

Crisis del sector salud en Colombia perspectivas administrativas y financieras

Ana Yusely Torres Ospina

Asesor

Sandy Sindney Torres Silva

Universidad Nacional Abierta y a Distancia- UNAD

Escuela de Ciencias Administrativas, Contables, Económicas y de Negocios ECACEN

Maestría en Gestión Financiera

2025

Nota de aceptación

Firma Jurados

Jurado 1

Jurado 2

Dedicatoria

A mi madre Nancy Ospina, trabajadora incansable en sus labores de enfermería y al Doctor Fabio Cortés, docente e investigador de Medicina en la Universidad Nacional de Colombia, gracias por la inspiración vocacional y su apoyo incondicional durante este tiempo de trabajo y estudio.

A Eduardo Gelves, por las tertulias sobre la materia y por recordarme que el cielo nunca se cierra.

A mi familia, amigos, compañeros de trabajo y estudio quienes me han motivado y han estado presentes, durante mi historia de vida como persona, profesional, estudiante, ciudadana y paciente.

La salud es lo más cercano a la vida, por ello lo que sano en mí lo sano en mi entorno y lo que sana en mi entorno sana en mí, es por esto que sanar no puede ser un bien transable, negociable y canjeable, sino una condición inherente al bien del ser humano y al bien social.

Anhelos, acciones, y Fe.

Agradecimientos

Agradezco a Dios primero por la oportunidad de existir cada día y la gracia de la vida, así mismo, por la inspiración y dedicación permitida para la realización de este trabajo, que se ha presentado como un reto académico, profesional y personal, de consolidar diferentes puntos de vista que permiten comprender la situación de crisis del sector salud de los colombianos, en el que confluyen los aportes de varios autores estudiosos del tema, así como de trabajadores que se desempeñan en el ámbito técnico del sector salud.

A las diferentes personas con quienes hemos podido dilucidar e interpretar diferentes puntos de vista, me han ayudado a tener un mayor entendimiento de la situación descrita.

Agradezco también a mis compañeros y docentes de maestría, especialmente a mi asesora de trabajo de grado Doctora Sandy Torres, por el tiempo dedicado, su inteligencia, compromiso, paciencia, comprensión y acompañamiento para desarrollar este documento y a la Doctora Angela Melo, por su liderazgo, por enseñarme del amor, la bondad y tenacidad, de principio a fin durante todo este proceso académico y profesional.

Resumen

La crisis financiera actual del SGSSS incorporado en Colombia durante el periodo 1993-2024, representa un declive del sector salud en todos sus ámbitos, dadas sus debilidades en la implementación y aplicación normativa por parte de todos los actores, las cuales ocasionaron problemas e incorrecciones estructurales en la administración de los recursos públicos y su gestión financiera, las cuales deben ser corregidas e intervenidas a fin de garantizar el derecho a la salud de los colombianos. El desarrollo se basa en la consolidación de argumentos, supuestos teóricos asociados a la administración y al análisis financiero, que permitan construir perspectivas administrativas y financieras de la problemática, a partir de una revisión bibliográfica y documental de material con contenido financiero, teórico, analítico, técnico, normativo y periodístico, en los cuales se encontrarán diferentes elementos que posibiliten la descripción y comprensión despolitizada de este fenómeno y sus aspectos más críticos. Se dará cuenta de las limitaciones y fallas de cada uno de los actores del SGSSS, especialmente de las EPS y del Estado, teniendo esto claro, poder dilucidar como eje de la discusión, si los planteamientos de la propuesta de reforma a la salud del Gobierno de Gustavo Petro son las medidas de intervención que se requieren para resolver la crisis financiera o si por el contrario podrían empeorarla, así mismo, se sugerirán orientaciones para tratar el problema.

Palabras Clave: Finanzas, Colombia, Salud, Reforma, EPS.

Abstract

The current financial crisis of the SGSSS incorporated in Colombia during the period 1993-2024, represents a decline of the health sector in all its areas, given its weaknesses in the implementation and normative application by all the actors, which caused structural problems and incorrectness in the administration of public resources and its financial management, which must be corrected and intervened in order to guarantee the right to health of Colombians. The development is based on the consolidation of arguments, theoretical assumptions associated to administration and financial analysis, which allow building administrative and financial perspectives of the problem, from a bibliographic and documentary review of material with financial, theoretical, analytical, technical, regulatory and journalistic content, in which different elements will be found to enable the description and depoliticized understanding of this phenomenon and its most critical aspects. The limitations and failures of each one of the actors of the SGSSS, especially of the EPS and the State, will be explained in order to elucidate, as the axis of the discussion, whether the proposals of the health reform proposal of Gustavo Petro's government are the intervention measures required to solve the financial crisis or whether, on the contrary, they could worsen it, as well as to suggest orientations to deal with the problem.

Keywords: Finance, Colombia, Health, Reform, EPS.

Contenido

Introducción	10
Justificación.....	11
Descripción y Formulación del Problema.....	14
Hipótesis	19
Objetivos	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos.....	22
Marco de Referencia	23
Marco Conceptual.....	23
Marco Contextual- Antecedentes Sobre la Crisis	34
Marco Legal	38
Marco Metodológico.....	45
Perspectivas administrativas de la crisis del SGSSS	49
Perspectivas financieras de la crisis del SGSSS	75
Análisis de la propuesta de la reforma a la salud planteada durante el gobierno del presidente Gustavo Petro como medida de intervención al SGSSS	120
Conclusiones	150
Recomendaciones.....	157
Bibliografía	162

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Fallas Administrativas de los Actores del SGSSS</i>	19
Tabla 2 <i>Fallas Financieras de los Actores del SGSSS</i>	20

Lista de figuras

Figura 1 <i>Actores del SGSSS</i>	25
Figura 2 <i>Frecuencia de Tutelas por Fecha de Radicación</i>	59
Figura 3 <i>Indicadores de Gasto en Salud (2011-2020)</i>	78
Figura 4 <i>Cobertura Vs Gato de Bolsillo en Salud</i>	80
Figura 5 <i>Fuentes, Usos y Flujo de Recursos del SGSSS</i>	82
Figura 6 <i>Fuentes de Recursos del Sistema de Salud (% del PIB)</i>	84
Figura 7 <i>Usos de Recursos del Sistema de Salud</i>	86
Figura 8 <i>Valor de la UPC y Afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado</i>	88
Figura 9 <i>EPS Efecto Neto</i>	92
Figura 10 <i>Evolución Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado y Régimen de Inversión de la Reserva Técnica por Regímenes y Número de Afiliados EPS a Marzo de 2023</i>	94
Figura 11 <i>Esquema de funcionamiento del Acuerdo de Punto Final</i>	99
Figura 12 <i>Consolidado Giro Acuerdo Punto Final</i>	100
Figura 13 <i>Diez Principales Deudores Según Cartera en Mora (sin deterioro)</i>	103
Figura 14 <i>Rotación de Cartera Neta (Cartera Con Provisiones y Deterioro)</i>	104
Figura 15 <i>Inflexión del Flujo de Caja Final</i>	105
Figura 16 <i>Riesgos en el Sector Salud por Nuevo Dato de la UPC</i>	107
Figura 17 <i>Siniestralidad UPC</i>	111
Figura 18 <i>Giros Mensualizados Acuerdo de Punto Final</i>	115
Figura 19 <i>Composición del Presupuesto por Fuentes de Financiación (Nación y Propios) ...</i>	117
Figura 20 <i>Ejecución Presupuestal del Sector por Compromisos y Obligaciones Vigencia 2024</i>	118
Figura 21 <i>Comparativo de la Ejecución Acumulada 2018 a 2024</i>	119
Figura 22 <i>Senda del Gasto Usos del Sector</i>	129
Figura 23 <i>Atención En Salud, Demora en la Atención de Servicios a Pacientes</i>	144

Introducción

La salud es un derecho fundamental y un componente esencial para el desarrollo de una sociedad. En Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) fue implementado en 1993 mediante la Ley 100, con el propósito de garantizar acceso, calidad y equidad en los servicios de salud para toda la población. Sin embargo, con tres décadas de su creación, el sistema enfrenta la acentuación de una crisis financiera, derivada de años anteriores, con asuntos administrativos y regulatorios no resueltos, que amenazan la sostenibilidad de su operación y existencia, así como la garantía del derecho a la salud.

Este documento tiene como objetivo analizar desde una perspectiva administrativa y financiera las causas y de esta crisis, y las diferentes posibilidades de intervenir el problema, con especial énfasis en las medidas propuestas por el gobierno del presidente Gustavo Petro para reformar el sector salud. A través de una revisión exhaustiva de literatura, normatividad, análisis de datos y argumentos teóricos, se busca identificar los factores críticos que han contribuido al deterioro del sistema, evaluar la viabilidad de las propuestas de reforma y plantear orientaciones para su intervención.

En un contexto marcado por el debate político, los conflictos de interés entre actores públicos y privados, y la presión mediática, este análisis ofrece una visión técnica, objetiva y despolitizada. Este enfoque es esencial para entender la complejidad del problema, proponer soluciones prácticas y contribuir a una discusión informada que permita proteger uno de los derechos más fundamentales: la salud de los colombianos.

Justificación

La salud es derecho y un asunto de interés público, en el cual convergen los modelos políticos y económicos, materializados a través de decisiones fiscales que permiten la implementación, destinación y gestión de los recursos para determinados fines en la sociedad.

Para garantizar este derecho, bien social y servicio, durante el periodo 1993-2024 se implementó en Colombia el SGSSS, el cual actualmente, presenta una crisis financiera marcada por distintas posturas políticas que ocasionan fragmentaciones acerca de la realidad y complejidad del sector salud, máxime cuando se manifiestan en el escenario de la presión mediática, lo cual vanda las miradas y percepciones del discurso, que ineludiblemente impactan a la sociedad en general por cuanto es esta la que resiente la incertidumbre en la garantía de su derecho y la desmejora en la calidad y prestación de sus servicios de salud , razón por la que cobra importancia hacer una aproximación y construir perspectivas que procuren elementos técnicos e imparcialidad sobre el asunto, para lo que la consolidación de argumentos de autores y estudiosos en la materia, posibilitan la comprensión del fenómeno con mayor objetividad.

Al respecto, las perspectivas administrativas y financieras, como ejes característicos y articuladores de la problemática, en el contexto de las decisiones fiscales, regulatorias y de políticas públicas, permiten comprender de manera más completa y decantada la realidad del sector, ya que en este participan actores públicos y privados encargados de administrar y gestionar los recursos destinados para el aseguramiento de la salud cuyos avances, resultados y problemáticas al ser comprendidos financieramente, también posibilitan alternativas de solución e intervención adaptadas al contexto reformista del SGSSS, en el cual se enmarca la discusión.

Es por ello que, en un escenario caótico en el que se agudiza el conflicto con pérdida paulatina del control financiero, organizacional, institucional y político, para garantizar a los

colombianos el derecho a la salud por medio del aseguramiento de la prestación de servicios en condiciones de calidad y valía de los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad. Es necesario acudir a instrumentos de racionalización como las perspectivas administrativas y financieras que permitan comprender la realidad de una manera más clara y ordenada, para fundamentar criterios que permitan conocer diferentes puntos de vista del problema, de una manera parcial y despolitizada.

En el marco de las perspectivas administrativas, frente al uso eficiente de los recursos para garantizar el derecho a la salud de los colombianos, se deben evidenciar las debilidades e incorrecciones administrativas por parte de los distintos actores del Estado y por parte de las EPS, que mediante incumplimientos a la implementación normativa del modelo, ocasionaron problemas financieros acentuados progresiva y estructuralmente, hasta perder control de la información y de las cifras por lo que no se conoce con precisión la realidad del sector.

Dado lo anterior, las perspectivas financieras son inherentes a las administrativas, y se pueden interrelacionar además mediante argumentos y conceptos como son las fallas de información, fallas del mercado y las fallas del Estado, gestión financiera, cifras e indicadores, suficiencia del recurso, usos y fuentes, el costo en salud, los cuales permiten describir el fenómeno y resultado del modelo político y económico del SGSSS, adoptado e implementado por Colombia mediante normas como la Ley 100 de 1993, evidenciando los resultados en la actualidad.

Además, perspectivas del análisis financiero, se puede identificar y dar cuenta de las capacidades financieras en el sector, la gestión de recursos, las ventajas competitivas, la gestión del riesgo y la gestión de herramientas financieras y regulatorias para tener una visión más amplia, completa y clara de la problemática actual, donde la discusión es turbulenta y aún no es

suficiente; ya que son diversas las interpretaciones por parte de los diferentes actores con preponderancia discursiva de las EPS y el Estado pero falta mayor incursión de la academia y su rigor para la toma de decisiones en la intervención del SGSSS, sobre el cual se han planteado dos reformas durante el año 2024.

De este modo, la consolidación de los aportes técnicos y argumentativos enriquece la discusión y el análisis acerca de la crisis financiera del sector salud en Colombia, permitiendo establecer perspectivas despolitizadas y menos parcializadas, mediante explicaciones administrativas y financieras, que caracterizan la crisis actual del SGSSS, y sus impactos en la gestión de los recursos de la salud de los colombianos, cuya garantía del derecho hoy se encuentra en mayor riesgo.

Descripción y Formulación del Problema

Actualmente existe una crisis financiera del sector salud en Colombia agudizada día tras días por las diferentes limitaciones del Estado y las EPS como principales actores que forman el Sistema y que afectan la calidad, oportunidad y pertinencia de la prestación de los servicios de salud a los usuarios, quienes cada día resienten con mayor incertidumbre la garantía del Derecho a la Salud de los Colombianos.

Al respecto, existen diversas opiniones de expertos, de representantes de las organizaciones y agremiaciones, noticias periodísticas e información con diferentes datos y puntos de vista, los cuales reflejan una constante contradicción, en la que la que el Estado y las EPS, son dos orillas bastante separadas, en el planteamiento y defensa de sus intereses, dejando un ambiente económico, político y social turbulento frente a las interpretaciones de la situación real del sistema y las disputas por la implementación o no de una reforma, frente a la cual es importante tener en cuenta los antecedentes teórico prácticos de los efectos de la intervención estatal y advertir sobre sus efectos.

La más reciente contraposición de argumentos entre el Estado y las EPS, consiste en que, por parte del Estado, según un estudio denominado, “situación de cartera de 26 EPS con las IPS y proveedores de la red de prestadores de servicios de Salud con corte de octubre de 2023”, solo 5 de las 26 EPS que hoy existen, cumplen con los requisitos legales para operar, es decir que el 80% de las EPS no cumplen estos criterios, así como la mayoría de las EPS no han constituido debidamente las reservas técnicas. Las 5 que cumplen tienen 10,5 millones de los 52 millones de afiliados que tiene el sistema de salud. (Contraloría General de la República, 2024b).

Además, la deuda de las EPS con las IPS y los proveedores, las reservas técnicas y los pasivos administrativos asciende a 25 billones de pesos. De esa cifra hay 11,3 billones

correspondientes a deuda con las IPS. El resto, 13,7 billones, debería estar en las reservas técnicas; de esos recursos solo aparecen 1.3 billones de pesos en inversiones. Lo cual significa que hay 12,4 billones de pesos perdidos incumpliendo el régimen de inversiones de reservas técnicas, que exigen la inversión del ciento por ciento de los recursos, según el decreto 780 de 2016. (Contraloría General de la República, 2024b)

Por su parte las EPS, a través del vicepresidente técnico de Acemi, quien refirió en publicación de la revista Cambio, los ingresos que recibieron las EPS no alcanzaron para guardar los dineros de las reservas técnicas. (Jorge Restrepo, 2024) Además, el gremio esgrime reiteradamente que el Estado no ha girado de manera oportuna los recursos, así mismo, que lo girado de la UPC y los presupuestos máximos no son suficientes para atender a la población y que hay problemas en el cálculo pues se están estimando de manera inadecuada, argumentos a los que se unen políticos de la oposición como César Gaviria. (Semana, 2024)

Así mismo, la Contraloría General presentó en julio de 2024, otro documento, denominado “ Informe de resultados de la actuación especial de Fiscalización con enfoque Financiero sobre el uso y destino que las Eps dieron a los recursos públicos de la salud vigencia 2020” cuyos resultados y hallazgos han sido polémicos frente al rigor técnico y jurídico de los argumentos presentados por parte de la entidad, toda vez que van en contravía del esquema de aseguramiento en salud del SGSSS, y sus disposiciones normativas vigentes, e incluso sobre los términos de firmeza de los procesos de reconocimiento y giro de los recursos las cuales quedarán en firme transcurridos dos (2) años después de su realización y sobre los cuales no procederá reclamación alguna de las partes, pasado dicho plazo según el parágrafo del artículo 73 de la Ley 1753 de 2015.

Lo anterior toda vez que una de las afirmaciones expresadas en el documento refiere

que: La Contraloría General de la República, evidenció que durante la vigencia 2020, año de la pandemia, se presentó una disminución de las frecuencias de uso de los servicios de salud, razón por la cual se generaron excedentes financieros con base en los recursos de la UPC asignados para dicha vigencia, lo cuales debieron devolverse a la ADRES; lo anterior, en cumplimiento a la Resolución 1716 de 2019 (Contraloría General de la República et al., 2024) la cual en el párrafo de su artículo 4, remite al mencionado artículo 73 de la Ley 1753 de 2015 vigente hasta la fecha.

Respecto al documento, la Procuraduría realizó un pronunciamiento, haciendo referencia a las inconsistencias de carácter técnico, la falta de rigor procedimental de conformidad a la aplicación de los principios de auditoría y Guías para actuaciones especiales de Fiscalización en el marco de las normas ISSAI, también refiere que es errado el supuesto de que pudiera aplicar a las EPS el principio de anualidad, toda vez que resulta totalmente contrario al ejercicio de las funciones jurisdiccionales de la Superintendencia Nacional de Salud implementadas mediante la aplicación de la Circular 030 de 2013, en virtud de la cual se realizan procedimientos de aclaración de cartera, depuración de cuentas, pago de facturación por prestación de servicios, y recobros, y se han llevado a cabo estrategias importantes en el pasado como por ejemplo el del Acuerdo de Punto Final, que estableció un paquete de medidas para sanear las diferencias y deudas históricas que existían entre los agentes del Sistema General de Seguridad Social en Salud con ocasión de la prestación de servicios y tecnologías en salud (Procuraduría General de la Nación & Diana Margarita Ojeda Visbal, 2024)

Aun cuando a la fecha, este informe no ha superado el debate técnico y jurídico, ya que no se han dirimido las diferencias y la realidad sobre la pertinencia de los argumentos presentados por la Contraloría, este informe cobra relevancia en el contexto del escenario

político y la descripción de la problemática, ya que permite apalancar el discurso político sobre la necesidad de una reforma e intervención del Sector Salud, ya que por parte de la Superintendencia nacional de Salud y el Ministerio de Salud, esto fue un insumo importante del debate de control político del 17 de septiembre de 2024 al Ministro de Salud, (Senado de la República, 2024) para los argumentos esgrimidos por los jefes de estas instituciones y mayoría de senadores quienes plantean la necesidad de intervenir el sector a través de la reforma a la Salud, y cambiar el Estado de cosas actual, frente a la administración y uso de los recursos de la Salud por parte de las Eps.

Paralelamente por su parte, la Superintendencia Nacional de Salud ha realizado hasta la fecha la intervención administrativa y la toma de posesión con fines de administración de los recursos, de Emssanar en 2022, Savia Salud, Samet Salud y Famisanar en 2023 y de Sanitas, Nueva EPS, Servicio Occidental de Salud (SOS) y la EPS Familiar de Colombia durante el año 2024, estas intervenciones pretenden garantizar la continuidad de la prestación de los servicios y mejorar la estabilidad financiera de las Eps. Sin embargo, el histórico de intervenciones realizadas en el país no ha evidenciado ningún caso de éxito en el que se evite el declive de las EPS, como organizaciones y hasta llegar a su liquidación.

Así mismo, el Ministerio de Salud también ha desempeñado un rol importante en el escenario descrito, en el que su rol principal en este contexto ha correspondido al planteamiento y debate de las reformas a la salud en Colombia, presentando durante el Gobierno del presidente Gustavo Petro, dos propuestas, la primera como proyecto de Ley radicado ante el Congreso de la República el 13 de febrero de 2023 el cual no contó con la aprobación de las mayorías y la segunda conocida como Reforma a la Salud 2.0, y denominada como “Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida, Proyecto de ley "Por medio del

cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones"(Ministerio de Salud, 2024) cuya ponencia fue radicada ante la Cámara de Representantes el 29 de octubre de 2024 para su primer debate, en la que se mantiene lo planteado en la primera propuesta en materia de atención primaria, la promoción y prevención así como también el modelo de gestoras de Vida y Salud, que se ha venido implementado con algunas Eps, que se han pronunciado en acuerdo con migrar a este nuevo modelo de operación .

Por otro lado, vemos que la academia, la investigación y la política, se han quedado cortos en cuanto al aporte de perspectivas que permitan dar claridad al panorama y que posibiliten visualizar planteamientos y oportunidades de intervención, las cuales son necesarias ya que la salud es un asunto de interés público, en el que convergen los saberes técnicos y teóricos en torno a la manera en que se garantizan las necesidades y derechos de la sociedad, y que dan cuenta de un problema estructural y sistémico. Una muestra de esto, se evidencia en las discusiones politizadas frente a la incertidumbre financiera del sector, respecto a la cual existe un planteamiento reformista como único camino de solución, y en el que la defensa del interés económico y el protagonismo del Estado y de las EPS parecieran irreconciliables.

En razón a ello, surge la necesidad y oportunidad académica de compilar información teórica, científica, periodística, normativa y técnica, sobre el SGSSS para abordar este fenómeno de crisis, desde las perspectivas administrativa y financiera, aportando una comprensión más amplia, objetiva y despolitizada de la situación, que permita argumentos sobre la problemática y respecto a las intervenciones y propuesta de reforma a la salud planteadas por el gobierno del Presidente Gustavo Petro, así como también identificar otros caminos de posibles de solución a esta problemática.

Al respecto se identificó en los documentos que la mayoría de los problemas administrativos correspondientes a fallas del Estado y del mercado, han generado los diferentes problemas financieros que es importante resolver en el contexto crítico. Tales fallas serán explicadas en el documento y se relacionan a continuación:

Tabla 1

Fallas Administrativas de los Actores del SGSSS

Fallas Administrativas	
Fallas institucionales	Fallas del Mercado y de las EPS
Falta de rectoría, deficiencias en la planificación y coordinación	- Ineficiencia en la Administración de recursos
Burocracia Excesiva	- Problemas en la Coordinación y comunicación interinstitucional
Fallos de regulación e implementación	- Demoras en la prestación de servicios
Ineficiencia en la administración de recursos	- Negación y dilación de tratamientos
Desigualdad en el acceso y la calidad de la atención	- Escasez de personal médico y condiciones laborales desfavorables
Falta de transparencia y Corrupción	- Falta de capacitación y desarrollo humano, organizacional y tecnológico
Falta de programas de capacitación y desarrollo humano, organizacional y tecnológico para el fortalecimiento de la acción institucional	- Deficiencias en la supervisión control
Falta de rigor en la Inspección, Vigilancia y Control	- Riesgo de fraude y corrupción
Arquitectura organizacional	- Incremento de las quejas y tutelas
Contratación	- Contratación

Nota. Autoría Propia

En ambos casos es de impacto la suscripción, ejecución y seguimiento Contractual en sus diferentes modalidades (Cápita, evento, paquete, pago global prospectivo, modelo de riesgo compartido, promoción y prevención) así como también ambas partes generan incumplimientos y falta de implementación de la regulación

Tabla 2

Fallas Financieras de los Actores del SGSSS

Fallas Financieras

- Fuentes y Usos de los recursos
- Insuficiencia De la UPC- Sistema de costos en Salud
- Incumplimiento de indicadores
- Debilidades en la información financiera, falta de veracidad en los estados

Financieros

- Cartera y pasivos
 - Intervenciones financieras y liquidación de entidades
 - Perdidas al Estado y a los colombianos.
-

Nota. Autoría Propia

Hipótesis

La implementación de las medidas de intervención a la crisis del sector salud, debe contemplar la solución a los factores administrativos y financieros para que sea superada, sin embargo, la reforma propuesta por el gobierno del presidente Gustavo Petro cambia el modelo de prestación del servicio, mas no contribuye a la solución, ya que tiene una estructura con mayores limitaciones administrativas y financieras que las ya identificadas en el SGSSS implementado durante 1993 a 2024.

Pregunta

¿Cuáles son las medidas de intervención más efectivas para solucionar la crisis del sector salud en Colombia, considerando los factores administrativos y financieros, y en qué medida la reforma propuesta por el gobierno del presidente Gustavo Petro contribuye a resolverla?

Objetivos

Objetivo General

Analizar las medidas de intervención más efectivas para solucionar la crisis del sector salud en Colombia, considerando los factores administrativos y financieros, así como la propuesta de reforma presentada por el gobierno de Gustavo Petro.

Objetivos Específicos

Identificar los factores administrativos que han contribuido a la crisis del sector salud en Colombia.

Presentar los factores financieros determinantes de la crisis del sistema de salud.

Analizar si la reforma a la salud propuesta por el gobierno de Gustavo Petro soluciona las falencias administrativas y financieras.

Identificar y sugerir orientaciones para intervenir de manera integral el sector salud.

