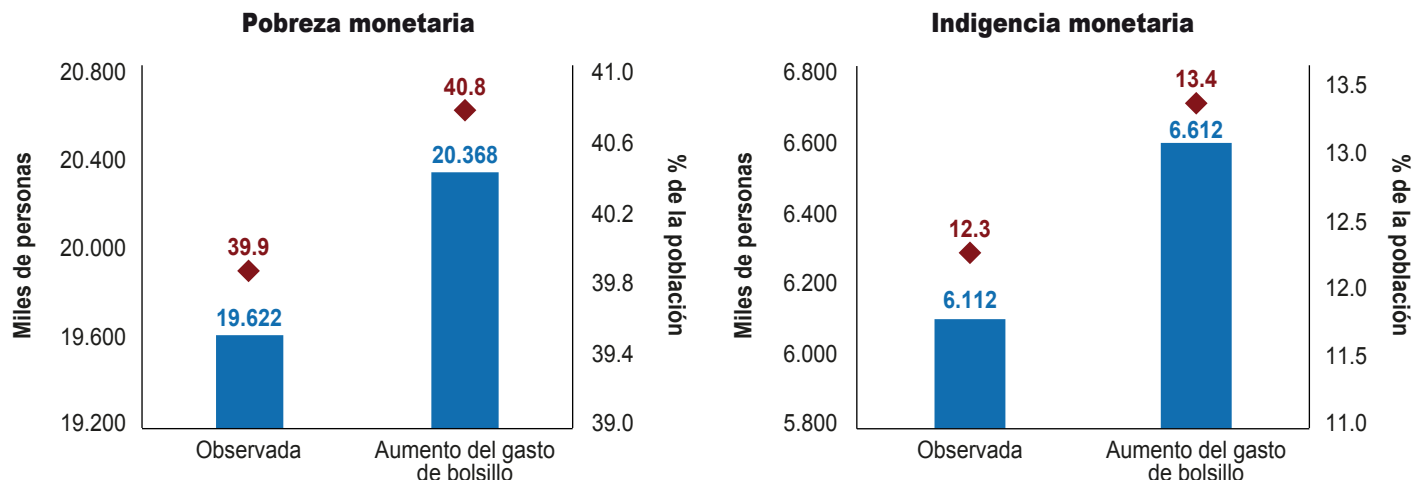
Por otro lado, si se evalúa el índice de pobreza multidimensional (IPM) de 2022, en el escenario extremo en donde la totalidad de la población se queda sin aseguramiento², este indicador aumentaría 16.3 puntos, incluso por encima de 2020 cuando se situó en 18.1, año en donde la pandemia acentuó la pobreza y desigualdad, como se observa en el Gráfico 4. De igual forma, si se asume que solo las personas que tienen planes voluntarios continúen aseguradas, el IPM se ubicaría en 27.4 puntos, recordando que tan solo el 10.7% de la población (4.7 millones de personas) actualmente tienen contratado algún tipo de plan voluntario. Con lo anterior, resaltamos una vez más la preocupación de la eliminación de las EPS y con eso el declive del modelo de aseguramiento como lo conocemos ahora.

Adicional al gasto de bolsillo, vemos con especial preocupación los tiempos de espera pues existe la posibilidad de un rápido deterioro, ante cualquier intento de

² La eliminación del modelo de aseguramiento supone la eliminación del concepto de cobertura.

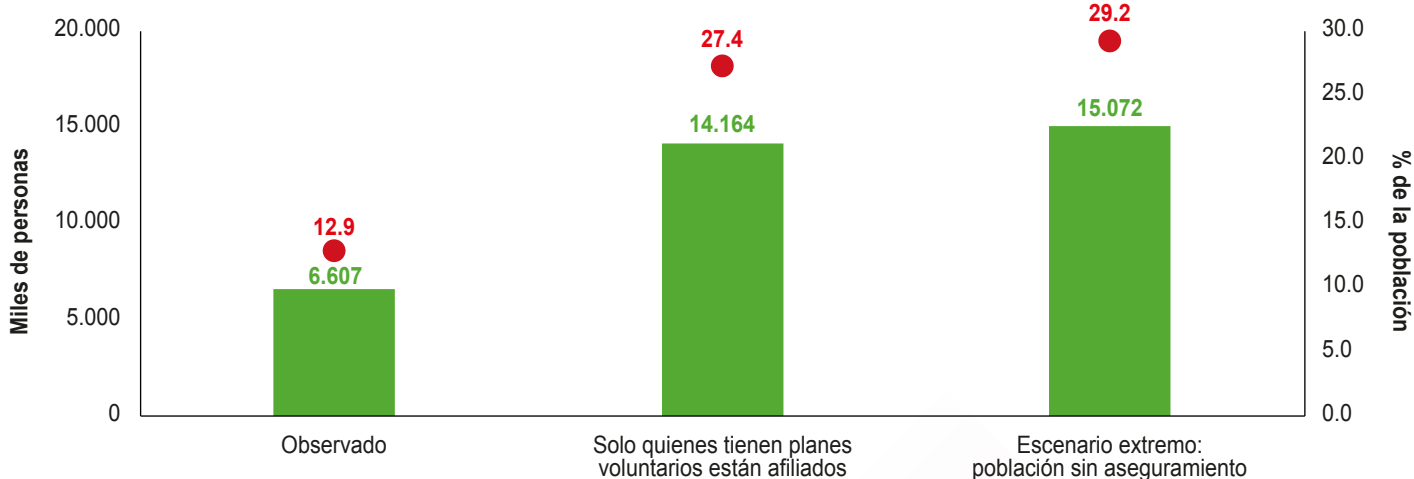
Junio 16 de 2023

**Gráfico 3. Escenarios ante aumento del gasto de bolsillo
(miles de personas y % de la población, 2021)**



Fuente: elaboración ANIF con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

**Gráfico 4. Índice de pobreza multidimensional (IPM) sin aseguramiento en salud
(miles de personas y % de la población, 2022)**



Fuente: elaboración ANIF con base en Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) – DANE.

modificación sin un proceso adecuado. Actualmente Colombia tiene, de lejos, los mejores tiempos de espera para cirugía de cataratas y de reemplazo de ca-

dera (26.2 y 28.2 días promedio de espera, respectivamente). Ahora bien, el Gobierno Nacional tiene como referencia el sistema de salud costarricense, sin em-

Junio 16 de 2023

bargo, este país se destaca por elevados tiempos de espera, casi diez veces mayor a los plazos del sistema colombiano (cataratas 272 días promedio de espera y reemplazo de cadera 207 días), generando afectación directa en la salud de su población.

• Talento humano y productividad

En este tema, hay una señal de alerta sobre la capacidad del Estado, en todos sus niveles, de asumir la carga laboral que actualmente se encuentra repartida entre los distintos agentes que componen el sector de la salud. Si se revisa la densidad de médicos y enfermeros del país comparado con el de sus pares de la región y con la OCDE, vemos que México, Argentina y Colombia son los únicos países que cuentan con un mayor número de médicos que de enfermeros. Para el caso de nosotros, la tasa de enfermeros por cada mil habitantes es la más baja con 1.3%, 7pp menos que el promedio de la OCDE y un poco más de 3pp por debajo del promedio de Latinoamérica.

Según las cifras del Ministerio de Salud³, en el 2020 se contaba cerca de 810,000 personas ligadas al sistema de salud de Colombia, un volumen nada despreciable del mercado laboral (una participación del 4.3% en el total de ocupados) y que, con la reforma, no se tiene claridad sobre quién asumiría las responsabilidades de empleador.

Así las cosas, se debe manejar con especial cuidado el capital humano del sistema. La inestabilidad

laboral del personal puede generar una crisis profunda en el sistema, en la prestación de los servicios y en una última instancia, en la calidad de la prestación de servicios hacia los pacientes. Si tenemos en cuenta indicadores del talento humano en salud, se observa que los trabajadores se encuentran satisfechos con el trabajo que desempeña y con el contrato actual en todos los niveles de formación, pero señalan una baja satisfacción con respecto a la estabilidad del empleo.