Marco de Referencia

Marco Conceptual

El sistema de salud en Colombia enfrenta una variedad de desafíos relacionados con la eficiencia, la sostenibilidad financiera y la equidad, las fallas de mercado, fallas de Estado y los problemas de información contribuyen a la crisis financiera del sistema, la cual ha sido abordada mediante múltiples reformas que buscan mejorar la cobertura y calidad de los servicios. A continuación, se presenta una descripción generalizada de cada uno de los términos clave para el desarrollo de este documento.

Sector Salud en Colombia: El sector salud en Colombia ha experimentado transformaciones significativas en las últimas décadas, desde la implementación de la Ley 100 de 1993 hasta las recientes propuestas de reforma. Esta ley estableció un sistema mixto, en el cual tanto entidades públicas como privadas prestan servicios de salud en un marco de aseguramiento universal y competencia regulada. La base de este modelo es el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que busca garantizar el acceso a los servicios de salud para todos los ciudadanos. (Yepes, 2010) Además, tiene los siguientes componentes en su estructura:

Financiamiento: Recursos económicos destinados a la salud, provenientes de fuentes públicas, privadas y mixtas.

Prestación de Servicios: Instituciones y profesionales que brindan atención médica.

Recursos Humanos: Personal de salud, como médicos, enfermeras, técnicos, entre otros.

Infraestructura y Tecnología: Instalaciones físicas y equipos médicos necesarios para la prestación de servicios.

Gobernanza y Legislación: Políticas, leyes y regulaciones que rigen el funcionamiento del sistema de salud.

Derecho a la Salud

La salud es reconocida como un derecho fundamental en Colombia, garantizado en la Constitución Política de 1991. La Corte Constitucional ha reiterado que este derecho debe ser garantizado con equidad, accesibilidad y calidad, especialmente para los grupos más vulnerables. Esto implica que el Estado tiene la responsabilidad de velar por que todas las personas tengan acceso a servicios de salud adecuados.

Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS es el eje del sistema de salud en Colombia, creado para lograr cobertura universal a través de un esquema de aseguramiento. Este sistema se articula en torno a dos regímenes: el Régimen Contributivo (para trabajadores formales y sus dependientes) y el Régimen Subsidiado (para la población vulnerable sin capacidad de pago). Las EPS (Entidades Promotoras de Salud) son las encargadas de administrar los recursos de estos regímenes y asegurar la prestación de servicios.(Guerrero et al., 2011)

Estructura Institucional y Actores del SGSSS

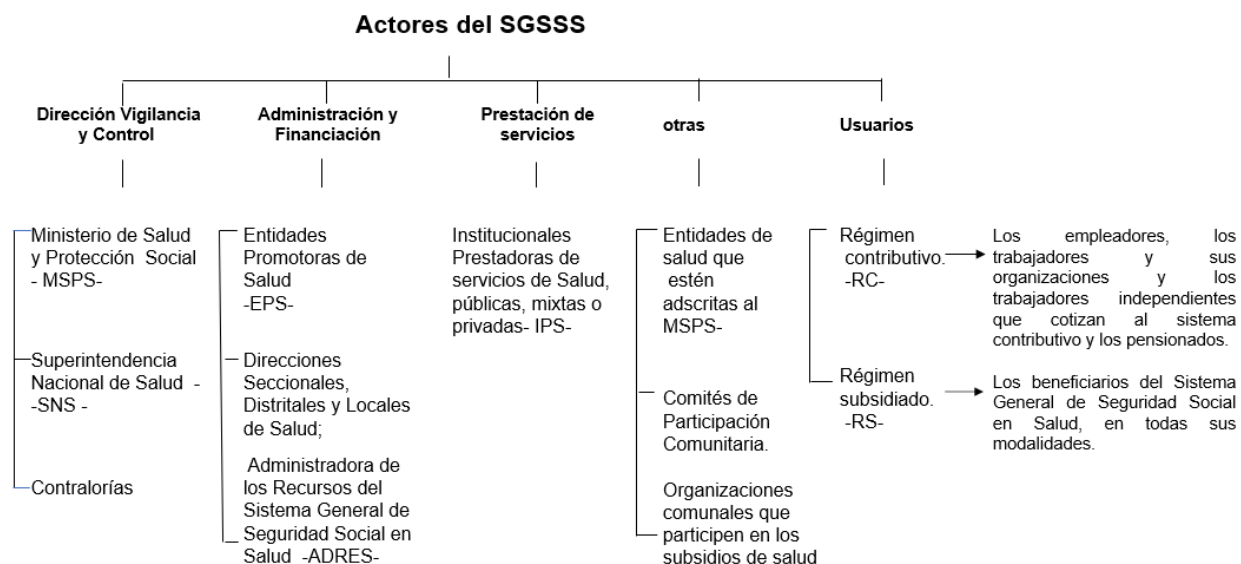
El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia es un sistema de salud de competencia regulada, en el que participan actores de naturaleza pública/ privada y mercado-regulación. Fue creado con la Ley 100 en el año de 1993, basado en la aplicación de los principios de universalidad, solidaridad, equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Son varios los actores e instituciones que hacen parte de las líneas de planeación, decisión, asignación de recursos y operación del sistema en entre ellos, el Ministerio de Salud y de la Protección Social en adelante- MSPS-, la Superintendencia de Servicios de Salud -SNS-, entidades territoriales y Secretarías de Salud, EPS, IPS, hospitales de diferente nivel y comunidades. Cada uno de ellos juega un papel en términos del mercado o de regulación y se encuentran en medio de esquemas de relación, articulación, subordinación y participación. Quizás los actores de mayor complejidad son las EPS, instituciones de naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro. (Calderón et al., 2011)

Los Integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden a los actores descritos en la imagen a continuación:

Figura 1

Actores del SGSSS



Nota. Autoría Propia

Entre los Organismos de Dirección, Vigilancia y Control se encuentra el Ministerio de Salud y Protección social – MSPS-, la Superintendencia Nacional de Salud -SNS - y las contralorías. El MSPS, es la cabeza del sector cuyas principales funciones corresponden a la formulación y adopción de las políticas, estrategias, programas y proyectos de acuerdo con los planes y programas de desarrollo económico, social y ambiental que apruebe el Congreso de la República, así mismo, se encarga de dictar las normas de carácter científico, administrativo, criterios de evaluación y de recolección, transferencia y difusión de la información de la información para cada uno de los participantes del SGSSS.

Por su parte la SNS, tiene como principales funciones, la Inspección, Vigilancia y Control de la salud en Colombia, exigir la observancia de los principios y fundamentos de este servicio y derecho, el cumplimiento de las normas constitucionales, legales, técnicas, científicas, administrativas y financieras del Sector Salud, proteger los derechos de los usuarios, en especial, su derecho al aseguramiento y al acceso al servicio de atención en salud, individual y colectiva. También inspecciona vigila y controla la eficiencia, eficacia y efectividad en la generación, flujo, administración y aplicación de los recursos del sistema y propende porque los actores de este suministren la información con calidad, cobertura, pertinencia, oportunidad, fluidez y transparencia. En la actualidad, son más de 58 funciones específicas que tiene a cargo la institución, lo que la hace un eje articulador de las instituciones del sector y uno de los actores más importantes en el sistema de salud, sin embargo, ejecutar todas estas y la complejidad que esto conlleva hace que existan debilidades importantes en la oportunidad y pertinencia de su gestión, así como a una concentración de responsabilidades a su cargo que puede generar un desbalance de poder entre los actores del sistema, lo cual se ve reflejado en la crisis actual de la

salud, acentuada durante los últimos años. Las contralorías se encargan de realizar el control fiscal a los objetos de vigilancia y control fiscal del sector.

En un segundo nivel, se encuentran los organismos de administración y Financiación entre los cuales se encuentran las EPS, la ADRES y las Direcciones Seccionales, Distritales y Locales de Salud.

Las Empresas Promotoras de Salud-EPS- son entidades públicas y privadas que operan como aseguradoras y administradoras de los recursos públicos de la salud, también fungen como agencia en defensa del usuario. Por lo general, operan como entidades aseguradoras y con frecuencia su papel es poco transparente. No ha sido posible establecer de manera precisa su margen de rentabilidad, cuando se trata de entidades con ánimo de lucro. (Calderón et al., 2011) Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas.

Las Entidades Promotoras de Salud -EPS-, son responsables de la afiliación y el registro de los afiliados, así como de recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, el Plan de Beneficios en Salud- PBS (antiguo POS) y girar, dentro de los términos previstos la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación a la ADRES. El PBS corresponde al conjunto de servicios de salud (procedimientos, medicamentos, exámenes de laboratorio, imágenes diagnósticas) para todas las personas afiliadas (SGSSS), bien sea en el Régimen Contributivo o en el Subsidiado. (MSPS, 2021).

Todas las EPS contratan los servicios de atención a la salud con las IPS en el sector privado y los hospitales públicos de acuerdo con el tipo de planes de salud que hayan ofrecido a sus afiliados. La Ley 1122 de 2007 obliga a que, en el régimen subsidiado -RS-, al menos 60% del valor de los servicios se contrate con hospitales públicos siempre y cuando se cumplan

ciertas condiciones de calidad. Así mismo, son las encargadas de pagar la prestación de servicios a las IPS, teniendo en cuenta diferentes modalidades de pago, entre las cuales se encuentra el pago por evento, el pago prospectivo por grupo de diagnóstico y el pago por capitación.

Algunas EPS incluyen dentro de su propia estructura a las IPS que atienden a sus afiliados, aunque la Ley 1122 de 2007 limitó el grado en que las IPS pueden pertenecer o estar verticalmente integradas a las EPS indicando que “no podrán contratar, directamente o a través de terceros, con sus propias IPS más del 30% del valor del gasto en salud”. Por último, en el caso de los regímenes especiales, estos han conservado sus propios mecanismos de financiamiento, administración y, en algunos casos, también de prestación de servicios.

Las IPS, son las Instituciones prestadores de servicio que legalmente son constituidos como personas naturales o jurídicas, de carácter público, privado o mixto, y como actores del sistema podemos identificarlos como médicos individuales, clínicas y hospitales. Según el Decreto 1011 del 03 de abril de 2006, las IPS son los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud. Una IPS puede tener más de una sede. El profesional independiente es toda persona natural egresada de un programa de educación en salud y con facultades para actuar de manera autónoma en la prestación del servicio de salud (Guerrero et al., 2011)

Las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) se encargan de prestar los servicios de acuerdo con las prestaciones o beneficios definidos en el PBS y en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios. Deben tener como principios básicos la calidad y la eficiencia y tendrán autonomía administrativa, técnica y financiera. Además, propenderán a la libre concurrencia en sus acciones, proveyendo información oportuna, suficiente y veraz a los usuarios y evitando el abuso de posición dominante en el sistema.

Entidades Departamentales, Distritales y municipales de Salud, les corresponde cumplir y hacer cumplir en sus respectivas jurisdicciones, las disposiciones normativas del sector, brindar asistencia técnica para implementar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud en los Prestadores de Servicios de Salud de su jurisdicción y también realizar la Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud a los Prestadores de Servicios de Salud, que prestan servicios de salud a la población no afiliada.

Las Direcciones de Salud de los municipios contratan a las EPS que trabajan para el Régimen subsidiado y les pagan mediante la UPC destinada para este régimen. Estas EPS pueden ser de tres tipos, EPS del régimen Contributivo funcionando para el régimen subsidiado, Cajas de Compensación Familiar o Empresas Solidarias de Salud, que son organizaciones comunitarias.

De otra parte, existen las Empresas Sociales y Comerciales del Estado EICE encargadas de la prestación de servicios de salud en forma directa por la Nación o por las entidades territoriales, estas EICE constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por la Ley o por las asambleas o concejos.

A partir del primero de agosto de 2017 la ADRES comenzó a desempeñar, toda actividad realizada por el Fondo de Seguridad y Garantía (FOSYGA), la ADRES, entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio independiente, está adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social, y funciona como una cuenta que recauda los aportes y compensa a las EPS y a las EPS-S por beneficiarios con diferentes perfiles salariales o de riesgo. Esta actividad se lleva a cabo mediante la Cuenta de Compensación y la Cuenta de Solidaridad, y las EPS y EPS-S reciben el

pago reconocido según el número de afiliados y el valor de la Unidad de Pago por *Capitación* (UPC). La UPC corresponde al valor de los tratamientos de los eventos incluidos en el POS o en el POS-S, ponderados por su probabilidad de ocurrencia (Vargas González, 2021)

La afiliación al sistema es obligatoria, se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, se hace a través de las entidades promotoras de salud (EPS), públicas o privadas, que reciben las cotizaciones y, a través de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), ofrecen el Plan Obligatorio de Salud (POS) o el POS-S para los afiliados al régimen subsidiado (RS). El sector exclusivamente privado es utilizado por la clase alta y un sector de la población de ingresos medios que, por carecer de cobertura o en busca de mejores condiciones de acceso que ofrece el SGSSS, acude a la consulta privada. (Guerrero et al., 2011)

Respecto a los usuarios del sistema. La Constitución Política de 1991 estableció el derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público cuya prestación se realiza bajo la dirección, coordinación y control del Estado con la participación de agentes públicos y privados.

En el SGSSS, corresponden a los afiliados en dos regímenes el contributivo y el subsidiado. El régimen contributivo rige la vinculación de los individuos y las familias al SGSS, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador (artículo 202, Ley 100/93) el régimen subsidiado rige la vinculación de los individuos cuando se hace a través del pago de una cotización subsidiada, total o parcialmente, con recursos fiscales o de solidaridad. (artículo 201, Ley 100)

Análisis Financiero: El análisis financiero del sistema de salud en Colombia evalúa la viabilidad económica del SGSSS, tomando en cuenta factores como el flujo de recursos, el endeudamiento de las EPS y la eficiencia en el uso de los fondos. Este análisis es crucial para identificar problemas estructurales y diseñar políticas públicas que permitan mejorar la sostenibilidad del sistema.

Crisis Financiera: Las EPS enfrentan problemas de liquidez por deudas acumuladas y dificultades de pago a las IPS, generando una crisis financiera que afecta la calidad y disponibilidad de servicios.

La crisis financiera en el sector salud en Colombia se caracteriza por múltiples factores, los cuales se debaten especialmente en torno a la suficiencia de la UPC, como factor, clave y determinante del problema y de la solución al conflicto discutido, sin embargo, el incumplimiento a la implementación del modelo del SGSSS por parte de todos los actores y en particular de las instituciones Estatales, dando cabalidad a las normas y su diseño, muestra fallas regulatorias y en su aplicación de importancia, las han ocasionado paulatinamente, fallas administrativas, que de manera acumulativa sin ser corregidas, se han convertido en problemas financieros estructurales que dan cuenta de debilidades en la eficiencia de la administración de los recursos, en términos de sus fuentes y usos así como de su relación entre el ingreso y el gasto, esto, asociado a la falta de control y calidad de la información financiera, hacen que hoy no se conozca la realidad del costo en salud, y se discuta la suficiencia de la UPC en dos líneas gruesas de planteamientos, una a si el recurso no es suficiente debido a ineficiencias en la administración del recurso y la segunda relacionada a determinar si verdaderamente no alcanza.

Otros de los factores característicos del componente que impactan las finanzas del sector, son la insostenibilidad financiera de largo plazo, la gestión del riesgo en salud, el incumplimiento

de indicadores de permanencia, patrimonio propio y patrimonio adecuado, las reservas técnicas, rezagos de cobros, el saneamiento de cartera, problemas operativos y técnicos, falta de transparencia en la asignación de recursos, el aumento en la demanda de servicios y los costos elevados de la atención. Así mismo las EPS han presentado problemas de liquidez y han acumulado deudas significativas con hospitales y proveedores de servicios, lo cual afecta la calidad y continuidad de los servicios de salud.

Fallos de Información

Los fallos de información en el sector salud son una limitación significativa, ya que dificultan el acceso a datos precisos sobre los costos, calidad y efectividad de los servicios. La falta de información confiable reduce la capacidad de supervisión del Estado y limita la toma de decisiones tanto para los pacientes como para las autoridades. Al respecto durante los años de implementación del SGSSS, este no se llevó a cabalidad ya que hasta la fecha el Sistema de información financiera y asistencial del sector salud, el cual fue contemplado en las normas que no fueron aplicadas por los actores.

Además, cuando existe información asimétrica, esto corresponde a un fallo de mercado que se produce cuando una de las partes en una transacción tiene más información que la otra. Generando situaciones de ineficiencia en el mercado

Fallas de Mercado

Las fallas de mercado, como la concentración de proveedores y la falta de competencia efectiva, impiden que el sistema de salud funcione de manera eficiente. Estas fallas resultan en precios altos, baja calidad de servicios y limitación en la capacidad de elección para los usuarios,

lo cual afecta tanto la accesibilidad como la sostenibilidad del sistema. (Bejarano-Daza & Hernández-Losada, 2017)

Fallas de Estado

El Estado tiene un rol regulador en el sistema de salud colombiano, a través de entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y el Departamento Nacional de Planeación. Su papel es crucial para asegurar que el sistema funcione en beneficio de los ciudadanos, regulando el mercado y corrigiendo fallas estructurales.

Sin embargo, existen debilidades importantes en el ejercicio de las funciones lo cual se denominan fallas de Estado que en el sistema de salud colombiano reflejan una rectoría y supervisión inadecuada, así como una regulación insuficiente para controlar la corrupción y el mal uso de recursos. Estas fallas afectan la capacidad del Estado para garantizar la provisión y calidad de los servicios de salud, generando desconfianza en la población y tensiones en la administración de los recursos públicos.(Bejarano-Daza & Hernández-Losada, 2017) así mismo existen debilidades en la inspección vigilancia y control del sector, las cuales en conjunto afectan de manera importante la gobernabilidad y el fortalecimiento institucional que permitan la maduración y estabilidad del sistema.

Reforma a la Salud

En las últimas dos décadas, el sistema de salud colombiano ha estado en constante metamorfosis, a raíz de problemas estructurales y financieros. Las reformas más recientes han buscado mejorar el acceso y calidad del servicio, así como la sostenibilidad financiera del sistema. La Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) fue una de las reformas más importantes, ya que estableció la salud como un derecho fundamental autónomo. Sin embargo, estas reformas han sido insuficientes para superar los problemas de fondo del sistema. (Restrepo-

Zea, 2022). Al respecto, durante el Gobierno del presidente Gustavo Petro han sido presentadas dos propuestas de reforma a la salud la primera el 14 de febrero de 2023, presentada por la entonces Ministra de Salud Carolina Corcho y la segunda el 13 de septiembre de 20024, tras varios meses de ajustes y discusiones, la cual fue radicada para primer debate el día 29 de octubre de 2024. Las propuestas plantean el tránsito de un modelo mixto, a un modelo de salud pública, enfocado en la atención primaria la promoción y prevención, la ejecución del recurso a través de la existencia de dos UPC, una para la atención primaria y la otra para la complejidad media y alta, articulados operativamente, a través nuevas organizaciones como las Gestoras de Salud, los CAPS, las RIITS, el fortalecimiento de la red hospitalaria del Estado, la creación de Empresas Industriales y Comerciales del Estado con la figura de Instituciones de Salud del Estado

Marco Contextual- Antecedentes Sobre la Crisis

El problema de la crisis financiera del Sector salud, ha sido un tema estudiado por diferentes referentes y desde distintas perspectivas, en donde la mayoría concluye que, si bien hay logros y desarrollos importante atinentes al principio de la universalidad, el sistema presenta debilidades y es ineficiente.

Para comprender este fenómeno, es importante identificar la discusión controversial entre los principales actores que integran el sistema, siendo las EPS y el Estado, además son varios los criterios analíticos desde los cuales se puede evidenciar los resultados de la implementación del modelo de Salud por medio de la Ley 100 de 1993.

Al respecto, el Grupo de economía y salud – GES, de la Universidad de Antioquia, refiere desde la gobernanza, que el sistema de salud colombiano posee ciertas características que exigen la participación y la coordinación de actores. Sin embargo, diversas problemáticas como

la corrupción, la falta de coordinación intersectorial y la inexistencia de una instancia formal para el encuentro de actores ante decisiones clave del sistema, dan cuenta de una gobernanza débil. (Humberto Restrepo Zea et al., 2021)

La Contraloría General de la República en su comunicado de prensa 038, ha publicado un informe reciente, en el que se revela que realizó un análisis sobre la situación de cartera de 26 EPS que le reportaron información al respecto, determinando que, con corte a octubre de 2023, acumulan una deuda total de \$25 billones de pesos con las IPS y proveedores (cuentas por pagar), además de lo correspondiente a reservas técnicas y pasivos administrativos. Además, 16 de estas EPS (el 61.5% de las mismas), cuentan con indicadores de margen de solvencia no satisfactorios y, lo más grave, no cumplen con la provisión ni con el Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas, incumpliendo los tres requisitos necesarios para operar: Contar con el capital mínimo, el patrimonio adecuado y las reservas técnicas. (Contraloría General de la República, 2024b)

En respuesta al informe de la Contraloría General, mediante comunicación oficial ACEMI, propone una mesa técnica para conocer la realidad de las cifras, toda vez que según el gremio los datos no corresponden a la información de los Estados Financieros de cada una de las EPS, y a la información de la Superintendencia Financiera, frente al asunto de las reservas técnicas, refieren que en la actualidad la mayoría de las EPS colombianas no cumplen con las reservas técnicas, hecho que se explica de forma sencilla ya que los recursos que se giran para la atención a pacientes (lo que se denomina técnicamente UPC) son insuficientes, lo que sumado a la demora en los giros, desfinancia progresivamente el sistema. (Nathalia Moreno González, 2024)

Frente a los recursos que el Estado debe a las EPS, es cierto, que por concepto de presupuestos máximos según fallo de la Corte Constitucional el Estado debe reconocer y girar a las EPS, lo correspondiente a los ajustes de la vigencia 2021, por concepto prestación de los servicios de salud de alto costo, los cuales corresponden a un aproximado 6% de la totalidad de los recursos planteados en la discusión. La sala de seguimiento a la sentencia 760 de 2008 de la Corte Constitucional emitió auto, en el cual ordena al Ministerio de Salud llevar a cabo una revisión de los presupuestos máximos destinados a las EPS, Estableciendo un plazo de 45 días, a partir de la notificación, para que se realicen los ajustes y el pago correspondientes para la vigencia del año 2021. (Corte Constitucional, 2023)

Al respecto, aunque la discusión es reciente, bastante turbulenta y controversial el asunto no es nuevo, como se puede constatar con la siguiente afirmación comunicada en prensa “El informe de la Contraloría sobre las EPS solo confirma lo que todo el sector salud, el Congreso y la opinión pública ya sabemos: el sistema de salud está desfinanciado, que desde hace años gasta más de lo que recibe y que sin los ajustes respectivos ninguna EPS será viable. ¿Qué es lo grave aquí? Que la reforma del gobierno no resuelve en nada la crisis financiera: de hecho, la agrava”, escribió la congresista Catherine Juvinao en su cuenta de X. (Daniel Valencia, 2024)

Además, se pueden evidenciar antecedentes de otros estudios que reflejan aspectos críticos y el debilitamiento del sistema de salud, como lo es el trabajo de recopilación elaborado por (Yepes, 2010), en el que presenta un diagnóstico integral del sector tras dos décadas de la implementación de la Ley 100, a partir de las “luces y sombras” que dan cuenta de la calidad, el acceso y la equidad en un escenario con predominancia de participación de los actores privados.

Este trabajo da cuenta de importantes debilidades del sistema identificadas desde el 2010, las cuales en la actualidad del 2024, son parte los problemas estructurales y no solucionados del Sector, correspondientes a los siguientes asuntos: deterioro o estancamiento en las ganancias de la mortalidad evitable, pobre calidad en programas de control de enfermedades comunes y crónicas, elevado volumen de no entrega de servicios cubiertos en el POS hoy PBS, alta proporción de no entrega de medicamentos prescritos, menor acceso y/o peores resultados de salud de los afiliados al régimen, subsidiado e inequidad, deterioro de las capacidades de salud pública de los entes territoriales, alto fraccionamiento de la atención, problemas en el flujo de fondos y la falta de rectoría

Así mismo, un artículo Iván Andía, trata la crisis desde los medicamentos, haciendo referencia que la regulación de precios de medicamentos fue una política pública exitosa pero ya fue neutralizada mediante cambios en el mercado que mantienen las ventas de la industria farmacéutica La consecuencia de este último cambio fue la duplicación del precio. (Andía, 2019)

Además, asociado al suministro de medicamentos, existen redes de recobro que han tenido éxito, y están llevando al sistema de salud a su colapso; ningún sistema soporta esto. La tendencia es a seguir empeorando porque hay una estrategia definida a nivel global para el manejo de este tipo de productos, y Colombia es una víctima preferida porque hay un empoderamiento del derecho fundamental a la salud y no hay señales de que como sociedad se pueda mejorar esta relación entre el derecho individual y el derecho social. Aquí abundan los abusos en función del derecho fundamental a la salud mal entendido, en función de la autonomía médica mal entendida, en función de una ineficiente autorregulación de los médicos cuando prescriben este tipo de medicamentos. (Andía, 2019)

Respecto a los antecedentes financieros de la crisis propiamente, en la actualidad existe un interrogante importante que se configura como uno de los elementos fundamentales no resueltos, se trata de la suficiencia del recurso, cuyas cifras y análisis es determinante para la solución del conflicto y encaminar soluciones serias a los problemas estructurales que corresponden a la disponibilidad de recursos y su administración eficiente.

Otros antecedentes asociados a este aspecto financiero de la problemática son el desequilibrio entre ingresos y egresos que puede llegar a hacer insostenible el sistema de aseguramiento. Si bien tenemos un gasto anual cercano a 45 billones de pesos, cuando separamos de esa cifra lo que corresponde a aseguramiento encontramos que esta cuenta con 24 billones cada año, de los cuales unos 14 son del Régimen Contributivo y 10 del subsidiado. (Núñez, 2012). Cifras que desde el año 2012 siguen correspondiendo proporcionalmente con valores en la actualidad.