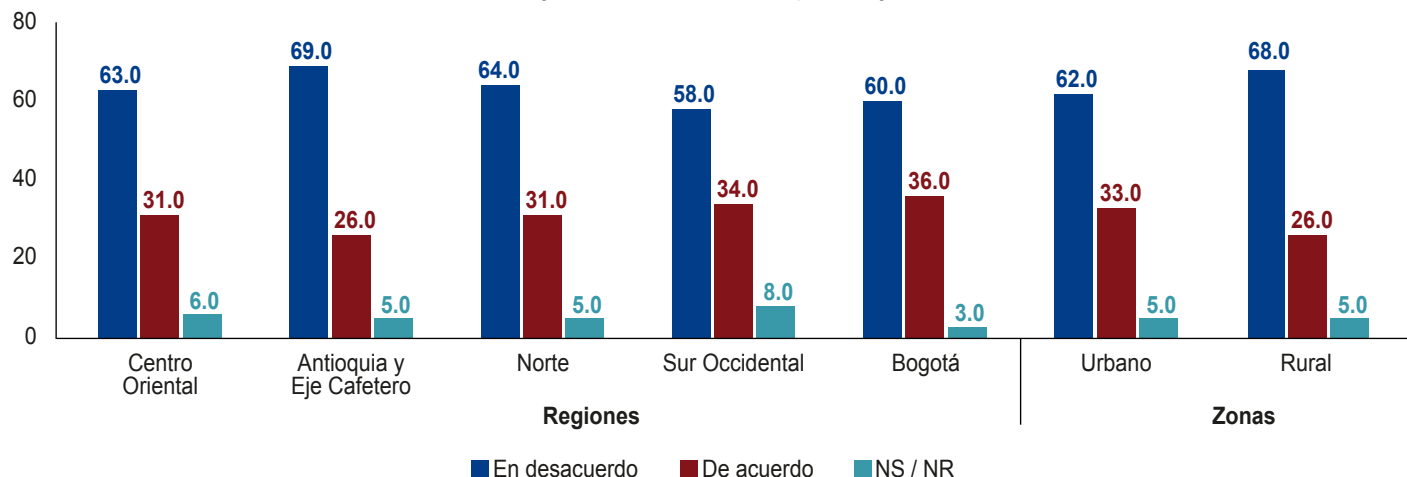
Comparación internacional y percepción de los usuarios

Si se evalúan rankings mundiales de salud, vemos que Colombia siempre sobresale. En el estudio que hizo The Economist para 2022, dentro de las 40 economías que se analizaron, el país se ubicó en la posición 22, al considerar la integración de las políticas en salud enfocadas a los determinantes sociales de la salud. En la publicación de The Lancet, Colombia se situó en el puesto 23 por su dinámica frente al acceso y calidad médica, desagregando por grupos etarios. Si se revisa el GHS Index, el cual evalúa la capacidad de respuesta ante una pandemia o epidemia, nuevamente se observa que nuestro sistema está mucho mejor posicionado que demás países la región, al ocupar el puesto 38 en el mundo. Por su parte, en el CEO World, Colombia se sitúa en el puesto 16 de 35 países. Este ranking califica los sistemas de salud por cinco aspectos fundamentales como lo son la infraestructura, el talento humano, los costos financieros, los medicamentos y la gobernanza.

³ OTHS, MSPS.

Junio 16 de 2023

Gráfico 5. ¿Está de acuerdo o no con la eliminación de las EPS?
(% de encuestados, 2023)



Fuente: elaboración ANIF con datos de La Gran encuesta del Sistema de Salud en Colombia, ANDI e Invamer, 2023.

En términos de percepción de los usuarios, los datos de La Gran Encuesta del Sistema de Salud en Colombia muestran que cerca del 70% de los encuestados creen que el sistema de salud actual debe tener permanecer igual o tener algunos ajustes, mientras que el 32% considera que debe cambiar totalmente. Por otro lado, a la pregunta *¿está usted de acuerdo o en desacuerdo con la eliminación de las EPS y que su función sea ejecutada por una entidad pública únicamente?*, el 63% de los encuestados contestaron que están en desacuerdo, donde se destaca la región de Antioquia y Eje Cafetero (69%) y las zonas rurales (68%), como se muestra en el Gráfico 5.

Así las cosas, lo que se demuestra es que realmente el sistema de salud es de los mejores del mundo, con falencias que se pueden resolver sin la necesi-

dad de implementar una reforma que modifique en su totalidad el funcionamiento. Los usuarios también reconocen las debilidades de las EPS, pero consideran que no es necesaria su eliminación para un correcto funcionamiento dentro del sistema.

Conclusiones

El aumento en la cobertura, la disminución en el gasto de bolsillo, la igualación entre la UPC de ambos regímenes, los mejores resultados atención y calidad, son mejoras evidentes que se han logrado en los últimos 30 años, y se han dado de la mano del aseguramiento, lo que se traduce en la funcionalidad de las EPS. Bajo este marco, los aseguradores deben seguir propendiendo por la mejora en cuanto al cierre de brechas territoriales y resultados en

Junio 16 de 2023

atención de prevención y promoción, para fortalecer de manera integral la atención en salud.

La posible eliminación del rol de las EPS, tal como ha planteado el gobierno nacional, tendría impactos en el flujo de los recursos del sistema, en la correcta y eficaz prestación de los servicios y en el manejo de los riesgos financieros y de perfiles en salud. La capacidad institucional disímil de las regiones de Colombia pone en tela de juicio la rectoría territorial en salud que quiere dar el gobierno a las Entidades territoriales.