Marco Legal

La constitución Política de Colombia de 1991 en sus artículos 48 y 49 planteó la seguridad social y la Salud como un servicio y derecho fundamental respectivamente.

En virtud de ello, el sistema de salud vigente en Colombia empezó a implementarse en enero de 1995 en desarrollo de la Ley 100, expedida en diciembre de 1993, originando el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con dos propósitos principales: regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población en todos los niveles de atención. (Humberto Restrepo Zea et al., 2021)

La implementación de la Ley 100 se dio en medio de la euforia nacional que siguió a la promulgación de la Constitución de 1991, con grandes expectativas sobre el Estado social de derecho.

Las aspiraciones por un Estado más grande y garantista tocaban a la salud y la reforma tramitada se diferenciaba en varios aspectos de las recomendaciones que dominaban la agenda internacional. Especialmente, la reforma colombiana se produjo en un escenario de buen crecimiento económico, y no de crisis económica o fiscal como en otros países. Además, estuvo acompañada de un aumento sustancial de recursos públicos y adoptó la meta ambiciosa de cobertura universal sin seguir la tendencia de los paquetes básicos para la atención en salud. (Humberto Restrepo Zea et al., 2021)

Antes de su implementación, la seguridad social en salud cubría solo un 22 % de la población mientras el resto de la población debía acceder a la red de hospitales públicos y privados que conformaban el sistema nacional de salud, regido por la asistencia pública o la caridad, (Humberto Restrepo Zea et al., 2021) por lo que uno de los pilares de la Ley 100 se caracterizó por la universalidad y cobertura a la población mediante un seguro público, solidario y obligatorio, con un plan de beneficios básico e igual para todos el cual estaría garantizado por medio de la denominada unidad de pago por capitación UPC.

Este plan se constituyó en un mecanismo para hacer explícito el conjunto de servicios y tecnologías a los que podría acceder la población según el régimen de afiliación (contributivo o subsidiado). Inicialmente fue conocido como plan obligatorio de salud (POS) y posteriormente, con la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751, 2015) se pasó a un plan de beneficios en salud (PBS). Posteriormente en el año 2021 mediante la resolución 2292, hubo una actualización del plan de beneficios en 2021 de la cual se avanzó hacia un concepto de plan de beneficios integral. (Restrepo-Zea et al., 2018)

Con la Constitución también surge la descentralización territorial, la cual implicaría que los municipios asumieran competencias en materia de Salud, las cuales fueron contempladas

mediante la Ley 60 de 1993. Además, en este proceso de transformación político-administrativa de Colombia, y del sistema de salud, mediante la Ley 100, la figura del hospital público dejaría de depender del sistema nacional de salud, pasando a ser un ente autónomo (Empresa Social del Estado –ESE–) con presupuesto propio, cuyos gastos serían financiados mediante la contratación de servicios con las EPS.

La Ley 100 estableció los Comités Técnico Científicos (CTC) encargados de estudiar y aprobar las atenciones y medicamentos no incluidos en el POS, así como de justificar técnicamente las decisiones que tuvieran en cuenta la pertinencia con relación al diagnóstico del paciente, además de realizar y remitir al Ministerio, informes trimestrales de los casos autorizados y negados.

A partir del año 2000 mediante los CTC y las tutelas, se presentó un crecimiento exponencial de estas atenciones, dando lugar al mecanismo de recobros el cual consistía en el cobro que las EPS realizaban al Fosyga por las atenciones prestación de servicios de salud que no estaban contemplados en la UPC.

En el 2007, la función de definir y modificar el plan de beneficios que estaba a cargo del CNSSS, pasó a la Comisión de Regulación en Salud que fue creada con la Ley 1122.

En 2008, la Corte Constitucional de Colombia, adelantó un estudio en el que fueron revisadas 22 acciones de tutela, 20 interpuestas por ciudadanos que consideraron vulnerado el derecho a la salud, y 2 por la EPS Sanitas, que solicitaba claridad del Ministerio de la Protección Social respecto al cobro de prestaciones no incluidas en el plan obligatorio de salud (POS).

Al respecto, la Corte constató la existencia de dificultades estructurales del sistema de salud que impedían el acceso y el goce efectivo del derecho a la salud, lo cual parecía generado principalmente por fallas de regulación. Ante la problemática examinada la Corte profirió la

Sentencia T-760 de 2008, otorgando a la salud el estatus de derecho fundamental autónomo, e impartió órdenes a varias autoridades para garantizar este derecho y resolver las dificultades del sistema frente al acceso. Desde entonces no sería necesario invocar la protección del derecho a la salud por su conexidad con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida. (Restrepo-Zea et al., 2018)

Esta sentencia es un hito en la historia del sistema de salud colombiano ya la tutela cobra importancia como mecanismo garante del derecho a la salud, en particular lo que se refiere al acceso. Además, el seguimiento al cumplimiento de la sentencia se ha convertido en insumo para formular y evaluar acciones de política pública.

Por otra parte, la Sentencia T-760 es una expresión del papel que ha jugado la Corte en la construcción de políticas públicas, en ciertos casos dando cuenta de vacíos en el ejercicio de los poderes ejecutivo y legislativo.

De otra parte, esta Sentencia refleja como la Corte Constitucional imparte órdenes en el ejercicio de los poderes ejecutivo y legislativo a fin de que prevalezcan los principios y mandatos de la Constitución. También planteó el seguimiento de las órdenes sobre plan de beneficios, cobertura, acceso y sostenibilidad financiera.

En 2009, en consecuencia, de la Sentencia T-760, con el Acuerdo 3 derogado por el Acuerdo 8 del mismo año, se realizó la primera actualización integral de los Planes Obligatorios de Salud, precisando los términos y condiciones de inclusión y exclusión en términos de prestación de servicios, cobertura, procedimientos, medicamentos, tecnologías, consultas, transporte entre otros.

En el 2011 fue expedida la Ley 1438 que dio lugar a actualizar el POS, Si bien su título cita: “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud...”, su

verdadero propósito es poner orden en la casa a la gestión del sistema y a corregir fallas operativas. Es una ley que busca resolver problemas del día a día y, sobre todo, enfrentar violaciones de los diferentes actores a las leyes anteriores, cuyas obligaciones ya estaban claras. (Franco-Giraldo, 2012)

Esta norma regula sobre temas importantes, aunque parciales tales como: la igualación de los paquetes de beneficios, en la sostenibilidad financiera y en la gestión organizativa y operativa del sistema. Como se ha podido ver esta nueva fase de la reforma sectorial en salud en Colombia, apenas comienza, por el momento no es una reforma más ni una “reforma a la reforma”. (Franco-Giraldo, 2012)

Además, en materia de inclusión de medicamentos, incorporó el Clopidogrel y el ácido alendrónico, lo cual dio lugar a una actualización integral mediante el Acuerdo 029 de 2011, en el que se incluyeron 119 tecnologías, 69 principios activos, 44 procedimientos y 6 dispositivos. (Restrepo-Zea et al., 2018)

Luego el Decreto 2560 de 2012 liquidó la Comisión de Regulación en Salud (CRES) y sus funciones y competencias se trasladaron al Ministerio de Salud y Protección Social. Debido a que “muchas fueron las dificultades que enfrentó la CRES, incluso desde su creación, pues empezó a funcionar bastante tarde, el 26 de mayo de 2009, lo que generó dudas respecto a la verdadera intención del gobierno por concederle autonomía y capacidad técnica para alcanzar un mejoramiento en la dirección del sistema

Igualmente fue dotada de una serie de funciones que no le permitieron actuar directamente sobre los principales males del sistema de salud. Algunas de sus funciones eran la definición y actualización permanente del POS, el cálculo del valor de la UPC, la definición de los criterios para determinar los pagos moderadores, establecer y actualizar los sistemas de

tarifas y, presentar informes a las comisiones séptimas de Cámara y Senado, entre otras”.

(Martínez, 2015)

En 2013 mediante la Resolución 5521, se realizó una redefinición integral del POS también se incluyeron 63 tecnologías 56 principios activos, 5 procedimientos y 2 dispositivos, (Lina Casas Bustamante Observador del GES). De la lista de medicamentos relacionados en esta norma, en el 2014 se realizó un ajuste precisando códigos de clasificación anatómica terapéutica química.

A partir de junio del año 2015, se incorporó la Ley Estatutaria de Salud 1751, mediante la cual se eliminaron los Comités Técnico Científicos (CTC), con el objetivo de eliminar barreras administrativas para el acceso a medicamentos, procedimientos, tratamientos o insumos que no estuvieran contenidos en el listado del Plan Obligatorio de Salud (POS). Para ello se plantearon especificaciones respecto a la exclusión tácita o lista de servicios y tecnologías que no estuvieran expresamente excluidas en el PBS, debía ser entendida como incluida, a fin de que no pudieran ser financiados con recursos de la UPC, aquellos que estaban excluidos.

El mismo año con la Resolución 5592, se incluyeron 10 tecnologías para el manejo de enfermedades huérfanas y la telemedicina, a la fecha según informe de MPSP al Congreso de la República, estaban incluidas 199 tecnologías 129 principios activos, 62 procedimientos y 8 dispositivos. (Restrepo-Zea et al., 2018)

En su momento, según Norman Julio Muñoz, Superintendente Nacional de Salud, aseguró al periódico El Tiempo que "la eliminación de los CTC es un paso importante en el trabajo que se viene adelantando para acabar las barreras que afectan la adecuada y oportuna prestación de los servicios; eso sí, es importante que los médicos asuman la potestad que tienen para formular con responsabilidad".

Con la Resolución 5269 de 2017 se incluyeron 112 tecnologías 78 principios activos de medicamentos, 32 procedimientos y 2 dispositivos, actualización incluyó, entre otras tecnologías y dispositivos médicos, las laparoscopias más utilizadas, complementos para el tratamiento del VIH y diversos tipos de cáncer, medicamentos para la prevención y el manejo agudo de la migraña, el estreñimiento, la hipertensión arterial pulmonar, el asma en niños y el trastorno obsesivo compulsivo.

Con la Ley 1955 de 2019 Plan Nacional de Desarrollo 2018 2022 se estableció que los servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC serían gestionados por las EPS ahora serían financiados mediante un presupuesto máximo transferido por la ADRES En 2020 con la Resolución 205 se adoptó la metodología para definir dicho presupuesto.

Para el año 2021 con la Resolución 2481 de 2020 se incluyeron 206 tecnologías 184 principios activos y 22 procedimientos) Se destacan procedimientos para el tamizaje neonatal (Ley 1980 de 2019 el diagnóstico de enfermedades neoplásicas, el diagnóstico de enfermedades del esófago y reflujo gastroesofágico, el diagnóstico de patologías infecciosas durante el embarazo, la prevención de enfermedades alérgicas como el asma y la rinitis, y, para el tratamiento de la Insuficiencia cardiaca y arritmias

Para el año 2022 con la Resolución 2292 de 2021 se incluyeron 654 procedimientos De manera que el 969 de los procedimientos autorizados en el país 9494 son financiados con recursos de la UPC. Es importante anotar que para 2021 el 99 % de los procedimientos era financiado con presupuestos máximos y con la ampliación para 2022 bajó al 29%. Por otra parte, con la actualización del PBS, aumentó la financiación de medicamentos con recursos de la UPC pasó de representar el 57 4 en 2021 al 8989 en 2022 del total de CUMS autorizados en el país. (Restrepo-Zea et al., 2018)

Además, disminuyó la financiación con UPC condicionada (pasó de representar el 842 en 2021 al 375 en 2022 del total de CUMS autorizados en el país.

Marco Metodológico

Paradigma: Histórico Hermenéutico

La hermenéutica se considera como una teoría general de interpretación, la cual se fundamenta en la profundización del autor y su obra, según Ricoeur (2001), el termino hermenéutica proviene del griego hermeneutikos, compuesto de (hermeneuo = yo descifro) y (tekhné = arte) y el sufijo (tikos = relacionado a), es decir que la hermenéutica es el arte de descifrar e interpretar un escrito. Teniendo en cuenta lo anterior, el presente documento busca interpretar y argumentar el fenómeno de la crisis actual del sector salud teniendo en cuenta sus determinantes administrativos y financieros.

Algunas de las características de la hermenéutica son:

1. Lingüisticidad del ser: Habla, que la realidad no es algo diferente a lo que podemos encontrar en los textos, creencias o vivencias que adquirimos del mundo en general.
2. El ser es temporal e histórico: Hace referencia a un mundo cambiante, no se puede afirmar que el mundo se encuentra congelado o que está paralizado y que todas las normas o leyes que nos rigen seguirán intactas. Lo anterior se evidencia en este trabajo con las referencias y antecedentes sobre la crisis dada por diferentes autores, respecto a la crisis del sector salud y la propuesta de reforma propuesta por el Gobierno de Gustavo Petro.
3. Circulo hermenéutico: Según Ricoeur (2001), citando a Gadamer, se refiere al límite y a la libertad de conceptos. Lo que se quiere escuchar cuando se formula una pregunta, sin influenciar una respuesta, pero aun así se tiene una alta probabilidad de que se dé una respuesta específica.

4. Imposibilidad de un conocimiento exhaustivo y totalitario de la realidad: La verdad absoluta en la hermenéutica tiende a ser parcial o relativa, lo cual hace que el proceso de investigación que se pretende contenga un grado de imparcialidad que puede ser objetada por un estudio similar a este.

5. La interpretación como actuación de la sospecha o restitución del sentido: Se trata de buscar la más cercana interpretación de la realidad según el objeto de estudio.

De este modo, la hermenéutica será el medio por el cual se pretende comprender el fenómeno de la contratación informal en el entorno de la agricultura, comprendiendo el contexto en el cual se desarrolla la investigación.

Tipo de Investigación: Cualitativa

Teniendo en cuenta que existen dificultades en la precisión de las cifras financieras del sector y que los datos no son estructurados y solo en algunos casos son semiestructurados, se determina seleccionar el método cualitativo interpretativo.

La metodología cualitativa por su parte trata de aplicar varias técnicas para recolectar información en una investigación, alternando entre si disciplinas, conocimientos y problemáticas; lo que apunta a la visibilizarían de la realidad del objeto de estudio junto con su entorno y los medios que influyen en este, con el fin de comprender la lógica por la cual se pretende conocer la realidad humana. La metodología cualitativa hace del ambiente cotidiano una herramienta para buscar e indagar acerca de la problemática objeto de estudio (Galeano, 2004).

Diseño: Descriptivo

En la investigación se describieron las variables de tipo administrativo y financiero mediante las revisiones bibliográficas de los diferentes documentos recurriendo a la revisión sistemática, identificando unidades de análisis con información original y primaria.

Para el análisis y síntesis de la información encontrada, se detectaron los principales problemas válidos para las conclusiones y recomendaciones presentadas en el documento.

Muestra: Actores del sector salud, instituciones del Estado colombiano, Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de salud, Contraloría General de la República, Entidades territoriales, hospitales públicos, organizaciones privadas, EPS, IPS, agremiaciones.

Instrumento: Recopilación de Documentos

Se aplicó la técnica de recopilación documental, mediante la revisión y análisis sistemático de literatura publicada en revistas indexadas y documentos de estudios, textos, libros, artículos científicos, documentos periodísticos, documentos técnicos e investigaciones, que abordan la problemática actual del sector salud en Colombia el cual lleva dos décadas de su implementación, por lo que se han tenido en cuenta los correspondientes al periodo 1993- 2024, haciendo énfasis en los años más recientes que permiten dar cuenta de los hechos más relevantes, las normas y el comportamiento administrativo y financiero sector salud en Colombia.

El instrumento consiste en la revisión bibliográfica, y análisis de documentos, de los cuales fue necesario tomar las citas y argumentos que revelaron patrones, evidencias, temas y categorías de análisis para el asunto, permitiendo dar cuenta de la relación entre los factores administrativos y financieros que caracterizan la crisis actual del del sistema, así como mediante la interpretación, deducción y depuración de información obtener una visión holística de la problemática y su manera de ser intervenida en la actualidad

Como estrategia de búsqueda se usaron palabras clave, y términos como SGSSS, sistema de salud, Colombia, análisis financiero, teoría económica, indicadores, política pública, utilizados en bases de datos científicas y revistas indexadas, revisión sistemática de literatura

RSL, matrices bibliográficas y bases de datos académicas como repositorios de universidades, páginas oficiales del Gobierno y buscadores virtuales.

La organización de la información correspondió a la clasificación en 3 componentes articuladores de la propuesta, el primero correspondiente a los documentos que permiten dar cuenta de las características estructurales y normativas del sector salud y sus antecedentes desde 1993 con la creación de la Ley 100. El segundo, corresponde a los documentos que dan cuenta de información descriptiva acerca de la situación administrativa y financiera del sector. y el tercero, corresponde a las posibles medidas de intervención y orientaciones de solución identificadas, entre las que está la propuesta de reforma a la salud como una de las posibilidades planteadas durante el 2024 y que es fundamental en la discusión.

Así mismo, los documentos seleccionados se consolidaron en gestores bibliográficos. El procesamiento y análisis de la información, de las fuentes seleccionadas se realizó de manera manual, con la lectura uno a uno teniendo en cuenta la pertinencia argumentativa para realizar la descripción y reflexión teórica cuya pertinencia se consideró de acuerdo a la razonabilidad y veracidad de los hechos planteados, que se podía constatar mediante la triangulación de textos y su respectiva lectura.

Perspectivas Administrativas de la Crisis Del SGSSS

En este apartado se hará una descripción e identificación de las fallas administrativas más críticas que en consecuencia generan los problemas de orden fiscal y de financiamiento para el sector, debido a que de manera interrelacionada conllevan a la ineficiencia del aprovechamiento de los recursos no solo económicos requeridos para el funcionamiento de los modelos de prestación de servicio, así como del seguimiento y control al flujo de los recursos. Para ello serán descritos los fallos del Estado e institucionales y los fallos de mercado atinentes a las EPS.

Fallos del Estado e Institucionales

Los fallos institucionales en el sector salud son aquellos problemas estructurales y operativos que han limitado la capacidad del SGSSS brindar atención oportuna, eficaz y equitativa en el marco del derecho a la salud y de la prestación de los servicios asociados para su garantía.

Falta de Rectoría Deficiencias en la Planificación y Coordinación

La falta de planificación a largo plazo y de coordinación entre instituciones de salud limita la respuesta efectiva a las necesidades de la población. Esto incluye la incapacidad de prever y mitigar crisis de salud pública, así como de gestionar adecuadamente los recursos disponibles.

Burocracia Excesiva

La presencia de trámites burocráticos innecesarios y procesos administrativos complejos retrasa la atención al paciente y limita la eficiencia en la gestión de los recursos. La burocracia puede también dificultar la implementación de políticas de salud innovadoras y generar duplicidad de funciones en las instituciones.

Por parte del Estado existe buropatología, de servidores públicos los cuales no tienen rutas claras de trabajo en muchas ocasiones y funciones y objetivos medibles por resultados, lo cual genera debilidades en la rectoría, aplicación normativa y orientación de las acciones estatales hacia la generación de valor social. Se evidencia en la falta de coordinación interinstitucional, y la falta de rigurosidad en la aplicación e implementación de las normas aplicables, así como de la ejecución de las funciones que cada una tiene para atender diferentes frentes de acción en función del sistema. Politización de las instituciones.

Buro patología del sector, barreras de acceso en tramitologías para la autorización de la prestación de los servicios

Extrema concentración de funciones en las instituciones complejas no aplicadas inoperantes.

Ineficiencia en la Administración de Recursos

Otro de los problemas administrativos es la ineficiencia en el manejo y asignación de recursos para la prestación de servicios de salud. De acuerdo con Gutiérrez et al. (2019), esto se debe a una falta de planeación estratégica y a una deficiente capacitación del personal administrativo, que afecta la calidad y continuidad de los servicios. Estas ineficiencias provocan demoras en la atención, dificultad en la asignación de citas, y problemas en la autorización de procedimientos.

Desigualdad en el Acceso y la Calidad de la Atención

La división del sistema en régimen contributivo y el régimen subsidiado, ha creado disparidades significativas en el acceso y calidad de los servicios de salud para diferentes poblaciones. Esta fragmentación afecta la continuidad de los servicios y dificulta la integración de las redes de atención. Según el estudio de Orozco-Narváez et al. (2020), esta división

contribuye a una atención desigual y limita la capacidad de respuesta del sistema de salud para atender las necesidades de toda la población.

Además, potencializa las condiciones de inequidad ente la población, y afecta directamente la prestación de servicios en términos de la calidad de acuerdo a la capacidad adquisitiva del contribuyente o beneficiario según el régimen al que se encuentre afiliado.

Desde el diseño del modelo en el marco de una economía de mercado y desde un modelo mixto, este es un aspecto que pudo ser acertado, sin embargo, cuando la capacidad del regulador disminuye, y la capacidad del mercado comienza a generar monopolios, se desestabiliza la posibilidad de que la demanda y la oferta se de en condiciones de igualdad y de calidad. Ya que, al ser concentrada la prestación de los servicios en pocos operadores y aseguradores, estos empiezan a colocar condiciones en el mercado que resultan ser restrictivas para los usuarios. Lo cual muestra, además, la capacidad limitada que el Estado desempeñó, como regulador y el interventor oportuno y pertinente en la verificación del cumplimiento de las reglas de juego establecidas en el SGSSS, para que todos los participantes del mercado, EPS, permanecieran.

De otra parte, existe una distribución de los recursos muy desigualdad, con gran concentración en las ciudades principales, mientras que las zonas rurales y apartadas enfrentan una marcada carencia de infraestructura y personal médico. Un informe del Observatorio Nacional de Salud (ONS) (2017) destaca que la brecha en la calidad de atención entre áreas rurales y urbanas es uno de los principales obstáculos para garantizar un sistema de salud equitativo y efectivo en el país.

Al respecto la dispersión geográfica y la capacidad de cobertura de las EPS, se encuentra limitada a la relación de oferta y demanda de los servicios de salud, los cuales son más ofertados por las IPS, donde se encuentra una mayor cantidad de población, ocasionado que en los

territorios alejados de los centros urbanos y cabeceras municipales sea más limitada la oferta de servicios que realmente responda a las necesidades de la población. Esto ocasiona que en zonas rurales o de bajos ingresos, los habitantes de estas regiones enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, como falta de especialistas, ausencia de centros médicos cercanos y limitaciones en la entrega de medicamentos; ya que los servicios de salud pueden ser más escasos, de menor calidad o inaccesibles. Lo cual representa brechas de atención significativas entre zonas urbanas y rurales, así como entre diferentes grupos socioeconómicos.

Problemas de Transparencia y Corrupción

La corrupción en el sistema de salud ha sido una constante que impide la implementación efectiva de políticas de salud. El reporte de Transparencia por Colombia (2018) describe cómo la corrupción afecta a todos los niveles del sistema de salud, desde la adjudicación de contratos hasta la asignación de recursos, comprometiendo la calidad y disponibilidad de los servicios de salud.

Los diferentes antecedentes identificados en la literatura científica y los reportes institucionales subrayan la necesidad de reformas estructurales profundas que aborden estos fallos y promuevan una gestión más eficiente, equitativa y transparente.

La mala administración y desvío de recursos financieros destinados a salud, han llevado a la malversación de fondos, lo cual afecta gravemente el sistema, reduciendo los fondos disponibles para medicamentos, infraestructura y personal. Esto suele estar relacionado con fallos en la supervisión de los contratos y la falta de transparencia en las instituciones.

Falta de Programas de Capacitación y Desarrollo Humano, Organizacional y Tecnológico

Idoneidad en el personal y servidores públicos, actualizaciones técnicas y normativas, así como también debilidades en la gestión del conocimiento. Lo cual causa una fragmentación en la comprensión y ejecución de las funciones específicas y misionales de cada uno de los actores del sector, lo cual debilita los procesos internos de las instituciones y el fortalecimiento institucional

Déficit en la Gestión de Datos y Tecnología. La falta de un sistema adecuado de recopilación y análisis de datos impide la toma de decisiones informada. Además, la carencia de tecnologías modernas de gestión y digitalización complica los procesos de atención y de monitoreo del paciente.

Estos problemas no solo impactan la calidad de vida de los pacientes, sino que también generan costos elevados para el sistema y disminuyen la confianza en las instituciones de salud. Para corregir estos fallos, es crucial adoptar un enfoque de políticas integrales que prioricen la transparencia, la equidad y la eficiencia, así como fomentar la inversión en recursos, infraestructura y capacitación del personal.

Esta situación sucede tanto en los entes estatales como en las EPS y se manifiesta de la siguiente manera:

Estado: Buropatología, de servidores públicos los cuales no tienen rutas claras de trabajo en muchas ocasiones y funciones y objetivos medibles por resultados, lo cual genera debilidades en la rectoría, aplicación normativa y orientación de las acciones estatales hacia la generación de valor social. Se evidencia en la falta de coordinación interinstitucional, y la falta de rigurosidad en la aplicación e implementación de las normas aplicables, así como de la ejecución de las funciones que cada una tiene para atender diferentes frentes de acción en función del sistema.

Palta de políticas de Estado, que garanticen los derechos independientemente de los Cambios de Gobierno

Buro patología del sector (excesiva burocracia inoperante y politizada), barreras de acceso en trámites para la autorización de la prestación de los servicios

Extrema concentración de funciones en las instituciones complejas no aplicadas inoperantes.

Debilidades en la Inspección Vigilancia y Control IVC. Gelves plantea que la SNS ha sido ineficaz en la toma de medidas oportunas y efectivas para corregir los problemas financieros de solvencia, liquidez y permanencia de las EPS que no cumplían con los requisitos mínimos para garantizar su sostenibilidad financiera, adicionalmente(Gelves Rangel, 2019)

Según la Contraloría General en su informe de auditoría de Desempeño frente a las Funciones de IVC de la SNS , se identificó que esta no es eficiente en la gestión de PQRSD, que va en aumento, además la SNS, no ha sido oportuna en la imposición de procesos administrativos sancionatorios frente a incumplimientos, y medidas rigurosas frente a la falta de prestación de servicios y la reincidencia de reportes de información indebidos que han afectado la calidad de la información de la realidad financiera del Sector al punto que hoy se desconoce la realidad de los hechos económicos de las EPS y el sector, por lo que se trabaja sobre aproximaciones y con datos que no son totalmente confiables. (Contraloría General de la República, 2024)

Al respecto, además se identificó que para el seguimiento, validación, monitoreo y medición frente a los pagos y los valores pendientes de pago no tiene mecanismos robustos de alertas, indicadores, acciones y/o herramientas para realizar el monitoreo al flujo de los recursos

del SGSSS ejecutados por las EPS, así como tampoco para monitorear la eficiencia del gasto. (Contraloría General de la República, 2024)

La Circular Conjunta 030 de 2013 establece en su objetivo el “procedimiento y aclaración de cuentas del sector salud a través del cruce de información entre ERP (EPS R. Contributivo y Subsidiado y ET) e IPS (públicas y privadas) si hay concordancia fijar y suscribir compromisos, si no hay coincidencia aclara y depurar la información que no coincide entre los actores del sistema”. Al respecto las competencias de la SNS, consiste en adelantar las acciones de verificar los resultados en la depuración de la cartera y sus respectivos avances, así como realizar seguimiento al proceso de aclaración de cuentas y adelantar los procesos sancionatorios correspondientes contra los actores que incumplan con el reporte de información”. Lo cual no ha sido eficiente dada la situación de cartera del sector, la falta de aclaración respecto de los procesos de glosas entre EPS e IPS, carteras vencidas superiores a 360 días, así como pagos y reconocimiento sin justa causa. Sin desconocer, que ha avanzado en minimizar la cantidad de la deuda, sin embargo, los esfuerzos no han sido eficientes en haberla prevenido y en depurarla en su totalidad hasta la fecha.

De otra parte, la SNS, ha permitido que durante muchos años se hallan flexibilizado los criterios de cumplimiento de indicadores, además de la prórroga de las medidas de vigilancia especial y de intervención, que en todos los casos han llevado a la liquidación de la mayoría de las entidades, lo que demuestra que la administración de los recursos por parte de la SNS y los agentes interventores tampoco funciona.

Fallos de Mercado y de las EPS. Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia enfrentan una serie de fallos y problemas estructurales que afectan negativamente el acceso y la calidad de los servicios de salud. Algunos de los principales problemas incluyen:

Ineficiencia en la Administración de Recursos. Otro de los problemas administrativos es la ineficiencia en el manejo y asignación de recursos para la prestación de servicios de salud. De acuerdo con Gutiérrez et al. (2019), esto se debe a una falta de planeación estratégica y a una deficiente capacitación del personal administrativo, que afecta la calidad y continuidad de los servicios. Estas ineficiencias provocan demoras en la atención, dificultad en la asignación de citas, y problemas en la autorización de procedimientos.

Problemas en la Coordinación y Comunicación Interinstitucional. La falta de una comunicación eficaz y de coordinación entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) también representa una debilidad administrativa significativa. Pérez y Ramírez (2020) señalan que esto genera duplicidad de esfuerzos, pérdida de información crítica y una atención fragmentada, que reduce la calidad y oportunidad de los servicios prestados.

Demoras en la Prestación de Servicios. Las EPS a menudo enfrentan largos tiempos de espera para la asignación de citas médicas, procedimientos y cirugías. Esto se debe a la saturación del sistema y a la falta de infraestructura adecuada para atender la demanda de servicios, lo que pone en riesgo la salud de los pacientes, especialmente en casos urgentes.

Negación y Dilación en Tratamientos. Muchas EPS rechazan o retrasan la aprobación de tratamientos, exámenes o medicamentos necesarios para la recuperación de los pacientes, argumentando falta de cobertura o escasez de recursos. Esto obliga a los pacientes a recurrir a recursos legales (tutelas) para acceder a servicios que deberían ser garantizados.

Escasez de Personal Médico y Condiciones Laborales Desfavorables. En muchas regiones, existe una escasez crítica de profesionales de salud, lo que lleva a una sobrecarga de trabajo y condiciones laborales adversas. Esto a su vez impacta negativamente en la calidad de la atención y en la disponibilidad de servicios de salud. Renderos-Suárez et al. (2018) explican que

las condiciones laborales inadecuadas para los trabajadores de salud en el sector público son un problema estructural que reduce la eficiencia y efectividad del sistema de salud en Colombia.

Asociado a esto también existen lugares donde la falta de equipamiento adecuado e infraestructura afecta la capacidad de respuesta y la calidad de la atención.

De otra parte, en muchas EPS, el personal de salud enfrenta condiciones de trabajo difíciles, con sobrecarga de pacientes y falta de recursos. Esto impacta la calidad de la atención y genera desgaste en el personal médico, afectando su desempeño y la experiencia del paciente.

Falta de Programas de Capacitación y Desarrollo Humano, Organizacional y Tecnológico. La ausencia de programas efectivos de capacitación continua para el personal médico y administrativo limita su capacidad para adaptarse a avances médicos y tecnológicos, así como para mejorar la atención y administración del sistema de salud.

Deficiencias en la Supervisión y Control Interno de los Procesos. Las EPS enfrentan dificultades en el control y seguimiento de sus actividades, lo que repercute en problemas de corrupción y falta de transparencia. Como señala Martínez (2018), estas entidades presentan una escasa rendición de cuentas y mecanismos limitados para la supervisión interna. Esto ha permitido que se presenten casos de corrupción y mala administración de los recursos, afectando tanto a la confianza de los usuarios como a la sostenibilidad del sistema de salud.

Riesgo de Fraude y de Corrupción. En algunos casos, las EPS han sido investigadas por problemas de corrupción, desviación de recursos y mal manejo de los fondos de la salud. Esto ha erosionado la confianza en el sistema de salud y ha contribuido a la crisis actual en el sector.

Incremento de las Quejas y Tutelas, por Falta De Oportunidad y Pertinencia en la Prestación de los Servicios y Negación de los Mismos. La tutela ha sido el mecanismo de protección de derechos fundamentales vulnerados o amenazados, consagrado en el artículo 86 de la Constitución Política de Colombia, el Decreto 2591 de 1991 y en el caso del derecho a la salud ratificado por Ley 1122 de 2007, con el propósito de legitimar la demanda de asistencia sanitaria oportuna de acuerdo a las necesidades de los afiliados independiente de la inclusión o no en el diseño del POS actualmente PBS.

El comportamiento de las tutelas relacionadas con el derecho a la salud refleja una tendencia al incremento debido a problemas de acceso y calidad en el sistema de salud, La Corte Constitucional reporta un aumento anual especialmente durante el 2023 y 2024, con demandas enfocadas en servicios médicos y acceso a medicamentos.

De acuerdo con el informe de la Corte Constitucional, el número de tutelas disminuyó de forma importante en los años de pandemia, sin embargo, repuntó rápidamente en 2022 y continuó en aumento en el 2023 y el 2024, sobrepasando los valores antes de la pandemia, llegando a 25.862 acciones de tutela en abril del presente año como se muestra en la gráfica. (Indicadores en salud, 2024)

Figura 2

Frecuencia de Tutelas por Fecha de Radicación.

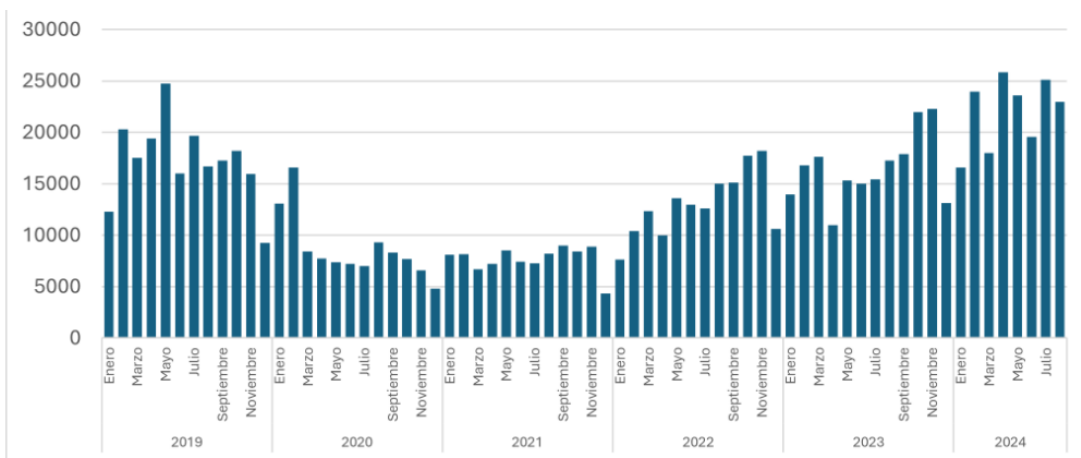


Gráfico 5. Frecuencia de tutelas por fecha de radicación, 2019 - 2024. Fuente: Corte Constitucional.

Nota. La Grafica muestra el incremento de las tutelas radicadas durante el 2019 al 2024. Tomado de “ <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/tutelas-7112024> ”

Este mecanismo es un costo de transacción injustificado para el acceso a la salud y medicamentos (Pérez, 2007, 816), puesto que tanto para oferentes como demandantes la tutela se ha convertido en un requisito más para obtener servicios de salud, lo cual es una notoria pérdida de eficiencia, derivada de la falta de correspondencia y oportunidad de los planes de atención con las necesidades de salud de los afiliados.

Además, acciones utilizadas por la ciudadanía para obtener acceso a los servicios de salud no solo se materializan en la radicación de PQRS y de tutelas si no también en posible incremento del gasto de bolsillo en salud, el cual se ha si utilizado para medir el desempeño de los sistemas de salud en cuanto al acceso y la cobertura, y comprende los gastos que hace la población por fuera del esquema de aseguramiento. (Indicadores en salud, 2024)

Fallas Regulatorias en Modalidades de Pago y Contratación del Costo en Salud y

Gasto Administrativo. La contratación es uno de los puntos fundamentales que permiten comprender los elementos de crisis toda vez, que a través de los acuerdos de voluntades es como administrativa y legalmente se formalizan los criterios mediante los cuales se le da uso a los recursos destinados para la salud de los colombianos, de los cuales el 90% corresponde al uso en costo médico (Prestación de servicios de salud, medicamentos y tecnologías), y el 10% al gasto administrativo.

En términos de la contratación del costo, recientemente fue expedido el Decreto 441 del año 2022, el cual sustituye todo el apartado del Decreto 780 de 2016, atinente a los acuerdos de voluntades entre las entidades responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de tecnologías en salud definiendo las modalidades de pago, y reglas para los acuerdos de voluntades o contratos

Estos se suscriben entre las Entidades Promotoras de Salud (EPS) parte contratante y la parte contratista que pueden ser las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y los proveedores o distribuidores de medicamentos. A través de estos acuerdos el contratante se compromete a cubrir y asegurar a los afiliados, ciertos servicios médicos y hospitalarios especialmente los planteados en el Plan de Beneficios en Salud (PBS). Por su parte los contratistas, ofrecen estos servicios que pueden incluir consulta externa, hospitalización, cirugía, entre otros como los medicamentos, adquisición, alquiler o mantenimiento de equipos médicos y tecnología de diagnóstico o tratamiento, todo a cambio de un pago por parte de las EPS. A continuación, se describen las modalidades de contratación:

Pago Individual por Caso, Conjunto Integral de Atenciones, Paquete o

Canasta. Modalidad prospectiva en las cuales se acuerda por anticipado el pago de una suma fija, como valor a reconocer en cada caso atendido, ligados a un evento, condición o condiciones en salud relacionadas entre sí, las cuales son atendidas con un conjunto definido de servicios y tecnologías de salud.(Decreto 441, 2022)

Pago Global prospectivo (PGP). Es un pago por grupo de personas determinadas, mediante la cual se pacta por anticipado el pago de una suma fija global para la prestación de servicios o el suministro de tecnologías en salud a esa población durante un periodo de tiempo definido, cuya frecuencia de uso es ajustada por el nivel de riesgo en salud y el cambio de los volúmenes de la población estimados en el acuerdo de voluntades. (Decreto 441, 2022)

Sus características consisten en la existencia de un presupuesto global asignado a la IPS para cubrir una población específica y sus necesidades de salud durante un período determinado, generalmente un año. Este presupuesto se define prospectivamente, es decir, basado en proyecciones de los servicios que se espera que la población necesite; implica la gestión integral de la atención ya que la IPS asume la responsabilidad de la gestión integral de la atención para la población a cargo mediante la oferta de una gama de servicios de atención primaria, secundaria e incluso algunas especialidades, priorizando la prevención, el control de enfermedades y la atención continua.

Tiene incentivos a la eficiencia y calidad a fin de que la gestión de los recursos sea eficiente los recursos, impulsando a que la institución preste servicios de calidad, controle los costos y priorice la prevención y el manejo adecuado de los pacientes. La IPS tiene la responsabilidad de evitar sobregiros y manejar adecuadamente los fondos para no comprometer el acceso a los servicios.

Como ventajas estos contratos permiten la optimización de recursos mediante un control más eficiente de los costos al tener un presupuesto predeterminado y planificado, mejoran la calidad del servicio mediante el control de calidad, ya que la IPS tiene un incentivo financiero para evitar gastos innecesarios y mantener la satisfacción del usuario. Además, tienen un enfoque en la prevención, ya que La IPS debe planear, distribuir el presupuesto de manera integral y ejecutar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades para reducir la carga de enfermedades evitables y optimizar los costos de atención para evitar tratamientos costosos a largo plazo.

Sin embargo, también tiene desventajas y debilidades que pueden impactar su efectividad como lo son un mayor riesgo Financiero para las IPSs ya que estas asumen la responsabilidad de administrar un presupuesto fijo para cubrir las necesidades de salud de la población asignada. Si los costos superan el presupuesto, la IPS absorbe las pérdidas, lo cual puede comprometer su sostenibilidad financiera. Situación que es particularmente riesgosa si hay un aumento inesperado en la demanda de servicios o en el costo de los tratamientos; en ese sentido además existe dificultad en la Proyección de Costos, siendo la mayor debilidad que impacta el flujo de los recursos y su destinación seguimiento y control, toda vez que no se conocen con precisión los costos en salud, y por ende muchas veces el valor de los contratos resulta indeterminado respecto a la realidad de la cantidad y el costo de los servicios que demanda cada grupo de población específica.

Estos contratos se basan en proyecciones de las necesidades de salud de una población, pero estas proyecciones pueden no ser precisas debido a cambios en los perfiles epidemiológicos, brotes de enfermedades o emergencias sanitarias, lo cual hace que el factor del riesgo técnico y el riesgo en salud sea difícil de determinar. Un error en la estimación de la demanda o los costos puede afectar negativamente el rendimiento financiero del contrato. Sin embargo, ha existido también una tendencia a sobreestimar los costos de los servicios prestados. Estas proyecciones se realizan a través de las denominadas notas técnicas y los cálculos actuariales.

Además, falta flexibilidad para la inclusión de nuevos tratamientos o medicamentos, en donde los presupuestos asignados en los contratos PGP no siempre se ajustan para incluir avances médicos o nuevos tratamientos costosos que puedan surgir después de la firma del contrato. Esto limita el acceso de los pacientes a tecnologías o medicamentos innovadores que podrían mejorar su salud, pues la IPS debe ceñirse al presupuesto acordado. Esta situación además genera la posibilidad de incentivos para restringir los servicios, dado que las IPSs tienen un presupuesto limitado, llevándolas a reducir la oferta de ciertos servicios o a limitar los tratamientos que implican mayores costos. Esto puede afectar la calidad de la atención y generar demoras o barreras para el acceso a servicios complejos o de alto costo, impactando negativamente la satisfacción del usuario.

Así mismo este modelo dificulta la implementación de la Atención Integral ya que, aunque tiene ese objeto, implementar este modelo de atención requiere coordinación entre diferentes niveles de atención y servicios especializados, lo cual puede ser complicado de ejecutar. En algunos casos, la infraestructura y los recursos humanos de la IPS pueden no ser suficientes para cumplir con esta meta.

De otra parte, faltan incentivos para la innovación y la prevención reales pues, aunque trata de promoverlas muchas IPS aún carecen de incentivos claros o mecanismos específicos para innovar en este aspecto. La inversión en programas de prevención suele ser insuficiente, ya que en muchos casos no se cuenta con indicadores claros de los beneficios a corto plazo, lo que puede limitar los esfuerzos preventivos.

Adicionalmente, este modelo de contrato presenta dificultades en su monitoreo y evaluación ya que el control de calidad y el monitoreo de los resultados de salud pueden ser complejos en estos ya que requieren una infraestructura de seguimiento y datos robusta. Frente a lo que la falta de sistemas adecuados para evaluar el desempeño y la calidad de los servicios afecta la capacidad para realizar ajustes oportunos y eficaces en la gestión del contrato y además afecta la disposición de la información para los cálculos de las notas técnicas.

Pago por Capitación. Es un contrato con pago prospectivo que aplica para la prestación o provisión de la demanda potencial de un conjunto de servicios y tecnologías en salud, que se prestan o proveen en los servicios de baja complejidad, mediante la cual las partes establecen el pago anticipado de una tarifa fija por cada afiliado, dentro de una población asignada y previamente identificada, durante un período de tiempo determinado (Decreto 441, 2022) independientemente de si recibe los servicios o no. Esto permite cubrir de forma integral las necesidades de salud de una población y es el modelo de contratación por medio del cual se garantiza el principio básico de aseguramiento en salud a toda la población, en términos de cobertura y atención básica.

Se caracteriza porque la EPS paga una tarifa fija por cada persona afiliada (capitación), lo cual significa que la IPS recibe un monto mensual establecido por cada usuario, independientemente de si este utiliza o no los servicios de salud. Tiene una cobertura integral de

los servicios ya que la tarifa mensual cubre una serie de servicios que la IPS se compromete a brindar a los afiliados, incluyendo consultas, medicamentos, procedimientos de diagnóstico, hospitalización y otros servicios básicos definidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS).

En este contrato la gestión del riesgo consiste en que, al recibir un pago fijo por afiliado, la IPS debe gestionar eficientemente los recursos para cubrir tanto los costos de los servicios de aquellos afiliados que demanden atención como los costos administrativos. Esto puede impulsar a la IPS a enfocarse en estrategias de prevención y atención primaria para evitar enfermedades que requieran tratamientos costosos. También incentiva la eficacia dado que el pago es fijo, la IPS se beneficia si logra mantener la salud de sus pacientes mediante la prevención y el manejo adecuado de enfermedades crónicas. Cuanto mejor gestione la salud de la población, mayor será el margen entre el pago recibido y los costos operativos.

Estos contratos tienen ventajas como la predictibilidad financiera ya que permite a la EPS y a la IPS prever sus ingresos y costos de manera más controlada, lo que facilita la planificación y gestión de recursos, también tiene un enfoque en la promoción y prevención en la atención primaria, que incentiva a la IPS a enfocarse en este aspecto ya que una población más saludable reduce los costos de atención a largo plazo. También permite un control de costos ya que el pago es fijo, permitiendo limitar y contener el gasto, evitando que los costos de atención se desborden en caso de un aumento en la demanda de servicios.

Esta modalidad también tiene desventajas que posibilitan incentivar la subutilización de los servicios dado que la IPS recibe un monto fijo, podría verse incentivada a limitar el acceso o la frecuencia de los servicios para reducir costos, lo que puede afectar la calidad y el acceso a la atención. Supone riesgos para la calidad de la atención en caso de que no se establezcan de

manera adecuada indicadores de calidad, pudiendo derivar en una atención menos exhaustiva, que afecta la calidad de los servicios prestados.

Además, la variabilidad en las necesidades de salud hace que, si la población a cargo presenta un perfil de salud complejo o una demanda elevada de servicios, el monto per cápita puede ser insuficiente, afectando la capacidad de la IPS para cubrir todos los servicios necesarios.

Pago por Evento. Es un pago retrospectivo que aplica para la prestación y provisión de servicios y tecnologías en salud, mediante la cual las partes acuerdan una suma fija por cada unidad suministrada para la atención de los requerimientos en salud de una persona. (Decreto 441, 2022) Se paga por cada servicio o procedimiento específico prestado al paciente

En este modelo, el pago se realiza únicamente cuando se brinda un servicio determinado, lo que permite una relación directa entre el servicio prestado y el pago recibido. (por ejemplo, una cirugía).

Este modelo se basa en el pago por cada servicio específico suministrado a un paciente, de manera que cada procedimiento o intervención realizada tiene un costo fijo establecido previamente, que se factura después de haberse completado. Es común en la contratación de dispositivos médicos, insumos y otros procedimientos específicos, especialmente entre instituciones privadas de salud (IPS), donde estos contratos constituyen hasta el 67% de los acuerdos de servicio, mientras que las Empresas Sociales del Estado (ESE) los utilizan en el 45% de los casos.

Estos contratos permiten una mayor flexibilidad a las IPS al tratar de cubrir necesidades específicas de los pacientes. Sin embargo, uno de los principales retos es la carga financiera que representan para las Entidades Promotoras de Salud (EPS) cuando se deben cubrir múltiples

servicios a lo largo de tratamientos prolongados o complejos. Además, la prevalencia de este tipo de contratos en los servicios de salud ambulatorios e intrahospitalarios refleja una orientación hacia la cobertura de servicios específicos sin necesariamente garantizar la continuidad de atención en casos de salud complejos o crónicos. Son una de las principales modalidades de contrato en el sistema de salud colombiano, en competencia con modelos como el pago global prospectivo y la capitación, que buscan contener costos y mejorar la eficiencia operativa en la prestación de servicios

Se focalizan en servicios especializados y de alta complejidad como cirugías, procedimientos de imagenología avanzada o tratamientos que requieren recursos significativos. También es común en servicios que se usan esporádicamente, como urgencias, tienen una facilidad de control y auditoría ya que cada servicio es facturado y pagado de forma independiente, permitiendo un control detallado de los servicios prestados. La EPS puede auditar cada procedimiento para verificar que se hayan realizado de acuerdo con los estándares de calidad y el costo pactado lo cual permite mayor transparencia en la gestión del recurso asegurando incluso que se brinden conforme a los protocolos y estándares acordados.

También permiten flexibilidad en casos clínicos complejos que requieren de intervenciones puntuales, de manera que el costo y los recursos se ajusten a las necesidades específicas de cada caso. Este modelo facilita la contratación de servicios que no son de uso frecuente y que pueden requerir recursos especializados. Tienen también desventajas ya que posibilitan el aumento de los costos, ya que cada servicio representa un pago adicional, lo que puede incrementar los costos totales, especialmente si no se controla la frecuencia de ciertos procedimientos. Esta situación también puede incentivar la sobreutilización de los servicios ya que, al pagar cada evento de manera independiente, puede incentivar la realización de

procedimientos adicionales o incrementar su frecuencia, incluso si no son estrictamente necesarios, lo que impacta el gasto en salud. Así mismo, tienen un menor enfoque en la prevención que puede desincentivar las estrategias de pyp y manejo integral de la salud, ya que no contempla la gestión continua de la salud de la población.

Contratos de Riesgo Compartido. Este modelo implica que los riesgos financieros y clínicos de la prestación de servicios son compartidos entre la (EPS) y las (IPS) o un proveedor es decir que, si los costos de atención superan el presupuesto asignado o si no se logran los resultados de salud esperados, ambas partes comparten la responsabilidad financiera. Este tipo de contrato busca alinear los intereses de ambas partes, promoviendo tanto la eficiencia en el uso de los recursos como la mejora en los resultados de salud para los pacientes. Este modelo cada vez es más utilizado, especialmente en áreas donde se requiere mejorar la calidad y controlar los costos.

Su utilidad se orienta en la atención de enfermedades crónicas y condiciones complejas, ya que permite alinear los incentivos para que las EPS y las IPS se enfoquen en mantener la salud de los pacientes y optimizar el uso de recursos. Su utilización y funcionamiento efectivo requiere de contar con métricas claras, una infraestructura sólida de monitoreo y una colaboración efectiva entre EPS e IPS para adaptarse a los cambios en las necesidades de salud de la población y en los costos de atención.

Estos contratos han ganado relevancia como una alternativa para alinear los intereses de las EPS, IPS y proveedores de tecnología, buscando que el pago esté vinculado al logro de resultados de salud concretos y a la reducción de costos. Estos contratos, regulados en parte por el Decreto 441 de 2022, establecen que las EPS y las IPS deben negociar aspectos como el modelo de atención, el análisis de situación en salud y la capacidad instalada de cada prestador

para asegurar la sostenibilidad y eficiencia del servicio. Esta situación permite que las EPS y las IPS compartan los costos de tratamientos, especialmente en condiciones crónicas y complejas, basándose en el éxito de los resultados acordados.