Por otra parte, una transición desordenada puede significar presiones fiscales para el gobierno que son insostenibles en el corto y mediano plazo, sobre todo en un escenario de convulsión macroeconómica como el que vive hoy el país y el mundo. Además, la reforma puede tener un impacto directo sobre el bolsillo de los usuarios del sistema. Un aumento en

el gasto de salud para los hogares tiene efectos inmediatos en las cifras de pobreza y en el bienestar de los colombianos.

Otra de las preocupaciones más grandes está en la capacidad estatal de sostener al talento humano en salud, y pese a la Política de Formación en educación superior para estos trabajadores, aún no se sabe cómo se gestionarán estos recursos.

Así las cosas, la atención primaria, la promoción y prevención son relevantes dentro del sistema de salud, pero llevarlo a cabo sin ningún tipo de organización podría retroceder los indicadores clave y poner en duda la calidad, oportunidad y costo de la prestación de los servicios, como plasmamos anteriormente. Esto al final puede terminar perjudicando a los más vulnerables, poniendo en riesgo el acceso equitativo de la población, puntualmente a los más pobres y enfermos.

Junio 16 de 2023

INDICADORES ECONÓMICOS

\$MM(1) CAMBIO PORCENTUAL ANUAL

		26 mayo 2023	A la última fecha	Un mes atrás	Tres meses atrás	Un año atrás
1. Medios de pago (M1)		170.377	-5.8	-4.0	-3.3	9.1
2. Base monetaria (B)		138.219	-1.8	-2.6	4.8	12.9
3. Efectivo		101.443	-2.3	-0.5	2.7	11.4
4. Cuentas corrientes		68.935	-10.5	-8.6	-11.1	6.2
5. Cuasidineros		536.127	14.7	13.7	22.3	14.1
6. Total ahorro bancos comerciales		262.011	-9.5	-11.4	-0.7	13.0
7. CDTs		274.116	54.0	56.6	64.2	15.9
8. Bonos		30.995	-12.2	-10.0	-9.4	5.5
9. M3		758.207	7.7	8.9	13.2	12.4
10. Cartera total		622.228	10.5	11.5	15.4	16.8
11. Cartera moneda legal		602.299	10.2	11.2	15.2	17.5
12. Cartera moneda extranjera		19.929	18.3	22.7	22.6	-3.7
13. TES ⁽²⁾		475.148	13.9	10.8	10.4	13.4
14. I.P.C.	May		12.36	12.82	13.28	9.07
15. IPC sin alimentos	May		11.59	11.51	10.86	6.50
16. IPC de alimentos	May		15.66	18.47	24.14	21.60
17. TRM (\$/US\$)	Jun16	4.164.66	6.13	9.63	26.04	6.24

VALORES ABSOLUTOS

18. Reservas internacionales ⁽³⁾			57.584	58.004	57.349	57.629
19. Saldo de TES (\$MM)			475.148	466.269	453.052	417.201
20. Unidad de Valor Real (UVR)	Jun16	\$ 347.4619	\$ 344.8098	\$ 335.7492		308.02
21. DTF efectiva anual	Jun12 - Jun18		13.01	12.65	13.49	7.45
22. Tasa interbancaria efectiva	Jun13		13.26	13.26	12.65	6.03

FECHAS CLAVE

Junio 19 al 23 de 2023

LUNES 19

COL: festivo.
EE.UU: festivo por día de la emancipación.
Nueva Zelanda: Encuesta de consumo, segundo trimestre.

MARTES 20

COL: Indicador de seguimiento a la economía (ISE), abril.
EE.UU: cambio de nuevas viviendas y permisos para la construcción, mayo.
China: Decisión de política monetaria del PoCB.
Alemania: Índice de precios de producción, mayo.
Japón: Producción industrial, abril.
Japón: Minutas del BoJ.

MIÉRCOLES 21

COL: importaciones, abril.
COL: Índice de costos del transporte de carga por carretera (ICTC), mayo.
Reino Unido: Índice de precios al consumidor (IPC), mayo.
Canadá: ventas minoristas, abril.
Nueva Zelanda: Balanza comercial, mayo.

JUEVES 22

COL: PIB Bogotá D.C., primer trimestre.
Reino Unido: Decisión de política monetaria del BoE.
EE.UU: Peticiones iniciales de desempleo, junio.
EE.UU: venta de viviendas existentes, mayo.
Japón: Índice de precios al consumidor, mayo.

VIERNES 23

COL: estadísticas vitales de nacimientos y defunciones, primer trimestre.
EE.UU: PMI manufacturero, de servicios y compuesto, junio.
U.E: PMI manufacturero, de servicios y compuesto, junio.
Reino Unido: ventas minoristas, mayo.

(1) Miles de millones de pesos. (2) Saldo TES del sector público. (3) Millones de dólares.
Fuente: cálculos ANIF con base en el Banco de la República.