A nivel mundial, los contratos de riesgo compartido se utilizan principalmente para la introducción de tratamientos innovadores o costosos que presentan incertidumbres en cuanto a su eficacia. En Colombia, este enfoque podría beneficiar el sistema de salud al reducir el riesgo financiero para las EPS y permitir a las IPS atender a pacientes con condiciones de alto costo sin comprometer su estabilidad económica. Sin embargo, uno de los retos en el país es la creación de sistemas adecuados para monitorear y evaluar los resultados en salud de manera precisa y continua, de modo que los pagos reflejen verdaderamente los logros en la calidad de la atención brindada.

Para incentivar la calidad y la eficiencia, el contrato puede incluir métricas de desempeño, como tasas de recuperación, reducción de complicaciones, o prevención de enfermedades. Si la IPS cumple o supera estos indicadores de salud, puede recibir incentivos financieros. Si no los cumple, puede enfrentar reducciones en el pago, de manera que también fomentan la atención integral motivando a las IPS a brindar una atención que incluya estrategias de prevención, atención primaria, y manejo adecuado de enfermedades crónicas, con el objetivo de evitar servicios costosos en el futuro y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Estos modelos de contratos también fijan objetivos de resultado en salud específicos para los pacientes, mejorando el control de enfermedades crónicas como, por ejemplo, diabetes o hipertensión, o reducir hospitalizaciones innecesarias lo cual crea un enfoque en resultados, no solo en la prestación de servicios. Otras ventajas que tiene este modelo es la mejora en la calidad de la atención, al establecer metas específicas enfocándose en resultados positivos y reduciendo

complicaciones. Así mismo el modelo permite un control de costos, en el que la IPS tiene un incentivo financiero para gestionar los recursos eficientemente y prevenir el uso innecesario de servicios, lo que ayuda a mantener los costos dentro de un rango razonable. Además, al compartir el riesgo entre ambas partes, también posibilita la transparencia y el compromiso de las partes en alcanzar los objetivos de salud y controlar los costos, promoviendo una gestión conjunta y responsable de los recursos.

Aunque son mayores ventajas, también tiene debilidades entre las que se encuentra la complejidad en su implementación por cuanto requiere definir indicadores de salud claros, mecanismos de evaluación y métodos para distribuir los riesgos y beneficios, lo cual puede ser complejo de implementar dadas las debilidades de los sistemas de información de todos los actores del sector especialmente, de las IPS. Este modelo depende de un sistema robusto de monitoreo y recolección de datos para evaluar los resultados en salud. Sin una infraestructura adecuada, es difícil medir el cumplimiento de los objetivos y ajustar la gestión de los recursos.

También generan el riesgo de subutilización de los servicios ya que, para reducir costos, existe la posibilidad de que algunos servicios puedan ser limitados o se restrinja el acceso a ciertos tratamientos, afectando la calidad de atención si no se monitorea adecuadamente. De otra parte, también genera una desventaja y exposición financiera para las IPS, en caso de que la demanda de servicios supere las expectativas o los costos la IPS puede enfrentar una carga financiera significativa, especialmente si no se logran los objetivos de salud.

Contratos de Promoción y Prevención (PyP). Están diseñados para financiar y promover actividades que mejoren el bienestar de la población y prevengan la aparición de enfermedades. Estos contratos se centran en la salud preventiva, es decir, en reducir los factores de riesgo de enfermedad y en promover hábitos y estilos de vida saludables, con el objetivo de reducir la carga de enfermedades en el sistema de salud y mejorar la calidad de vida de la población. Estos contratos cubren una variedad de actividades específicas, como vacunación, educación sobre estilos de vida saludables (alimentación, ejercicio, control de tabaco y alcohol), programas de tamizaje y detección temprana de enfermedades (como cáncer, hipertensión y diabetes), y prevención de enfermedades transmisibles (como VIH/SIDA, tuberculosis y malaria).

De acuerdo con estimaciones recientes, el gasto en actividades de promoción y prevención representa una porción importante del presupuesto de salud, al destinarse alrededor del 5-10% de los recursos asignados al sistema. Estas cifras reflejan la necesidad de intervenir en etapas tempranas de enfermedades crónicas y de alto costo, como hipertensión y diabetes, que tienden a demandar la mayoría de los recursos en salud. En la región latinoamericana, la gestión de enfermedades de alto costo se apoya en modelos de PyP, lo cual también es una tendencia en Colombia debido a la necesidad de asegurar la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

Sin embargo, en procesos auditores realizadas a las Eps por la Contraloría General de la República se ha identificado un bajo porcentaje de ejecución de estos contratos y dificultades en el seguimiento y control de indicadores de cumplimiento de los mismos como lo reflejó la auditoría Financiera al FPSFN en el 2022 y la auditoría de cumplimiento a Nueva EPS de 2022, en la que sin cumplir los indicadores se pagaron los incentivos, y se ejecutaron mínimamente los recursos por este concepto

Los contratos de Promoción y Prevención (PyP) en el sistema de salud colombiano están diseñados para prevenir enfermedades y promover la salud entre la población asegurada. Estos contratos permiten a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) financiar actividades y campañas que reduzcan el riesgo de enfermedades crónicas y de alto costo, generando ahorros significativos a largo plazo. El presupuesto destinado a estos programas es considerable, dado que abarcan actividades de prevención para una gran variedad de enfermedades, especialmente aquellas de alto impacto en términos de morbilidad y mortalidad.

Algunos ejemplos de las actividades contratadas por concepto de PyP son: Vacunación y Control de Inmunización como programas de vacunación infantil y de refuerzos en adultos, buscando prevenir enfermedades como la influenza, el sarampión y la hepatitis; programas de nutrición y alimentación saludable correspondientes a actividades de educación y concientización sobre una alimentación balanceada y prevención de enfermedades relacionadas con la malnutrición, como la diabetes y la obesidad; detección temprana y tamizaje como la detección de cáncer (mama, cuello uterino), hipertensión, diabetes, y otras condiciones que requieren detección precoz para un manejo adecuado y contratos de educación para la Salud como campañas de concientización sobre los riesgos del consumo de tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, así como programas de promoción de la actividad física.

Otra característica de estos contratos es la cobertura integral de la población ya que deben estar dirigidos a toda la población afiliada, con especial atención a grupos vulnerables como niños, adolescentes, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas. Esto implica un enfoque poblacional que permita cubrir tanto a las personas sanas como a aquellas en riesgo.

Estos contratos deben tener monitoreo de resultado, suelen incluir indicadores específicos de desempeño para monitorear la efectividad de las intervenciones, como la tasa de vacunación,

la cobertura de tamizajes o la reducción de factores de riesgo en la población. Esto permite evaluar el impacto de las actividades de promoción y prevención en la salud de la población. Sin embargo, su registro no siempre es real y no logra medir el impacto de los programas y actividades implementadas. El pago en estos contratos está vinculado a la realización de actividades o al cumplimiento de metas específicas. Esto técnicamente asegura que los recursos asignados realmente se inviertan en actividades de prevención y promoción. Sin embargo, no siempre se implementan.

Este tipo de contratación tiene ventajas como la reducción de la carga de enfermedades al prevenirlas y mejorar la salud de la población, ayudan a reducir la necesidad de tratamientos costosos a largo plazo y la carga de enfermedades en el sistema de salud. Lo cual ayuda a la contención del costo, así como ayuda a disminuir la necesidad de tratamientos complejos o intervenciones de alta complejidad.

Contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida de la población, ya que fomentan estilos de vida saludables reduciendo la incidencia de enfermedades crónicas, así como también se enfocan en grupos vulnerables permitiendo atender específicamente a poblaciones de alto riesgo, como niños, adultos mayores y personas con enfermedades crónicas, brindándoles apoyo y seguimiento continuo.

Sin embargo, como todos los modelos también presentan desventajas y dificultades en su implementación como por ejemplo la dificultad en la medición de impacto, ya que los beneficios de las actividades de PyP pueden tardar en manifestarse, lo que hace difícil medir su efectividad a corto plazo. Esto puede complicar la evaluación de resultados y el ajuste de estrategias. A lo que se une la debilidad de los sistemas e infraestructura de seguimiento y control de la información.

También faltan incentivos para la innovación, los programas pueden carecer de incentivos claros para innovar en estrategias preventivas lo que puede llevar a enfoques limitados en la implementación de actividades, reduciendo la efectividad de las intervenciones, así mismo pueden generar un posible subutilización de recursos, en algunos casos, las actividades de promoción y prevención pueden no recibir la misma atención y recursos que los servicios curativos, especialmente si no existe un seguimiento adecuado o incentivos suficientes.

Finalmente, estos dependen de la comunidad para ser efectivos, pues es fundamental la participación activa de la comunidad y los diferentes segmentos de la población. lo cual implica retos en la forma de involucrarlos para adoptar hábitos saludables o a participar en las actividades, ya que si no se integran de manera efectiva los resultados pueden ser limitados

Otras fallas regulatorias consisten en los vacíos existentes, frente al establecimiento de parámetros de tiempo claros para todos los actores de la cadena de valor, frente a la presentación de facturación, su seguimiento y control en relación a cada tipo de contratación, lo cual ha generado la oportunidad para que no exista una trazabilidad completa de la información con parámetros unificados y celeridad en los pagos de estas facturas, lo que de manera acumulada impacta en la gestión de información, los estados financieros, el conocimiento de los valores reales del costo en salud y por ende en la determinación del valor de la UPC y por supuesto afectaciones al flujo de los recursos.

Perspectivas Financieras de la Crisis del SGSSS

En este apartado, serán planteados los logros y debilidades en materia financiera del sector salud hasta la actualidad. Al respecto, es importante tener presente, que uno de los factores determinantes en la comprensión del uso de los recursos, es la dinámica de incremento en la demanda de los servicios que se relaciona directamente con el incremento del gasto público y el gasto de bolsillo.

También es importante saber que las dificultades frente a la calidad de los datos y la información, son la base de todos los problemas estructurales del sistema, ya que las cifras reales acerca de la prestación de servicios, procedimientos, medicamentos, situación financiera, el valor de la UPC, son desconocidas, pues los datos compilados de diferentes fuentes y autores, suponen solo una aproximación a la realidad del sector, pues no es exacta y tiene debilidades, al punto de afectar la razonabilidad y consistencia de los estados financieros de las EPS, la cual no corresponde a la realidad de los hechos económicos, e impacta toda la cadena de flujo de recursos, y del flujo de información para la toma de decisiones en materia de política pública y soluciones pertinentes, como lo identificó la Contraloría General de la República, en su auditoría de Desempeño para las vigencias 2020, 2021 y 2022. (Contraloría General de la República, 2024a)

Así mismo, se debe tener en cuenta, que el contexto crítico y declive del SGSSS en la actualidad, corresponde al resultado acumulado de problemas financieros no resueltos desde vigencias y gobiernos anteriores, los cuales fueron advertidos por diferentes instituciones y académicos en el pasado, como lo supone la Sentencia T-760 de 2008, diseñada para superar las fallas financieras y de la regulación que fueron identificadas hasta ese momento y que marcaron uno de los primeros hitos en la criticidad del Sistema, dando cuenta incluso de las debilidades en

el seguimiento y control a los recursos, y el manejo ineficiente que las EPS, ya estaban brindando a los mismos.

En el mismo orden de ideas, con la implementación de la Ley 1751 de 2015 que garantizó el derecho fundamental estableciendo mecanismos para garantizar el acceso a los servicios de salud que involucran a todos los actores de la cadena de valor del sector, con el objetivo de asegurar el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, implementar acciones de promoción y prevención de enfermedades, y asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a los servicios de salud; se generaron mayores retos financieros frente a los cuales también se hizo hincapié en la necesidad de reformas estructurales en la financiación del SGSSS, sobre las cuales persisten dificultades en la implementación, pues la garantía del derecho a la salud no se ve plenamente reflejado en la realidad del sistema, debido a las limitaciones financieras que desde entonces ya estaban identificadas. (Yulieth et al., 2022)

De igual manera, estudios asociados al lapso del 2008 al 2019, ya demostraban la inviabilidad financiera de las EPS (Rodríguez-Páez et al., 2022), situación que no fue atendida a profundidad, y que refleja hoy una problemática de mayor complejidad y magnitud, frente a lo que el gobierno de Gustavo Petro ha implementado estrategias y ha propuesto soluciones, que no han sido efectivas para solventar la crisis. Sin embargo, esto no lo exime de su responsabilidad como ejecutor y garante del derecho a la salud para lo que debe utilizar los recursos económicos y normativos de una mejor manera, para garantizando la salud de los colombianos y previniendo una crisis social por tal motivo.

Dicho lo anterior, a continuación, se presentan los principales logros y aspectos críticos en materia financiera del SGSSS.

Universalidad y Bajo Costo de Bolsillo como Principal Logro del SGSSS

Como parte del acuerdo social pactado en el marco de la Constitución Política, la Ley 100 y sus respectivas modificaciones, en materia de avances, en el sistema de salud desde 1993, se han realizado importantes esfuerzos que reflejan un logro progresivo frente al incremento en la cobertura en salud, pasando del 29% en 1995 al 99% en 2024, lo cual implica que el plan básico de atención está garantizado a la mayoría de la población colombiana. Sin embargo, a pesar de estos avances que ha tenido el país, aún se reflejan retos importantes respecto a las desigualdades en el acceso, calidad y oportunidad de la prestación de los servicios de salud y suministro de medicamentos en todas las regiones. (Melo-Becerra et al., 2023)

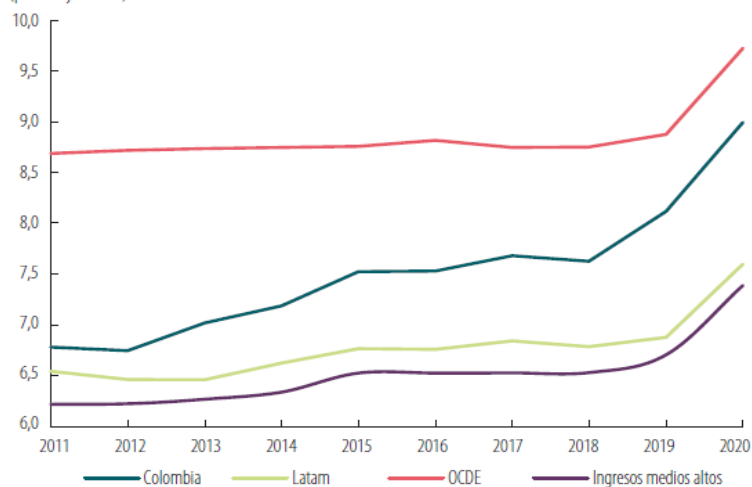
Durante los últimos años, el gasto en salud ha crecido más rápidamente que el resto de la economía mundial, y representa el 10% del producto interno bruto (PIB) mundial. Esta proporción ha sido especialmente importante en países de ingresos bajos y medianos, donde el gasto en salud ha crecido en promedio un 6 % anual, en comparación con un 4 % en países de ingresos altos (OMS, 2019), frente a lo cual Colombia ha mantenido un gasto en salud superior al promedio de los países de Latam, y una variación superior respecto a la de los países de ingreso medio/alto como se refleja en las gráficas.

Figura 3

Indicadores de Gasto en Salud (2011-2020)

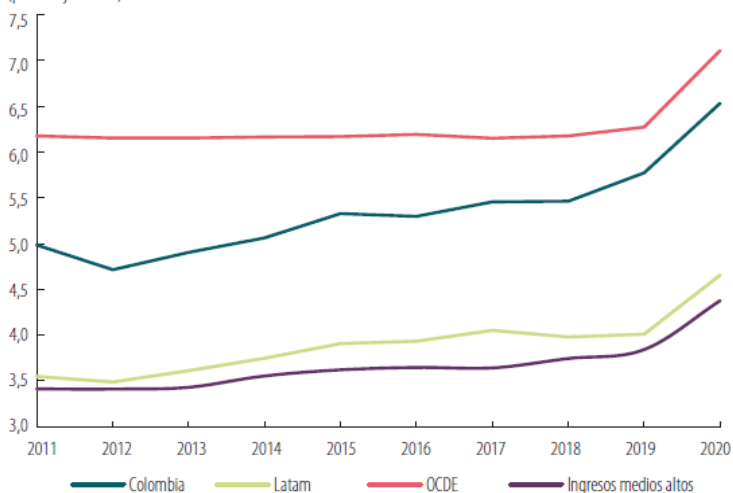
A. Gasto total en salud

(porcentaje del PIB)



B. Gasto público en salud

(porcentaje del PIB)



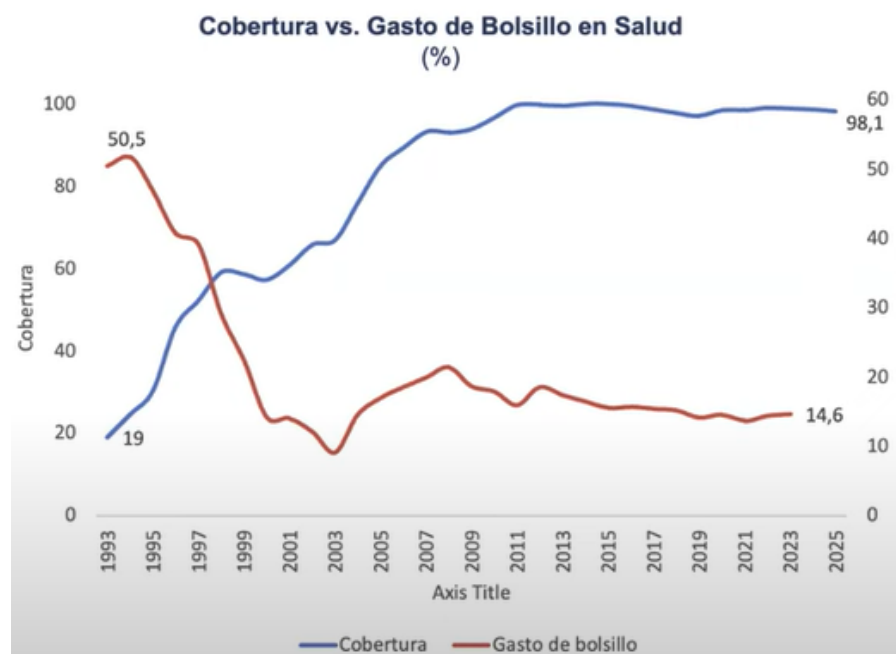
Nota. el gráfico presenta el gasto total y público en salud para Colombia y para el promedio de diferentes grupos de países. Los datos fueron tomados de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y referenciados por el Banco de la República en su documento.

Tomado de ensayos sobre Política Económica / Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia / número 106. (p, 13), Banco de la República, 2022,

El aumento del gasto en 2020, en todos los países, se explica por los mayores recursos destinados para atender la pandemia y a la reducción del PIB, lo que aumenta el indicador. Para 2021 y especialmente a partir de 2022 se ha esperado que el gasto retome la senda que traía en los años previos a la pandemia (Kurowski *et al.*, 2022).

La OMS, además plantea que mientras se está gastando más en salud, las personas pagan demasiado de sus bolsillos; el gasto de bolsillo corresponde a los pagos directos que las personas realizan, para financiar su atención médica, como copagos, cuotas moderadoras, y servicios no cubiertos por los sistemas de salud, como la compra de medicamentos en farmacias o los costos asumidos en atenciones privadas. Para el caso de Colombia, este costo es inferior, en comparación a los países de ingreso medio/alto de Latam, ya que representa un 15,6% del total del gasto, mientras, que el promedio internacional del gasto de bolsillo ha sido del 33,2 % frente al gasto total, y frente a los países de ingreso medio/alto con un 19,8 % en países de la OCDE.(Melo-Becerra *et al.*, 2023)

Estos datos también se pueden evidenciar en un estudio realizado por la (ANDI, 2025) el cual refiere que el principal indicador del avance del sistema de salud en los últimos 30 años ha sido su capacidad de brindar acceso y proteger el bolsillo de los colombianos, como se evidencia en la gráfica a continuación:

Figura 4*Cobertura Vs Gato de Bolsillo en Salud*

Nota. “La realidad del sector salud: coyuntura, finanzas y atención”, ANDI, 2025.

El gráfico representa la relación entre el incremento de la cobertura y la disminución del gasto de bolsillo, fue realizado con cálculos realizados con información de Minsalud y OCDE.

Cuando el gasto de bolsillo es muy alto, puede afectar el acceso a la atención médica y la carga financiera de los hogares, en especial de aquellos con bajos ingresos y sin seguro de salud. Es importante destacar que el bajo gasto de bolsillo en Colombia permitió un destacado manejo internacional de la pandemia, al evitar que los hogares cayeran en quiebra financiera para atender los casos de covid-19 (Restrepo, 2022), ubicando a Colombia en el puesto 12 a nivel mundial del escalafón del manejo de la pandemia realizado Bloomberg. (Melo-Becerra et al., 2023)

Así mismo, se destacan otros datos de importancia referidos por el Banco de la República et al. (2018: 198) “en cuanto al gasto per cápita en salud, Colombia se ubica por encima del

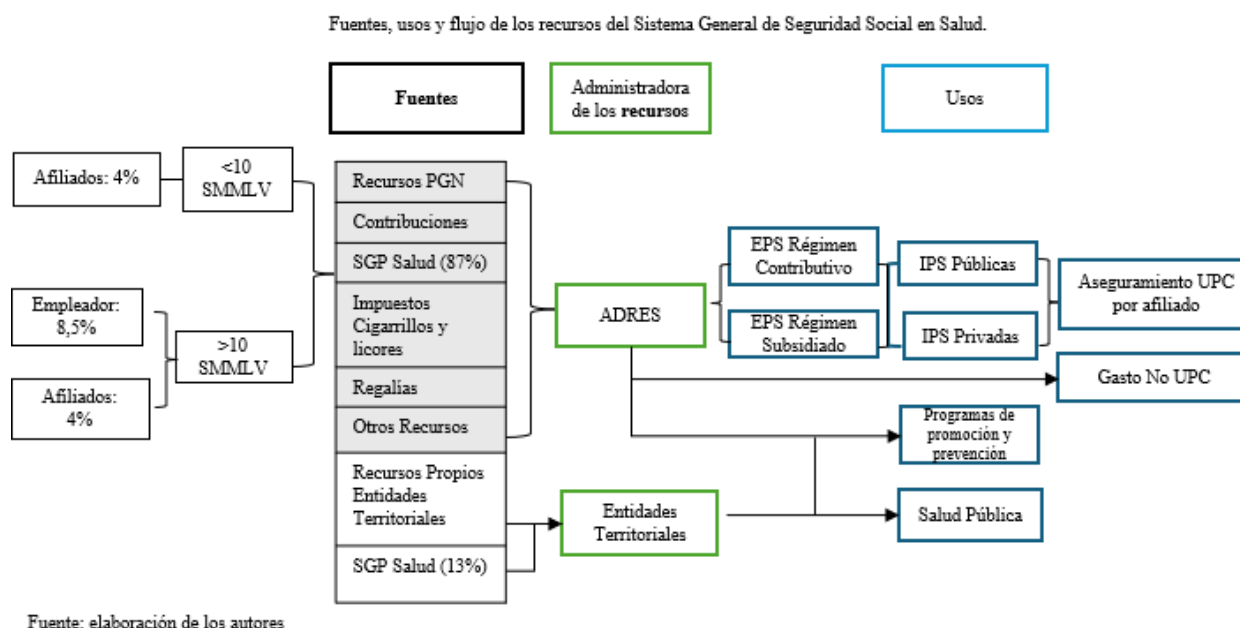
promedio de los países de Latam y de los países de ingreso medio/ alto. Según datos de la OMS, correspondientes al año 2019, el gasto total per cápita en salud ajustado por paridad del poder adquisitivo (PPA) para Colombia fue de USD 1.316, mientras que el promedio de los países de Latam fue de USD 1.205. Este gasto puede variar según diversos factores, como el nivel de ingresos de los países, el tipo de sistema de salud, y la distribución geográfica y poblacional. Para el caso de Colombia el gasto per cápita en salud ha venido en aumento en los últimos años, en consecuencia, del incremento del gasto público en salud y del crecimiento económico del país”.

De otra parte, durante los últimos años, el país y el sector ha experimentado problemas fiscales y financieros asociados al incremento de la demanda de servicios tanto del plan básico de salud cubierto por la UPC, como de los servicios medicamentos, procedimientos, insumos y tecnologías no incluidos en el plan básico correspondientes a los presupuestos máximos. Situación que sugiere un problema de suficiencia del recurso, el cual ha venido acentuándose, generando consecuencias, en otros aspectos financieros como lo son, la generación de pasivos a cargo de la nación, pérdida de los flujos de caja y liquidez de las EPS, debilidades en la gestión y saneamiento de cartera, la falta de cumplimiento de indicadores de permanencia, la intervención a las EPS, entre otros.

Fuentes y Usos de los Recursos Destinados al Sector Salud

Figura 5

Fuentes, Usos y Flujo de Recursos del SGSSS



Nota. Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. 1233- 2023 (p, 13), Banco de la República, 2022.

El Sistema tiene como fuentes de recursos, ingresos de origen fiscal, parafiscal y recursos privados. Los recursos de origen fiscal corresponden a los aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN), las transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP), las rentas territoriales derivadas del recaudo de los impuestos al consumo de cerveza, licores, juegos de suerte y azar, y de los recursos propios de las entidades territoriales. La mayoría de estos recursos se han destinado a financiar el costo del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado de salud que se materializa a través del pago de las UPC a las EPS.

Los recursos parafiscales corresponden a las cotizaciones que provienen del pago obligatorio del 12,5% liquidado sobre el Ingreso Base de Cotización (IBC) de los afiliados al régimen contributivo, el cual se distribuye (8.5%) a cargo de los empleadores y (4%) de los empleados.

El sistema también cuenta con aportes promedio respecto al PIB, del 0.06% de las cajas de compensación familiar, 0,05% de los rendimientos financieros generados por la administración de los excedentes de caja, así como el 0.01% de fuentes de orden privado como lo son los copagos y las cuotas moderadoras que dependen del IBC y se actualizan anualmente con base en la inflación y en las variaciones de la UPC, las cuales son utilizadas para atender prioritariamente los costos de los regímenes contributivo y subsidiado. La cantidad total de las principales fuentes de los recursos invertidos en el sector respecto al PIB se describe a continuación:

Figura 6**Fuentes de Recursos del Sistema de Salud (% del PIB)**

Fuentes de recursos del sistema de salud (% del PIB)											
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022
A. Total Fuentes	4,44	4,75	4,78	4,87	4,64	4,74	4,96	5,40	6,29	6,11	5,20
1. Contribuciones	2,38	2,44	2,44	1,92	1,96	1,96	2,02	2,02	2,17	1,98	1,85
2. Transferencias Totales	1,62	1,70	1,70	2,49	2,47	2,58	2,75	2,89	3,39	3,72	3,02
2.1. Transf. Nación y Territorios	1,39	1,51	1,50	2,26	2,26	2,38	2,50	2,63	3,10	3,46	2,77
2.1.1. Nación	1,14	1,26	1,25	2,05	2,03	2,06	2,12	2,39	2,91	3,29	2,61
CREE e Imporenta				0,73	0,82	0,81	0,42	0,50	0,63	0,46	0,42
Otros recursos PGN	0,23	0,36	0,35	0,46	0,33	0,36	0,83	0,92	0,99	1,33	1,25
SGP	0,91	0,90	0,90	0,86	0,87	0,88	0,88	0,98	1,03	0,94	0,80
Residencias médicas									0,01	0,01	0,02
Recursos FOME									0,26	0,54	0,13
2.1.2. Entidades Territoriales	0,26	0,25	0,25	0,21	0,24	0,32	0,38	0,24	0,18	0,17	0,16
Aportes Dep. y Mun.	0,19	0,22	0,21	0,20	0,21	0,21	0,16	0,20	0,16	0,17	0,16
Recursos FONPET					0,01	0,09	0,20	0,02			
Regalias	0,07	0,03	0,03	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,00	0,00
2.2. Otras Transferencias	0,23	0,19	0,21	0,23	0,20	0,20	0,25	0,26	0,30	0,26	0,25
2.2.1. Cajas compensación fam.	0,07	0,05	0,08	0,08	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
2.2.2. Recursos Coljuegos							0,03	0,04	0,03	0,03	0,03
2.2.3. Prima FONSAT y SOAT	0,15	0,13	0,13	0,14	0,15	0,16	0,16	0,17	0,21	0,19	0,17
3. Otros Ingresos	0,44	0,61	0,63	0,46	0,21	0,20	0,19	0,48	0,73	0,42	0,32
3.1. Excedentes Finan. FOSYGA	0,39	0,43	0,53	0,31	0,06	0,07					
3.2. Rendimientos Financieros	0,05	0,17	0,06	0,05	0,04	0,09	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
3.3. Reintegros							0,07	0,11	0,14	0,10	0,11
3.4. Ley de punto final 2019								0,21	0,18	0,14	0,05
3.5. Otras fuentes de recursos		0,02	0,04	0,10	0,11	0,04	0,11	0,15	0,39	0,17	0,14

Nota: por la entrada en funcionamiento de la ADRES en agosto de 2017 y las dificultades de empalme de las cifras, no se presenta la información para este año.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) para el periodo 2018-2022.

Nota. El gráfico presenta el ingreso total de recursos para el sector salud, respecto al PIB, teniendo en cuenta los recursos fiscales y parafiscales. Tomado de “Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. 1233- 2023 (p, 13), Banco de la República, 2022”.

En conjunto, la suma de estas fuentes ha registrado una tendencia creciente en la financiación del sector, pasando del 4,4 % del PIB en 2011 al 5,2 % en 2022 los cuales han tenido unas variaciones importantes, que denotan problemas de eficiencia y suficiencia, en 2019 del 0.21% debido a la inyección de recursos adicionales del para la cancelación de pasivos a través del Acuerdo de Punto Final y en 2020 del 0.27% asignando recursos para atender la pandemia por Covid-196, a través de las residencias médicas y los recursos del FOME, lo cual se

refleja en un pico del 6,3% en el gasto. Así mismo, otros factores como la inclusión de población migrante de origen venezolano al régimen subsidiado han generado nuevos incrementos del gasto los cuales han sido atendidos con recursos de origen fiscal. (Granger et al., 2023)

Además, otros factores correspondientes a cambios normativos han afectado la disponibilidad de recursos fiscales, debido a la disminución del recaudo y del flujo de recursos, incrementando el gasto público, como fue la variación en los ingresos provenientes de las cotizaciones que eran la principal fuente de recursos del sistema ya que descendieron de 2,4% del PIB en 2011 a 1,9% del PIB en 2014. A partir de 2015, esta fuente de recursos se estabilizó alrededor de 2,0% del PIB. (Granger et al., 2023). Situación que obedeció a la Ley 1607 de 2012, que con el fin de reducir la informalidad laboral mediante la reducción de los costos de contratación exoneró a las empresas de pagar la cotización de salud sobre los trabajadores con 10 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV) o menos; esto fue solventado temporalmente con el Impuesto de Renta para la Equidad (CREE) que estableció la misma norma y que posteriormente fue eliminado con la Ley 1819 de 2016, mediante la cual además se colocó el impuesto de renta para el financiamiento del sistema de salud, el SENA y el ICBF. (Granger et al., 2023)

Con la Ley 2010, correspondiente a la reforma tributaria de 2019, se redujo de forma gradual los aportes a salud de los pensionados que perciben entre uno y dos salarios mínimos.

Además, factores como la inclusión de nuevos medicamentos y servicios en el PBS, que antes se reconocían a través de mecanismos de los presupuestos máximos, han incrementado el valor de la UPC en términos reales para ambos regímenes. Para lo cual es necesario que las fuentes de los recursos para la financiación sean permanentes y sostenibles en el tiempo, así como también es importante fomentar nuevas fuentes de recursos.

Respecto al uso de los recursos, son destinados al aseguramiento de la población mediante el pago de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que financia el Plan Básico de Salud de los dos regímenes (contributivo y subsidiado), también se destinan a la cobertura de gastos adicionales no incluidos en la UPC, tales como servicios fuera del plan, programas de salud pública, promoción, prevención y el financiamiento de tratamientos de alto costo asociados a enfermedades crónicas y emergencias sanitarias, además de los gastos administrativos que no puede ser superior al 8% en el subsidiado y al 10% en el régimen contributivo. (Granger et al., 2023) La distribución de estos recursos durante el periodo 2011 a 2022 se refleja a continuación:

Figura 7

Usos de Recursos del Sistema de Salud

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022
A. Total Usos	4,10	4,13	4,62	4,55	4,64	4,74	4,72	5,03	6,36	5,96	5,15
1. Régimen Contributivo y Subsidiado	3,05	3,21	3,70	3,71	3,92	4,08	4,10	4,23	4,83	4,31	4,17
1.1. UPC – Reg. Contributivo.	1,89	1,84	1,85	1,87	2,04	2,14	2,14	2,16	2,39	2,13	2,13
1.2. UPC – Reg. Subsidiado	1,16	1,38	1,85	1,84	1,87	1,94	1,95	2,08	2,44	2,17	2,04
2. Gasto No UPC	0,35	0,31	0,37	0,32	0,32	0,33	0,32	0,16	0,49	0,53	0,22
2.1. Presupuestos máximos									0,43	0,52	0,21
2.2. Recobros	0,35	0,31	0,37	0,32	0,32	0,33	0,32	0,16	0,06	0,02	0,01
3. Salud pública, Programas P y P	0,63	0,55	0,44	0,37	0,26	0,24	0,09	0,09	0,13	0,13	0,20
4. Programa residencias médicas											
5. Medidas Covid-19									0,16	0,56	0,22
5.1. Reconocimiento económico talento humano									0,05	0,01	0,01
5.2. Compensación afiliados Reg. Subsidiado									0,01	0,01	0,00
5.3. Canastas y pruebas COVID-19									0,04	0,38	0,11
5.4. Servicios UCI, cuidados intermedios									0,03	0,03	0,00
5.5. UPC Régimen Contributivo									0,03	0,13	0,09
6. Ley de Punto Final								0,28	0,45	0,21	0,11
7. Otros Usos	0,07	0,06	0,10	0,16	0,15	0,09	0,02	0,07	0,07	0,02	0,04

Nota: por la entrada en funcionamiento de la ADRES en agosto de 2017 y las dificultades de empalme de las cifras, no se presenta la información para este año. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) para el periodo 2018-2022.

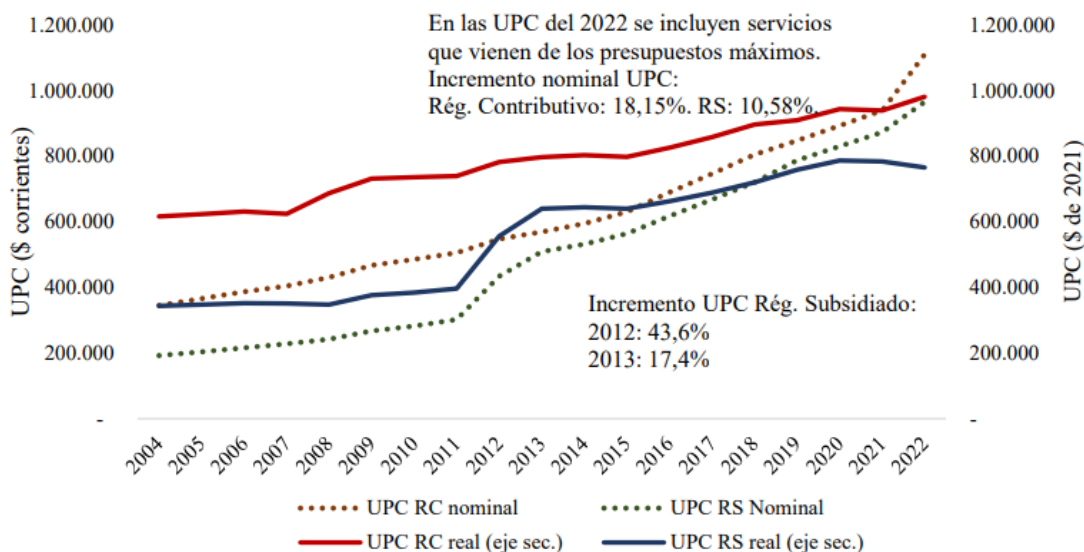
Nota. el gráfico presenta el ingreso total de recursos para el sector salud, respecto al PIB, teniendo en cuenta los recursos fiscales y parafiscales. Tomado de *Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. 1233- 2023* (p, 17), Banco de la República, 2022.

Además del reconocimiento de la UPC, los recursos se destinan al pago de incapacidades y licencias, así como a la promoción y a la prevención.

El costo del aseguramiento, en el año 2022 ascendió a 4,2% del PIB, de los cuales 2,1% del PIB se asignaron al régimen contributivo y 2,0% del PIB al subsidiado. En el Gráfico 3 se presenta la evolución de la UPC en pesos corrientes y en pesos de 2021. Allí se observa una brecha entre el valor de la UPC de los dos regímenes, que se ha venido reduciendo como resultado de la Sentencia 19 de la Corte Constitucional T-760 de 2008 que ordenó la igualación gradual de los PBS. Para el año 2022, el gobierno tomó la decisión de incorporar en la UPC de los dos regímenes, nuevos procedimientos y medicamentos que previamente se reconocían a través del mecanismo de presupuestos máximos. A pesar del incremento adicional en la UPC del Régimen contributivo y subsidiado, la brecha entre los dos regímenes en pesos constantes se amplió en 2022. Para el 2023 la UPC de los dos regímenes tuvo un crecimiento de 16,5%, que es mayor a la inflación esperada para el año.

Figura 8

Valor de la UPC y Afiliados del Régimen Contributivo y Subsidiado



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota. el gráfico presenta el valor de la UPC real y nominal para el régimen contributivo y subsidiado. Tomado de *Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos.*

1233- 2023 (p, 20), Banco de la República, 2022

Inviabilidad Financiera del Sector

Como ya se mencionó, la situación del sector salud, no corresponde a problemas propios del periodo de Gobierno del Presidente Gustavo Petro, sino al acumulado de problemas financieros no resueltos desde vigencias y gobiernos anteriores; en su documento "*Aproximación a la situación financiera del sector salud*" (Gelves Rangel, 2019) analizó la situación financiera del sistema de salud en Colombia, basándose en auditorías y controles fiscales y los Estados Financieros, de lo cual concluyó que la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano estaba en riesgo, dado el incumplimiento de los indicadores financieros de permanencia de las EPS (Capital Mínimo - CM y Patrimonio Adecuado - PA), y

los resultados negativos del análisis de la situación financiera de Caprecom (2012), Cafesalud (2015), Medimás (2017-2019). A continuación, la descripción de la situación financiera de las EPS mencionadas.

- Caprecom (2012). Con Ingresos operacionales de \$2.199.108 millones los cuales aumentaron para la vigencia el 11%, pérdidas operacionales de \$167.392 millones, pérdidas netas de \$294.171 millones, un patrimonio negativo de \$615.283 millones y un nivel de endeudamiento de 145.1%, correspondiente a un pasivo de \$1.979.894 millones proporcional a un 94% en el corto plazo. Estos datos revelan que la EPS tenía un alto nivel de endeudamiento y pérdidas operacionales insostenibles, lo que llevó a su liquidación en 2015.

- Cafesalud (2015). Con Ingresos operacionales de \$1.643.708 millones los cuales aumentaron un 32% respecto a la vigencia 2014, con costo operacional de \$217.246 millones en pérdidas, un pasivo total de \$1.103.734 millones correspondiente a un 244% del activo, patrimonio negativo de \$651.315 millones, con pérdidas acumuladas de \$683.151 millones, deudas de difícil cobro \$170.354 millones, reserva técnica (pasivo no pagado a prestadores) por \$663.363 millones. Cafesalud operaba con un patrimonio negativo y una carga financiera que comprometía su estabilidad. A pesar del aumento en ingresos en 2015, los costos operativos superaban ampliamente los ingresos y activos de la EPS lo que conllevó a su liquidación dada la falta de sostenibilidad Financiera.

- Medimás (2018). Con ingresos operacionales que pasaron de \$1.735.977 millones en 2017 a \$4.136.342 millones en 2018, aumentando un 138%; (el 2018 fue la primera vigencia completa de operación, la cual se está comparando frente a ingresos de solo cinco meses en el 2017), Costos de atención en salud por \$4.600.604 millones/2018, reflejando un aumento

nominal del 198%, costo operacional de \$345.114 millones, un resultado operacional con pérdidas por \$809.376, resultado neto del ejercicio negativo con pérdida de \$699.359 millones/2018, mientras que para el 2017, se obtuvo una utilidad de \$38.144 millones. A diciembre 31 de 2018, los activos totales se situaron en \$1.875.886 millones, para una disminución del 20,18% real frente a los activos registrados al cierre de la vigencia 2017, pasivo total asciende a \$2.037.169 millones. Las Cuentas por Pagar (2105) que corresponden a las Reservas Técnicas generadas, por \$1.210.442 millones/2018, representan el 47% del mismo y constituyen la acreencia más importante de la EPS. (Gelves Rangel, 2019)

Respecto a la base patrimonial fue totalmente absorbida y se convierte en negativa, al situarse -\$161.282 millones, situación explicada por la generación de una pérdida neta en el ejercicio 2018 por \$699.359 millones. La desaparición del patrimonio se dio, a pesar de la capitalización tanto del intangible por \$481.262 millones, como de las utilidades netas obtenidas en el 2017 por \$38.144 millones. En consecuencia, el nivel de endeudamiento es del 109%/2018, concentrado en un 85% en el corto plazo, cuya condición de exigibilidad ejerce una importante presión sobre la liquidez de la entidad. El nivel de apalancamiento había superado cualquier límite tolerable. Además, la una cartera deficiente (180-360 días) que creció del 0% al 22% y la irrecuperable (más de 360 días) del 0% al 6%. (Rafael Eduardo Gelves, 2019)

Así mismo, en un estudio realizado por (Rodríguez-Páez et al., 2022) que evaluó la situación financiera de las EPS en los años 2008 y 2019, mediante un análisis del estado de resultados, de la estructura financiera y de capital, determinó que durante este periodo de tiempo, el activo de las EPS creció en \$17,3 billones (4,9 veces) mientras el pasivo aumentó a \$23,2 billones 7,3 veces, ya que en 2008, la deuda total de las EPS era de \$5,5 billones, mientras que en 2019 alcanzó \$28,7 billones, superando el crecimiento de sus activos, con resultados en

patrimonios negativos en la mayoría de los grupos de EPS. Lo anterior, mostrando que la relación de la deuda respecto a los activos en 2008 era de 57,9%; y en 2019 ascendió a 98%, indicando que la mayoría de los activos de las EPS están financiados por deuda.

En las EPS del régimen subsidiado (RS), esta relación pasó del 57,6% en 2008 al 183% en 2019, reflejando un endeudamiento insostenible. Además, la proporción por concepto de cuentas por cobrar sobre el total de activos en 2019 fue del 47,2%, equivalente a \$10,3 billones. Mientras que la rentabilidad sobre activos (R/A) pasó de un valor positivo en 2008 a uno negativo en 2019, con una caída de 8 puntos porcentuales.

De otra parte, respecto al cumplimiento de los indicadores de permanencia diseñados bajo el supuesto de garantizar la viabilidad y sostenibilidad económica y financiera de las entidades, el análisis de Gelves se centró en dos indicadores, el Capital Mínimo (CM), correspondiente al nivel mínimo de capital que deben mantener las EPS para operar y el patrimonio adecuado (PA) que indica si la entidad tiene suficiente respaldo financiero para sus obligaciones. Los resultados al respecto fueron desfavorables concluyendo que desde la expedición del Decreto 2702 de 2014, que estableció nuevas condiciones financieras para las entidades de aseguramiento en salud, la evolución del capital mínimo (CM) en el régimen contributivo y subsidiado ha mostrado una tendencia al deterioro desde diciembre de 2015. A pesar de una leve mejora entre junio y diciembre de 2017, el déficit consolidado en el RC alcanzó los -\$607,4 mil millones en diciembre de 2017. Aunque algunas EPS presentaron un exceso de CM, este fue absorbido por entidades con déficit, lo que generó un saldo negativo en el sistema. En el RS, a junio de 2015, solo el 35% de las entidades cumplían con el requisito de CM, mientras que el resto acumulaba un déficit significativo de más de \$1.243.685,1 millones.

En el mismo sentido, otro análisis financiero de las EPS, elaborado por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, con datos actualizados a marzo de 2023, refleja una situación de crisis persistente en la estabilidad patrimonial del sector, con un déficit acumulado en el Patrimonio Adecuado de las EPS deficitarias, correspondiente a \$4,9 billones, mostrando una leve mejora frente a los \$5,3 billones registrados en 2015, pues hubo una leve disminución en el déficit patrimonial, si se considera el efecto neto (incluyendo EPS superavitarias y deficitarias), el déficit se sitúa en \$2,9 billones, habiendo disminuido desde los \$4,5 billones en 2015; Sin embargo, las cifras siguen siendo alarmantes y el problema continúa, especialmente en el régimen subsidiado, que presenta un déficit de \$2,6 billones de pesos, mientras que el régimen contributivo acumula \$2,3 billones. (Cuadros Ruiz, 2023)

Figura 9

EPS Efecto Neto



Fuente: Recopilación de la ACHC a partir de la información de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. Para consultar documentos, véase "Informe de seguimiento indicadores financieros de permanencia para EPS".

Nota. el gráfico presenta el efecto neto de las EPS deficitarias, con su resultado del indicador de Patrimonio adecuado (Cifras en miles de millones), por regímenes tanto de EPS “deficitarias” como efecto “neto” (superavitarias y deficitarias), periodo junio 2015 a marzo 2023, Tomado de Resultados de los indicadores de permanencia financiera de empresas promotoras de salud (EPS) a marzo de 2023. (p.87). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC, 2023.

Es tan leve la mejora que los valores son similares a los reportados por Gelves hasta el 2017 con el cumplimiento de solo el 35% de las EPS, mientras que al 2023 solo el 32% de las EPS evaluadas cumplen con los tres indicadores de estabilidad financiera, capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica. Lo cual significa que más del 71% de los afiliados están vinculados a EPS que no cumplen con al menos uno de estos parámetros. (Cuadros Ruiz, 2023)

Respecto a los resultados del análisis, en términos de cumplimiento de los indicadores financieros, el estudio plantea que, solo 8 de las 25 EPS evaluadas (32%) cumplen con los tres parámetros exigidos por la SNS, en el RS solo 2 de 10 EPS cumplen, en el RC 5 de 12 EPS y en el régimen mixto, solo 1 de 3 EPS cumple los estándares. Algunas de las EPS con mayores déficits patrimoniales son Famisanar (-\$1,58 billones) y Emssanar (-\$1,57 billones), que juntas tienen más de 4,9 millones de afiliados. Tres EPS (Asmet, EPM y Capresoca) no reportaron información financiera, lo que podría subestimar aún más el déficit real del sector, el consolidado de datos se refleja a continuación:

Figura 10

Evolución Capital Mínimo, Patrimonio Adecuado y Régimen de Inversión de la Reserva Técnica por Regímenes y Número de Afiliados EPS a Marzo de 2023

RÉGIMEN	CÓDIGO	EPS	AFILIADOS A MARZO DE 2023	CUMPLIMIENTO INDICADOR CAPITAL MÍNIMO	CUMPLIMIENTO INDICADOR PATRIMONIO ADECUADO	CUMPLIMIENTO RÉGIMEN DE INVERSIÓN DE LAS RESERVAS TÉCNICAS	TOTAL CUMPLIMIENTO (A CABALIDAD 3 INDICADORES) A MARZO 2023
				MARZO 2023	MARZO 2023	MARZO 2023	
CONTRIBUTIVO	EPS005	SANITAS	5.740.383	SI	NO	SI	5 DE 13 EPS (41,7%)
	EPS010	SURA	5.231.345	SI	SI	SI	
	EPS002	SALUD TOTAL	4.580.343	SI	SI	SI	
	EPS017	FAMISANAR	3.037.725	NO	NO	NO	
	EPS008	COMPENSAR	2.156.461	SI	SI	NO	
	EPS018	SOS	753.125	NO	NO	NO	
	EPS012	COMFENALCO VALLE	295.662	SI	SI	NO	
	EPS001	ALIZANSALUD	247.020	SI	SI	SI	
	EPS046	FUNDACION SALUD MIA	57.223	SI	SI	SI	
	EAS027	FERROCARRILES	32.183	NO	NO	NO	
	EAS016	EPM	7.635	NO	NO	NO	
	EPS047	SALUD BOLIVAR EPS	768	SI	SI	SI	
	TOTAL AFILIADOS			22.139.873			
SUBSIDIADO	ESS062	ASMET S.A.S.	2.019.059	NO	NO	NO	2 DE 10 EPS (20,0%)
	ESS118	EMSSANAR	1.88.928	NO	NO	NO	
	EPSS40	SAVIA SALUD	1.687.679	NO	NO	NO	
	CCF055	CAJACOPI ATLANTICO	1.531.594	SI	SI	NO	
	EPSS34	CAPITAL SALUD	1.181.199	SI	NO	NO	
	ESS091	ECOOPSOS SAS	355.032	NO	NO	NO	
	CCF049	COMFAORIENTE	234.756	SI	SI	NO	
	CCF033	EPS FAMILIAR DE COLOMBIA (COMFASUCRE)	224.756	SI	SI	SI	
	EPS025	CAPRESOCA	177.631	NO	NO	NO	
	CCF102	COMFACHOCÓ	171.827	SI	SI	SI	
TOTAL AFILIADOS			9.471.952				
CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO	EPS037 - EPSS041	NUEVA EPS	10.164.404	SI	SI	NO	1 DE 10 EPS (33,3%)
	EPS042 - ESSC024	COOSALUD ESS	3.369.067	SI	SI	SI	
	EPS048 - ESSC07	MUTUAL SER	2.583.192	SI	SI	NO	
	TOTAL AFILIADOS			16.116.663			
TOTAL AFILIADOS CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO			47.728.488				

POBLACIÓN A MARZO DE 2023

Cumplimiento TOTAL o incumplimiento de alguno de los "tres" parámetros (capital mínimo, patrimonio adecuado y régimen de inversión de la reserva técnica)	Nº DE EPS
13.635.329	28,6% 8
34.093.159	71,4% 17

Fuente: ACHC a partir de la información de Circular Única de la Superintendencia Nacional de Salud. La información de afiliados incluye la movilidad y, adicionalmente, no se incluyen las EPS-indígenas según la normativa vigente. Para consultar el resultado de los indicadores de dichas EPS véase [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CAM%20PA%20Y%20R%20-MARZO%20DE%202023%20V1%20\(1\).pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/INFORME%20DE%20EVALUACION%20DE%20LOS%20INDICADORES%20DE%20CAM%20PA%20Y%20R%20-MARZO%20DE%202023%20V1%20(1).pdf)

Nota. La tabla presenta la relación de las EPS clasificadas por régimen, y su relación al cumplimiento de los 3 indicadores de permanencia, con corte a marzo de 2023. Tomado de Resultados de los indicadores de permanencia financiera de empresas promotoras de salud (EPS) a marzo de 2023. (p.90). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC, 2023.

Dado el incumplimiento de indicadores, además se puede inferir que existe una relación directa entre el riesgo financiero y el riesgo de salud, lo que significa que una crisis en uno de estos ámbitos puede generar un impacto significativo en el otro. Se destaca que la inestabilidad económica puede aumentar la vulnerabilidad de las personas y empresas ante problemas de salud, mientras que los costos elevados en atención médica pueden deteriorar la estabilidad financiera. (Almeida Espinosa & Castro Méndez, 2019)

Además, aunque algunas EPS han intentado acogerse a planes de reorganización institucional, estos han mostrado baja efectividad. De las EPS en crisis que ingresaron a estos programas, cuatro han terminado en liquidación y otras tres (S.O.S., Savia Salud y Capresoca) esperan autorización para iniciar procesos de ajuste financiero, así mismo, a pesar de los esfuerzos regulatorios, la situación financiera de las EPS sigue siendo crítica. La reducción en el déficit patrimonial parece deberse más a la liquidación de entidades inviables que a una mejora estructural del sistema, máxime cuando hasta la fecha, ningún proceso de intervención ha sido exitoso en evitar la liquidación de las EPS intervenidas. (Cuadros Ruiz, 2023)

En el sentido de la liquidación de las EPS, según la SNS, a finales de los años 90 y principios de los 2000, había alrededor de 120 EPS operando en Colombia, desde 2019 y hasta 2023, se liquidaron 18, entre ellas, Cafesalud, Caprecom, Medimás, Coomeva y Emdisalud, y a marzo de 2025, la Adres y la SNS reportan 32 EPS que siguen operando, algunas con medida de intervención como Famisanar y Nueva EPS, y otras con anuncio de liquidación como el caso de

Sanitas. Tal situación sugiere que la reducción del déficit patrimonial podría deberse más a la eliminación de entidades financieramente inviables que a una mejora estructural del sistema.

Asimismo, varias EPS han solicitado planes de reorganización institucional, pero la efectividad de estas medidas sigue siendo incierta, ya que a la fecha no se conoce el caso exitoso de alguna EPS, que no se haya liquidado posteriormente a sus intervenciones. Esto además representa un incremento burocrático y la consolidación de grupos de trabajo especializados en los procesos liquidatarios, que además de lucrarse por el desempeño de esas funciones durante el tiempo que dura cada proceso, generan pérdidas patrimoniales de los recursos públicos, toda vez que es marginal el resultado de recuperación y resarcimiento patrimonial, frente a los recursos gastados, como sucedió en el caso Salucoop, en el que se perdieron 1.5 billones de pesos, de los cuales solo se recuperaron 300.000 millones, según el Superintendente Nacional de Salud (Luis Carlos Leal, 2024), y frente a lo que además, los agentes interventores y liquidadores también contribuyen al detrimento del patrimonio como se evidenció, con los fallos de la Contraloría General de la República emitidos en el 2021, mediante los cuales imputó responsabilidad fiscal solidaria por \$219.734 millones de pesos en contra del exinterventor, durante el periodo 2013 al 2015 y de responsabilidad fiscal solidaria en contra de los agentes especiales liquidadores en el periodo 2015 al 2016, por más de 125.839 millones; y durante el 2016 al 2019 por más de \$2.549 millones de pesos.(Michell Andrea Vivas, 2024). Situación que, en el modo de operar, no es diferente para el caso Medimás, con la diferencia de que a la fecha no se conocen las cifras.

La situación descrita además revela, que las debilidades en la Inspección, Vigilancia y Control no son menores, sino que la institucionalidad estatal también contribuye a través de los agentes interventores y liquidadores a la ineficiencia y pérdida de los recursos desfinanciando el

sector, así como también denota que el control fiscal es débil en la prevención y resarcimiento del daño patrimonial.

En ese sentido, Gelves en su trabajo, plantea que la SNS ha sido ineficaz en la toma de medidas oportunas y efectivas para corregir los problemas financieros de solvencia, liquidez y permanencia de las EPS que no cumplían con los requisitos mínimos para garantizar su sostenibilidad financiera, adicionalmente, analizó el rol de la ADRES, identificando que para el 2017 presentaba problemas de flujo de caja y deudas acumuladas con los prestadores de salud, situación que ha venido corrigiendo mediante la sofisticación de sus procesos y el uso del mecanismo de pago de giro directo.

Adicionalmente, un estudio del “Riesgo Financiero en entidades del sector salud de Colombia”, (Gómez, 2022) el cual tuvo como objetivo evaluar el impacto del riesgo financiero y el análisis de cartera en la gestión gerencial de la IPS. evidenciando que la demora en los pagos por prestación de servicios es la principal causa a sus problemas financieros debido al incumplimiento en el pago por el Estado, EPS y ARS ocasionando el creciente riesgo de inviabilidad financiera por la presencia de mayores niveles de endeudamiento e incumplimiento con las entidades financieras, el Estado, proveedores, empleados y contratistas.

Al respecto, plantea que la política de cartera ha perdido su propósito original, generando discrepancias entre el reconocimiento del sector y las normativas impuestas por el sistema bancario. Además, identifica que los principios de riesgo financiero en las IPS han tenido que ajustarse a exigencias estatales en lugar de responder a fundamentos financieros adecuados, lo que afecta su estabilidad y desarrollo. Lo que se refleja en las estrategias de gestión gerencial proyectadas, donde la propia institucionalización de las IPS y la inclusión de variables financieras críticas han limitado la capacidad de gestión.

El estudio concluye que la intervención del Estado en el sector salud debe ser más activa y decisiva, asegurando el pago oportuno de los servicios prestados por las IPS. Esto permitiría evitar la pérdida de autonomía en su funcionamiento y garantizar la aplicación de estrategias financieras que impulsen su crecimiento y sostenibilidad.(Gómez, 2022)

En la misma línea de esta conclusión la Auditoría de Desempeño de la Contraloría General de la República, identificó el incumplimiento de la circular 013 y 016, emitidas por la SNS, referentes al saneamiento de las cuentas y la depuración de cartera denotando debilidades en la gestión de la SNS, frente a los pasivos del sector y las conciliaciones de los recobros entre las EPS y las IPS. (Contraloría General de la República, 2024a)

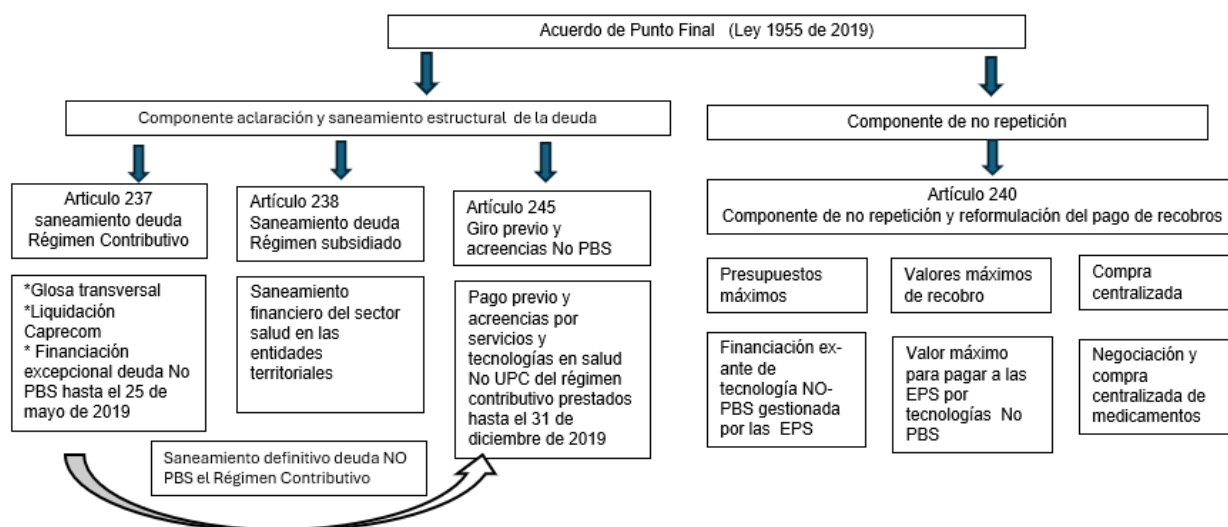
Frente a esa situación una de las medidas implementadas con el fin de sanear deudas acumuladas en el sistema de salud y establecer mecanismos para evitar su repetición, fue el Acuerdo de Punto Final establecido en el marco del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Al respecto las cifras de la deuda de las EPS y entidades territoriales con las IPS era \$9,6 billones según los deudores y \$16,2 billones según los acreedores en 2018. (Salamanca Delgado, 2022) lo cual muestra una gran discrepancia en la conciliación de las cifras y realidad de la situación financiera que afecta directamente la razonabilidad de los estados Financieros del sector (Contraloría General de la República, 2024a).

Además, hubo una asignación de recursos de \$6,7 billones a la reducción de la deuda histórica distribuida con \$5,2 billones para el Régimen Contributivo y \$1,5 billones para el Régimen Subsidiado. En ese estudio además se evaluaron 27 Eps, analizando 1.206 observaciones durante 45 meses (enero 2018 - septiembre 2021), considerando pagos por presupuestos máximos, compra de cartera a IPS y medidas por la emergencia COVID-19. (Salamanca Delgado, 2022) estas cifras se relacionaron con las PQRS presentadas durante ese

mismo periodo de tiempo. evidenciando y concluyendo que, a pesar del saneamiento financiero, no hubo una mejora significativa en calidad de atención, y que el impacto positivo en la estabilidad financiera solo fue en el corto plazo mejorando temporalmente durante 4 meses la estabilidad financiera de las EPS.

Figura 11

Esquema de funcionamiento del Acuerdo de Punto Final



Nota. El esquema presenta a la izquierda la implementación del acuerdo, y a la derecha el componente de no repetición mediante la implementación de los presupuestos máximos, los valores máximos de recobro y la compra centralizada de medicamentos. Tomado del documento “Situación Financiera y calidad de atención de las EPS, del régimen contributivo de salud: Impacto del acuerdo de punto Final, Salamanca Delgado, (p.12). Universidad de los Andes, 2022.

Respecto de la estrategia de saneamiento a través del Acuerdo de Punto Final, desde su implementación y hasta el 30 de junio de 2024 fueron reconocidos \$5,2 billones distribuidos como se refleja a continuación.

Figura 12*Consolidado Giro Acuerdo Punto Final*

Concepto	Total	Valor EPS	Valor girado IPS/ proveedores
Giro Art 245 de la Ley 1955 de 2019	5.263.700.723.910,33	984.320.423.769,09	4.279.380.300.141,24
Giro Art. 237 Ley 1955 de 2019	1.250.977.787.027,85	334.139.089.625,28	916.838.697.402,57
Deudas reconocidas en el proceso liquidatorio de CAPRECOM con cargo al servicio de la deuda	514.247.386.139,00		
Total general	7.028.925.897.077,19	1.318.459.513.394,37	5.196.218.997.543,82

Fuente: Elaboración propia-Dirección de Otras Prestaciones.

Nota. Acuerdo de punto final desde 2019 hasta el 2024, elaboración propia de la Dirección de Otras Prestaciones. Tomado de Informe de gestión rendición de cuentas 2023-2024 ADRES (p.28).

De otra parte, frente a la situación de cartera del sector, un informe de la asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) detalla la situación financiera de 225, IPS en Colombia, con corte al 30 de junio de 2024, identificando una deuda acumulada a las IPS, por parte de las EPS, aseguradoras SOAT, compañías de medicina prepagada, entes territoriales, Adres y el extinto Fosyga por un total acumulado de 18,9 billones de pesos, lo que representa un incremento del 12,8% respecto al semestre anterior y una morosidad del 55% de la deuda correspondiente a 10,4 billones de pesos con mora de más de 60 días. (HCHC, 2025)

Frente a la cartera de las EPS liquidadas, el 100% se encuentra en mora. Con respecto a las EPS del régimen contributivo correspondiente a 16 entidades, asciende a 1,4 billones de pesos, siendo la mayor deudora de este grupo Medimás, la cual concentra el 34,3%, Coomeva

con el 29,4% y Cafesalud con el 20,4%, Cruz Blanca 5,2%, SaludCoop con el 6,0%, Salud Vida 4,3%. (HCHC, 2025)

Respecto a las EPS del régimen subsidiado que fueron liquidadas, la deuda se aproxima a 1,2 billones de pesos, entre las que se encuentra Convida con una deuda total de 178.000 millones de pesos 15,2% del total de la deuda de las EPS liquidadas), Ecoopsos debe 146.000 millones de pesos, lo que representa el 12,4%; Comfamiliar Huila concentra el 10,4% con 123.000 millones de pesos; EPS Comparta adeuda 120.000 millones de pesos con el 10,2% del total de las EPS-S liquidadas; Emdisalud y Medimás que concentran cada una el 9,7%. (HCHC, 2025)

Así mismo existe una deuda significativa de las deudas de entidades en medidas Especiales, en las que se identificó que 9 EPS incrementaron su cartera total en el 245,8%, más de 5,7 billones de pesos, situación que tuvo un comportamiento muy notorio por la inclusión de Nueva EPS y Sanitas, que son las que mayores saldos de deuda presentan dentro del conjunto de entidades evaluadas; y la concentración de la cartera morosa en 2,2 puntos porcentuales, pasando del 50,3% en diciembre al 52,5% en junio del 2024. La EPS que tuvo un mayor incremento absoluto en su cartera total, entre diciembre del 2023 y junio del 2024, fue Nueva EPS con más de 1 billón de pesos, lo que representa un incremento del 33,2%. La segunda y tercera EPS con mayor incremento absoluto en su cartera total fue Sanitas con un incremento de más de 253.000 millones de pesos (25,6%) y Emssanar con un incremento de 107.000 millones de pesos (19,6%).(HCHC, 2025)

Otros dineros que se adeudan en el sector son las deudas del Estado, por 1,2 billones de pesos, de los cuales los Entes Territoriales concentran un mayor porcentaje con un 41,3%, que representa más de 723.000 millones de pesos. La Adres adeuda el 29,5% de aproximadamente

516.000 millones de pesos. Así mismo por concepto de otras entidades como la Rama Judicial, la Unidad de Gestión de Riesgos de Desastres, Inspecciones de

Policía, la Rama Ejecutiva, entre otras, en su conjunto adeudan aproximadamente 429.000 millones de pesos el 24,5% del total que debe el Estado. Además de los dineros que no se han saneado correspondientes al extinto Fosyga adeuda 83.000 millones lo que representa el 4,8% del total de la deuda. (HCHC, 2025)

De las EPS en funcionamiento en la actualidad la cartera morosa creció en 1,4 billones de pesos impulsada principalmente por las EPS del RC, con un incremento en mora de 605 mil millones, mientras que las EPS del RS, han tenido un incremento en mora de 602 mil millones. (HCHC, 2025)

Las EPS-del RC con mayor deuda, son Nueva EPS con \$3.6 billones (37.8%), morosidad del 53.3%, Sanitas \$1.2 billones con morosidad del 39.3%, Sura con \$660 mil millones y una morosidad del 22%, Nueva EPS concentra la mayor deuda con una participación destacada frente a otras entidades con 4.7 billones y una morosidad del 65.1%. (HCHC, 2025) A continuación la relación de las 10 Eps con mayor deuda presentadas en dicho estudio.

Figura 13*Diez Principales Deudores Según Cartera en Mora (sin deterioro)*

N.º	Deudor	Cartera en mora (\$)	Deuda total (\$)	Concentración cartera en mora (jun. 2024) (%)	Concentración cartera en mora (dic. 2023) (%)	Diferencia cartera en mora (jun. vs. dic.) (%)
1	Nueva EPS (intervención para administrar)	2.225.077.681	4.196.223.375	53,0	45,3	7,7
2	Medimás (liquidada ambos regímenes)	579.508.059	579.508.059	100,0	100,0	0,0
3	Sanitas (intervención para administrar)	486.247.592	1.238.593.739	39,3	43,3	-4,1
4	Emssanar (intervención para administrar)	424.643.565	653.048.888	65,0	58,3	6,7
5	FOSYGA (extinto) y Adres	415.148.643	599.492.393	69,3	75,5	-6,3
6	Cooameva (liquidada)	399.100.788	399.100.788	100,0	100,0	0,0
7	Coosalud	362.939.881	722.885.798	50,2	53,0	-2,8
8	Asmet Salud (intervención para administrar)	318.894.915	426.145.859	74,8	61,7	13,1
9	Cafesalud (liquidada)	315.412.628	315.412.628	100,0	100,0	0,0
10	Savia Salud (intervención para administrar)	301.905.901	640.926.166	47,1	38,9	8,2
Total		5.828.879.651	9.771.337.692	59,7	59,3	0,4

Nota: cifras en miles de pesos y participación porcentual.

Fuente: ACHC, información reportada por 225 instituciones hospitalarias.

Nota. La tabla presenta la relación de las 10 EPS con mayor morosidad hasta el 30 de junio de 2024. Tomado de Cartera hospitalaria a junio de 2024, estudio ACHC (p.10). Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas- ACHC, 2025.

Respecto a las cifras del RS, corresponde a Emssanar con \$653 mil millones (13.8%) y una morosidad del 65%, Savia Salud con \$641 mil millones (13.5%) y una morosidad del 47.1%, Nueva EPS, con \$627 mil millones (13.2%) y una morosidad del 51.2%.

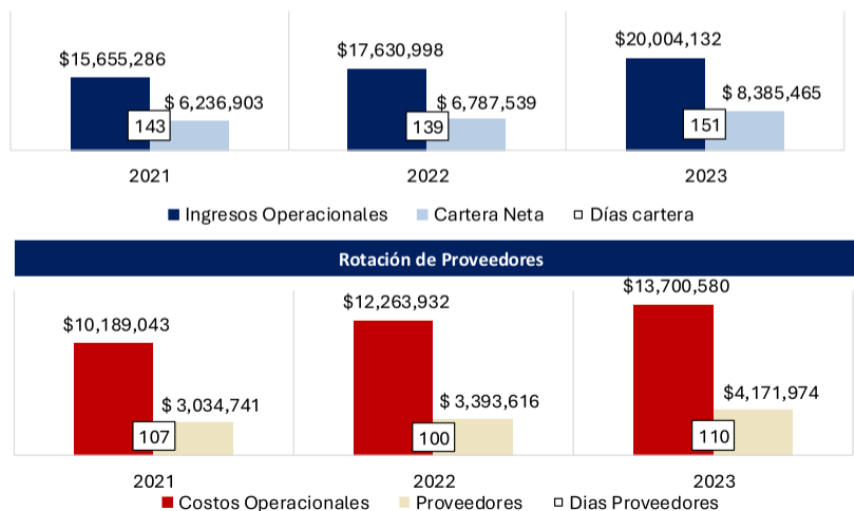
La anterior situación descrita, demuestra las debilidades en la gestión de pagos que viene desde muchos años atrás incluso con el Fosyga, lo cual afecta el flujo de recursos y liquidez en las operaciones financieras de los prestadores de servicios, demostrando ineficiencias importantes que no han sido resueltas a lo largo de los años entre los actores del Sistema y que recaen directamente en la prestación de los servicios.

Por su parte la ANDI, también realizó un estudio en el que se analizó y se construyó la situación de caja de una muestra de 1.004 IPS que garantizan representatividad para instituciones de baja, media y alta complejidad, este análisis tuvo en cuenta las condiciones financieras de las IPS durante los últimos 3 años que tuvieran reportes consistentes, para poder identificar la cantidad de días de rotación de cartera y el apalancamiento con proveedores como se refleja a continuación: (Rodríguez Anwar, 2025)

Figura 14

Rotación de Cartera Neta (Cartera Con Provisiones y Deterioro)

La cartera neta es igual a la cartera bruta menos en deterioro



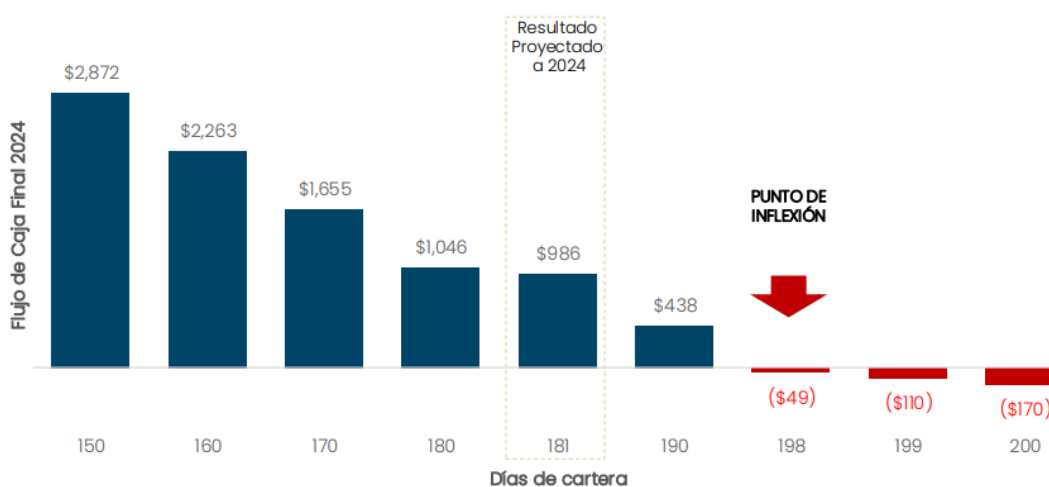
Nota. La figura representa la rotación de cartera durante los años 2021 a 2023 indicando la cantidad de días de rotación. Tomado de “*La realidad del sector salud: análisis de la coyuntura, finanzas y atención a los colombianos*”, ANDI, 2025.

Además, mediante un análisis de inferencia, el estudio muestra que la desfinanciación del sistema de salud está llevando invariablemente a que las IPS lleguen a su punto de inflexión respecto a la generación de caja, pues reflejó que para el 2023 había un faltante de

financiamiento en el sistema por \$7,1 billones, en el cual la cartera de la muestra de IPS analizadas, tuvo un aumento en su cartera del 24%; para 2024 con un hueco financiero por \$9,5 billones, la cartera incrementaría 31%, significando 181 días de rotación y conllevando a la inviabilidad en operaciones para el 99,3% de las IPS. (Rodríguez Anwar, 2025)

Figura 15

Inflexión del Flujo de Caja Final



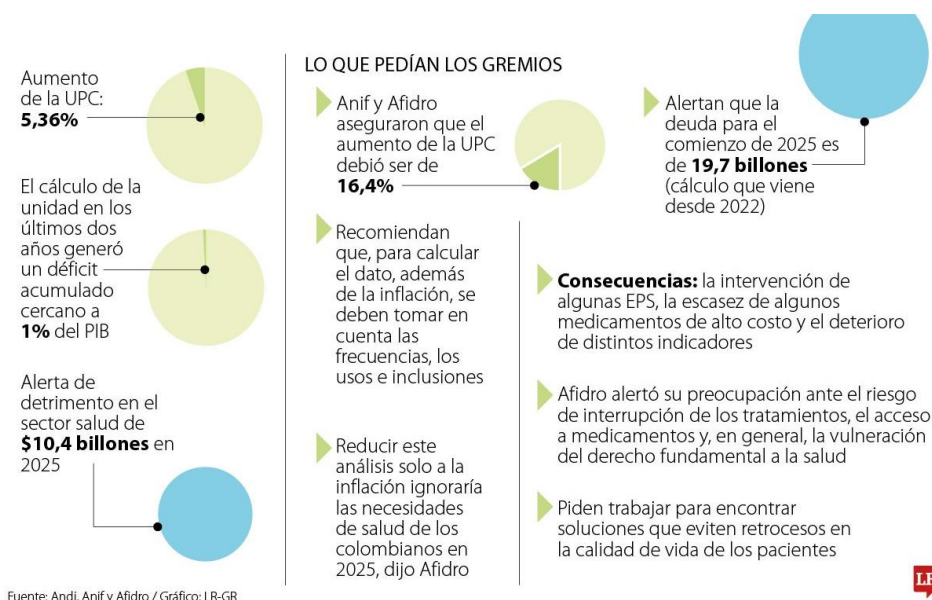
Nota. La figura representa la rotación de cartera durante los años 2021 a 2022 indicando la cantidad de días de rotación. Tomado de “*La realidad del sector salud: análisis de la coyuntura, finanzas y atención a los colombianos*”, ANDI, 2025.

De los dos estudios realizados por la ACHC y por la ANDI, se concluye un panorama preocupante para las IPS debido al alto nivel de morosidad en las carteras hospitalarias, especialmente por parte de las EPS en operación y liquidadas tanto en el régimen contributivo como subsidiado. Esta situación de concentración elevada en mora afecta el flujo de recursos, así como la sostenibilidad financiera del sector hospitalario y las IPS del país.

Otros Factores y Causas de la Desfinanciación e Inviabilidad Financiera del SGSSS

Insuficiencia de la UPC

Este es el primer dato y la primera claridad que se debería dar en las finanzas y gestión de costos para dirimir el conflicto actual sobre la realidad de los recursos que requiere el sector para operar y garantizar el derecho a la salud de los colombianos. La Unidad de Pago por Capacitación (UPC) es el valor anual que el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) reconoce por cada afiliado, destinado a cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS) en los regímenes contributivo y subsidiado. Este valor se establece anualmente mediante resoluciones emitidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, las cuales determinan el monto de la UPC para cada vigencia, sin embargo, al 2025 existe una pugna entre las narrativas del Gobierno y las EPS, entre las cuales el MSPS, refiere que es suficiente el incremento de la UPC en 5,36% para la vigencia, mientras las agremiaciones plantean que genera un déficit acumulado de 19.4 billones de pesos (Orozco Ostos, 2025), como se presenta a continuación:

Figura 16*Riesgos en el Sector Salud por Nuevo Dato de la UPC*

Nota. El esquema presenta los valores de aumento de la UPC, realizados por el MSPS respecto a lo que los gremios consideran requerir y las respectivas consecuencias. Tomado de “*ANDI estima que ajuste de la UPC generará déficit de \$10,4 billones en el sector salud*”. Diario la República, 2025. <https://www.larepublica.co/economia/andi-estima-que-ajuste-de-la-upc-generara-deficit-de-10-4-billones-en-el-sector-salud-4034441>

Ante tal situación, en donde los valores son aproximados, es necesario esclarecer el valor real de la UPC, ya que ninguna de las partes o actores del sistema tiene la información más confiable, por parte de las EPS que autorregistran y autoreportan al MSPS los datos de manera incompleta, sin una óptima gestión de calidad de la data, y por su parte el MSPS, recibe y acepta la información precisándola con unos márgenes de desviación y calidad de los datos sobre los cuales se toman las decisiones.

Diferencia en la Unidad de Pago por Capitalización (UPC) Entre Regímenes

Según (Saavedra Mercado, 2010) la equiparación de los Planes de Beneficio entre el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado podría generar un déficit del sistema de salud equivalente al 1,1% del PIB para el año 2020 contribuyendo a la inestabilidad financiera, poniendo en riesgo tanto el aseguramiento como la prestación de servicios de salud en los años siguientes, cuando se exigiera dicha igualación. Uno de los aspectos a destacar por parte de (Saavedra Mercado, 2010) e su análisis frente a uno de los aspectos que afecta la sostenibilidad Financiera como lo es la alta informalidad laboral, y la necesidad de equiparación de los Planes de Beneficio en ambos regímenes, pues según Saavedra (2010), el principio de solidaridad que rige el sistema de salud en Colombia depende de la existencia de empleo formal, ya que este financia el Régimen Contributivo y respalda el Régimen Subsidiado. No obstante, el desempleo estructural en el país ha favorecido el crecimiento del empleo por cuenta propia en detrimento del empleo formal, lo que impide que las cotizaciones sean suficientes para sostener el sistema de salud.

En 2018, la UPC del régimen subsidiado era 11,9% menor que la del contributivo; en 2019, la diferencia se redujo a 7,6% en 2019, la UPC fue de \$847.180 en el RC y \$787.327 en el subsidiado, para el año 2024 el valor fue de \$1.444.086 RC y de \$1.256.076 en el RS. Se estima que el diferencial total de ingresos entre ambos regímenes afecta un 22% de la población del sistema. (Rodríguez-Páez et al., 2022)

Según la resolución 2364 de 2023 este Valor de la UPC del RS para el 2024 fue de \$1,256,076, equivalente a un valor diario de \$3,489.10, mientras que en el RC fue de \$1,444,086, equivalente a un valor diario de \$4,011.3, lo cual representa una diferencia superior del 13% con ventaja del RC, sobre el subsidiado que refleja un incremento de la brecha. Y según la resolución

2717 de 2024, el de la UPC del RS para el 2025 fue de \$1,323,403.20 anuales y \$3,676.12 diarios. mientras que en el RC fue de \$1,521,489.60 (COP), equivalente a un valor diario de \$4,226.36, conservando la misma proporción de diferencia del 13% con ventaja del RC sobre el subsidiado.

Además, existen menores ingresos en el régimen subsidiado debido a que las EPS de este régimen, no reciben ingresos por cuotas moderadoras y tienen menores ingresos por copagos, mientras tanto las EPS del régimen contributivo generan ingresos adicionales por medicina prepagada y planes complementarios, siendo una ventaja sobre el régimen subsidiado.

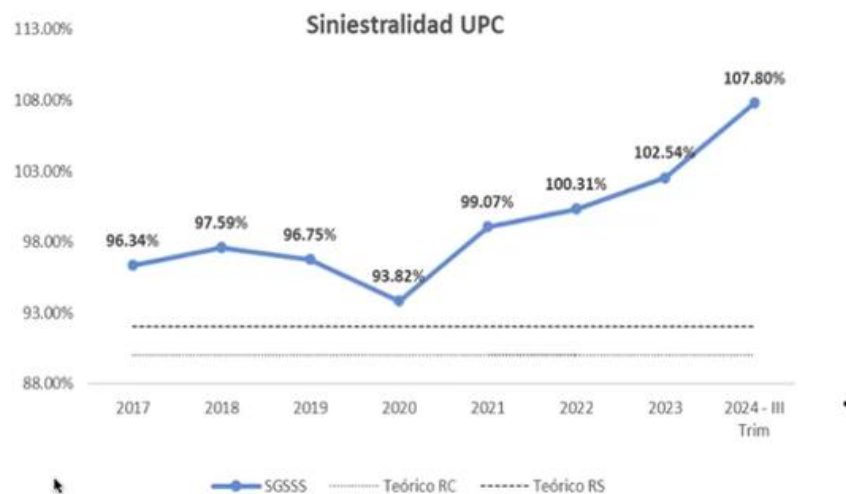
Incremento del Costo Médico. Existen variables poblacionales y epidemiológicas que impactan directamente el incremento del Costo médico, tales como lo son el régimen, sexo, edad, ubicación geográfica, el diagnóstico, la severidad, el tipo de servicios, medicamentos y procedimientos. La relación de estas variables permite identificar e interpretar el comportamiento de la severidad de las enfermedades que va en aumento, su correlación con la longevidad de la población, los datos el incremento de la morbilidad, disminución de nacimientos, la inclusión de nuevas tecnologías y la mayor, así como las frecuencias de uso de los servicios por parte de los afiliados múltiples factores que varían el valor de la prestación de los servicios.

Al respecto, el incremento en la participación del costo médico en los ingresos operacionales, para 2008, representaba el 82,4% de los ingresos de las EPS, cifra que aumentó a 90,5% en 2019, con una variación de 8 puntos porcentuales. En el régimen subsidiado (RS), esta proporción alcanzó el 98,9%, dejando un margen financiero casi nulo. (Rodríguez-Páez et al., 2022)

Los factores que han impactado el costo médico entre 2008 y 2019, han sido la incorporación de 510 nuevas tecnologías en salud desde 2010, incluyendo tratamientos costosos como quimioterapias, VIH y enfermedades autoinmunes. Así mismo, el aumento del número de procedimientos por paciente: con un crecimiento del 37% entre 2010 y 2015 en procedimientos y del 35% en consultas médicas incrementan el costo. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019)

En 2024, el sistema de salud colombiano enfrentó una siniestralidad del 102,4%, indicando que los costos en salud superaron los ingresos. Al incluir los gastos administrativos, esta cifra ascendió al 109,9%, (López Plazas Alejandra, 2025) en el régimen subsidiado, la siniestralidad alcanzó el 105,5% en el segundo trimestre de 2024, con el 98,9% de los ingresos destinados a costos médicos y el 6,6% a gastos administrativos, dejando márgenes financieros prácticamente nulos. (Arias Montenegro, 2025), Aunque no se dispone de datos específicos desglosados para el régimen contributivo en las fuentes consultadas, se sabe que este régimen concentró el 57% de la pérdida operacional total del sistema en 2024. Además, las EPS Sanitas y Famisanar, pertenecientes al régimen contributivo, acumularon el 52% de las pérdidas en este segmento. (López Plazas Alejandra, 2025)

A continuación, una la representación de la siniestralidad durante el periodo 2017 al tercer trimestre del 2024.

Figura 17*Siniestralidad UPC*

Nota. La gráfica presenta los valores de aumento de la siniestralidad de la UPC durante los últimos 8 años estos datos fueron actualizados y ajustados por la ANDI, teniendo en cuenta los datos de siniestralidad descritos en el estudio “Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach (Espinosa et al., 2023). Tomado de “La realidad del sector salud: análisis de la coyuntura, finanzas y atención a los colombianos”, ANDI, 2025.

Estas cifras reflejan una tendencia creciente en la participación de los costos médicos en los ingresos operacionales de las EPS del régimen contributivo, comprometiendo la sostenibilidad financiera del sistema de salud en Colombia. Además, al 2025 existe un margen de siniestralidad del 112% lo cual significa que por cada 100 pesos que entra al sistema, se están gastando 112 pesos.

Debilidades en la Promoción y Prevención que Impactan el Costo. En un estudio realizado con el objetivo de analizar el riesgo financiero y de salud de las enfermedades des alto

costo en una EPS de la ciudad de Bucaramanga en el año 2018, se evidenció que el incremento desmedido del alto costo en esta ciudad se debe a que muchas personas no adoptan hábitos de vida saludables ni realizan controles de salud adecuados, según las recomendaciones basadas en su esquema de atención, historial clínico y factores de riesgo identificados. Esta situación afecta negativamente la prestación de los servicios de salud, ya que genera un mayor costo administrativo, impactando la cobertura y calidad de los esquemas diseñados para mitigar los factores de riesgo y tratar las enfermedades de alto costo (Almeida Espinosa & Castro Méndez, 2019)

En relación aunque el SGSSS, en su diseño tiene contemplado el esquema de promoción y prevención, la destinación de los recursos se ha enfocado a prácticas curativas y no preventivas, partiendo desde la administración y diseño de los modelos de prestación de servicio de cada una de las EPS, (Jaime Aries R. et al., 2012) pues en estos el enfoque preventivo funciona como un componente de apoyo y no misional, respecto al cual se destina menor cantidad de recursos y no se hace efectivo el obligatorio cumplimiento e implementación de la Ley estatutaria 1751 de 2015, la resolución 429 de 2016” Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud” y las metodologías para evaluación de actividades de promoción y mantenimiento de la salud, que establecen las rutas de atención integral, para prevención de enfermedades para toda la población así como el obligatorio cumplimiento de los, sus anexos técnicos y los acuerdos contractuales, quedando solo escritos en documentos, sin materializarse en acciones reales que impacten a la población y su cultura de cuidado en la salud.

Además, no ha existido suficiente articulación entre las entidades encargadas de la salud pública, lo que genera fragmentación y falta de impacto en las políticas de prevención. (Jaime Aries R. et al., 2012), por ejemplo, solo hasta el 2021, mediante la resolución 479 de 2021 en su

artículo 7. se determinó el rol de la SNS, en relación a la atención integral. enunciando que “la entidad que establecerá e implementará la verificación y evaluación de las condiciones de habilitación y permanencia entre las cuales se incluye la evidencia de la implementación del Sistema de Gestión de Riesgos centrado en la GIRS.” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021) lo cual sugiere en los años anteriores un enfoque pobre y débil IVC débil sobre la pyp.

De otra parte, la inversión en salud pública afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables, que tienen menos acceso a información y programas de prevención. Por parte de las EPS y prestadores de servicio no han asumido de manera efectiva su rol en la materia y las medidas implementadas no han sido las más eficientes. Ejemplo de ello es lo mencionado por ACEMI, acerca de que los programas de vacunación, control de enfermedades transmisibles y promoción de hábitos saludables han sido insuficientes o no han contado con financiamiento estable, además porque enfermedades prevenibles como la obesidad, la diabetes y la hipertensión han aumentado debido a la falta de programas efectivos de educación en salud. (Jaime Aries R. et al., 2012)

Una de las soluciones es cambiar el enfoque y orientación del uso de los recursos cambiando las proporcionalidades hacia la pyp, e incrementando los esfuerzos en la IVC, y cultura de calidad de los datos en el registro y suministro de información de completa y de calidad. Ya que sobre esta se toman las decisiones de prevención de enfermedades de acuerdo a las características poblacionales, comportamientos epidemiológicos, severidad de las enfermedades entre otros.

En este sentido también es importante ser específicos en la técnica y el diseño de las campañas de prevención, educación sanitaria y promoción de estilos de vida saludables en el sentido de que tengan sustentos técnicos sobre el contenido y su impacto en poblaciones y sobre

enfermedades específicos, cuya información realmente se pueda registrar y se cumplan los indicadores, además deben ir más allá de estrategias comunicativas y publicitarias, en las que se utilizan los recursos de este rubro, pues es un gran riesgo abrir la puerta a que se creen negocios de marketing y publicidad, que solo sirvan para legalizar esos recursos a través del régimen de contratación pública y privada, teniendo en cuenta las relaciones comerciales en las que se han constituido los negocios de la salud hasta el día de hoy.

Impacto de las Tecnologías No PBS. Las tecnologías NO PBS representan un alto porcentaje de los activos de las EPS corresponde a cuentas por cobrar al Estado por servicios no incluidos en el plan de beneficios en salud, con largos tiempos de reembolso mediante la modalidad de recobros al Estado, en 2019, la ADRES giró \$4,15 billones por servicios y tecnologías No PBS, un incremento del 32% respecto a 2018. Al respecto, el 47,2% de los activos de las EPS eran cuentas por cobrar de servicios No PBS, lo que refleja un problema estructural de flujo de caja que, además, se asocia a la gestión de facturación, pago y glosas, puesto que los tiempos de pago y glosas en el caso de los recobros no se pagan en su totalidad ni de inmediato, superando en muchos casos los 360 días para el respectivo reconocimiento. (Rodríguez-Páez et al., 2022).

Para el 2019 la ADRES giró \$4,15 billones en anticipos por servicios NO PBS. Los reembolsos por este concepto han representado aproximadamente el 8,2% del total de los recursos del sector salud.

Durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024, en virtud de lo establecido en los artículos 237 y 245 de la Ley 1955 de 2019, la ADRES realizó transferencias por un total de 109 mil millones de pesos, distribuidos de la siguiente manera

Figura 18*Giros Mensualizados Acuerdo de Punto Final*

Mes de ordenación	Valores Reconocidos Ips/Proveedores	Valores Reconocidos EPS	Total Reconocido
Dic -23	1.963.577.275,18	13.322.482.384,30	15.286.059.659,48
Ene-24	39.143.611.06,41	42.329.60.326,27	81.473.221.393,68
Abr-24	4.148.465.692,45	1.443.671.951,81	5.592.137.644,76
Jun-24	898.535.885,00	6.568.384.091,76	7.466.919.976,76
	46.154.189.920,04	63.664.148.754,14	109.818.338.674,18

Nota. Los recobros han representado el principal motivo de la deuda acumulada de años anteriores fue elaboración propia de la Dirección de Otras Prestaciones. Tomado *de Informe de gestión rendición de cuentas 2023-2024 ADRES (p.28)*.

De otra parte, respecto a la figura de los presupuestos máximos implementados sustituir la figura de recobros, a partir del 1 de marzo de 2020 entraron en vigor, según lo establecido en el artículo 240 de la Ley 1955 de 2019. Esta modalidad de pago consiste en la asignación del presupuesto anual que el MSPS realiza a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de los regímenes contributivo y subsidiado con el fin de garantizar la prestación de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por la UPC. Al respecto durante el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2023 y el 30 de junio de 2024, la ADRES efectuó un giro por un total de 3,86 billones de pesos(ADRES, 2024)

Altos Costos Administrativos, e Ineficiencias Administrativas. especialmente en EPS del régimen subsidiado, debido a dificultades logísticas y obligaciones contractuales con la red pública. Existen dificultades logísticas y costos adicionales asociados a la operación en zonas

dispersas, que impide economías de escala y un mínimo 60% de los contratos deben ser con la red pública, lo que limita la negociación con prestadores privados más eficientes, además existen altos costos de traslado de pacientes debido a la insuficiente infraestructura en muchas regiones.

Malas Prácticas Financieras Como Estrategia de Supervivencia de las EPS, tales pueden ser cuestionables, como la integración vertical correspondiente a casos en los que EPS han integrado prestadores de servicios de salud (IPS) dentro de su estructura, con el fin de mejorar la accesibilidad y eficiencia del servicio, permitiendo optimizar costos y mejorar la continuidad de la atención. Sin embargo, también se ha generado riesgos como la concentración del mercado y la posible exclusión de otros prestadores, la distorsión de la libre competencia, favorecer la concentración del mercado con la formación de monopolios y oligopolios, así como la priorización de intereses financieros sobre la prestación de servicios y conflictos de interés, y afectación en la libre elección de los pacientes sobre los prestadores de servicios. (Ramón Abel Castaño Yepes, 2004)

El Uso de los proveedores como fuente de financiamiento sin pago de intereses, reduciendo artificialmente el costo de la deuda, la acumulación de deudas con proveedores, a la que corresponde más del 97% de los pasivos de las EPS, lo que indica que estas entidades utilizan a los hospitales y clínicas como fuentes de financiación sin intereses, además de la acumulación de cuentas por cobrar al Estado. En esta dinámica también, existe concentración del mercado ya que, en el régimen contributivo, el 76% de los municipios tienen una EPS dominante con el 73% del mercado, mientras en el subsidiado, el 74% de los municipios tienen una EPS dominante con el 77% de los afiliados. (Rodríguez-Páez et al., 2022). Estas causas sugieren que el modelo de competencia regulada no ha funcionado ya que el Estado sigue asumiendo riesgos, mientras la intermediación privada persiste sin aportar eficiencia.

Presupuesto en Salud, Relación de Ingresos Respecto a Ejecución 2024

Para la vigencia de 2024, en el sector se tiene una apropiación vigente de \$61.49 billones, de los cuales hubo una apropiación real de \$61.42 billones, de los cuales se comprometió el 98.64% y se obligó el 94.03%.

La composición de los recursos por fuente de financiamiento de este presupuesto hasta el mes de diciembre de 2024 fue de \$60.65 billones a cargo de la Nación y \$835.89 mil millones recursos propios, los cuales se distribuyen como se refleja a continuación:

Figura 19

Composición del Presupuesto por Fuentes de Financiación (Nación y Propios)

ENTIDAD	NACIÓN	%	PROPIOS	%
MSPS	\$59.560.620.539.189	100.00%	\$0	0.00%
FNE	\$34.325.312.180	100.00%	\$0	0.00%
INS	\$107.397.912.897	90.15%	\$11.738.829.000	9.85%
SUPERSALUD	\$0	0.00%	\$308.895.895.919	100.00%
INVIMA	\$0	0.00%	\$257.665.020.070	100.00%
FONPRECON PN	\$345.708.908.000	84.22%	\$64.786.292.000	15.78%
FONPRECON CN	\$7.707.701.000	100.00%	\$0	0.00%
FERROCARRILE S SALUD	\$176.118.498.358	52.34%	\$160.370.996.000	47.66%
FERROCARRILE S PN	\$419.280.561.098	92.82%	\$32.430.674.000	7.18%
	\$60.651.159.432.722	98.64%	\$835.887.706.989	1.36%

FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2024 – Cálculos MinSalud

Nota. el gráfico presenta la composición y distribución del presupuesto en relación con las fuentes de financiación de los recursos para el 2024. Tomado de: *Informe de Ejecución Presupuestal a diciembre 2024 Sector Salud y Protección Social, 2025* (p,4).

Durante la vigencia 2024, hubo unos compromisos totales de \$60.6 billones, de los cuales se obligaron \$57.8, equivalentes a un 94.03% del recurso, aunque este porcentaje es significativo, esta ejecución estuvo por debajo en 0.29% con respecto a 2023 lo cual muestra una tendencia a disminuir frente a los recursos comprometidos a corte del cierre del mes de diciembre. Es decir que para el cierre del año 2024 faltó comprometer el 1.36%, equivalentes a

\$2.8 billones, lo cual implica para el 2025 y próximas vigencias, usar estrategias de utilización eficaz y eficiente de los recursos asignados al sector.

Figura 20

Ejecución Presupuestal del Sector por Compromisos y Obligaciones Vigencia 2024

Entidad	COMPROMISO	% COMP.	OBLIGACION	% OBLIG.
MSPS	\$58.824.824.449.462	98.76%	\$56.089.373.337.491	94.17%
FNE	\$32.068.391.043	93.42%	\$31.725.839.203	92.43%
INS	\$110.849.445.397	93.04%	\$86.107.990.466	72.28%
SUPERSALUD	\$261.810.069.406	84.76%	\$255.022.834.986	82.56%
INVIMA	\$230.416.177.028	89.42%	\$222.031.972.783	86.17%
FONPRECON PN	\$404.029.448.060	98.42%	\$403.868.287.715	98.39%
FONPRECON CN	\$4.762.433.908	61.79%	\$4.656.698.094	60.42%
FERROCARRILES SALUD	\$335.033.063.526	99.57%	\$282.871.590.913	84.07%
FERROCARRILES PN	\$447.032.445.049	98.96%	\$442.450.232.126	97.95%
SECTOR SALUD	\$60.650.825.922.880	98.64%	\$57.818.108.783.778	94.03%

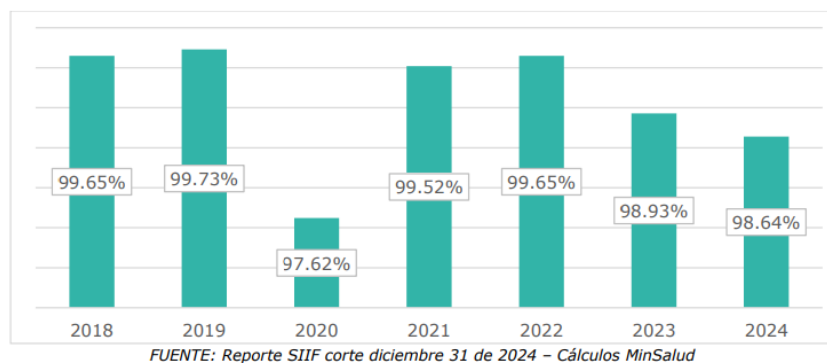
FUENTE: Reporte SIIF corte diciembre 31 de 2024 – Cálculos MinSalud

Nota. Informe de Ejecución Presupuestal a diciembre 2024 Sector Salud y Protección Social, 2025 (p,15).

De manera comparada durante el periodo de tiempo 2018 al 2024, frente a los valores comprometidos y obligados, se evidenció que durante el 2024 hubo un 98.64%, mientras el porcentaje promedio de compromiso en los años anteriores es de 99.18%, por lo tanto, el año 2024, está por debajo -0.54%. Además, con relación al año inmediatamente anterior, se evidencia una disminución de compromiso de 0.29% (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025) como se refleja a continuación:

Figura 21

Comparativo de la Ejecución Acumulada 2018 a 2024



Nota. Tomado de: Informe de Ejecución Presupuestal a diciembre 2024 Sector Salud y Protección Social, 2025 (p,9).

Al respecto el promedio del porcentaje de avance oscilaba entre el 99.18% los últimos 6 años; lo cual refleja que se estuvo por debajo 0.54%, esto con respecto al comportamiento de los últimos 6 años mencionados. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2025)

Análisis de la Propuesta de la Reforma a la Salud Planteada Durante el Gobierno del Presidente Gustavo Petro como Medida de Intervención al SGSSS

El sustento técnico y normativo, presentados para intervenir cada uno de los factores administrativos y financieros del SGSSS, serán los principales parámetros para identificar si la propuesta de reforma planteada durante el Gobierno del presidente Gustavo Petro durante el 2024, podría solucionar la crisis actual del sector salud, o si por el contrario podría agravarlos en el mediano y largo plazo.

Al respecto, se identifica si la intervención propuesta, mediante el Proyecto de Ley "Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones" se denomina "Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida" (Ministerio de Salud, 2024), da respuesta a los asuntos característicos de la crisis identificados, si las novedades planteadas presentan superioridad técnica, legal, *administrativa*, financiera, claridad, consistencia, impacto positivo y mayor, así como una perspectiva de evolución y progreso para el país, en comparación del SGSSS existente.

El documento enuncia e incorpora nuevos conceptos tales como son "la soberanía sanitaria", "aseguramiento social", plantea un modelo basado en el marco de la "atención primaria" propone la implementación de un "sistema de monitoreo del desempeño", creación de nuevas Empresas industriales y Comerciales del Estado bajo la figura denominada como "Instituciones de Salud del Estado" (ISE), sin embargo, no profundiza en ellos y no los desarrolla con precisión y/o detalle. La propuesta plantea ocho títulos, frente a los cuales se presenta de manera agrupada los argumentos y análisis de cada apartado como se refiere a continuación:

Objeto y Campo de Aplicación

En su primer artículo plantea como objeto: “La presente ley tiene por objeto transformar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en un Sistema de Salud basado en el Aseguramiento Social en Salud, para garantizar el derecho fundamental a la salud.

Desarrolla un modelo de salud en el marco de la atención primaria, organiza sus instancias para la gobernanza y rectoría del sistema con enfoque diferencial y territorial, articula a las instituciones prestadoras de servicios de salud, reorganiza los destinos y usos de los recursos financieros, establece un sistema público unificado e interoperable de información, fortalece la participación social y comunitaria, así como la inspección, vigilancia y control; define condiciones para el trabajo digno y fija las reglas de transición y evolución de la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social de Salud en el Sistema de Aseguramiento Social en Salud” (Ministerio de Salud, 2024)

Este objeto no se cumple en sí mismo con el desarrollo del articulado propuesto y tampoco plantea un esquema de operación funcional eficiente y económico que soluciones los problemas administrativos y financieros identificados; además en su generalidad también propone elementos que normativamente ya existen en el SGSSS, sin embargo, no han sido aplicados.

En su artículo 2, asociado al aseguramiento social en salud, plantea con ambigüedad “es entendido como la protección pública, única, universal, eficiente y solidaria para la garantía del Derecho fundamental a la salud de toda la población” (Negrita fuera de texto)

Al respecto, esta definición marca un cambio total, frente a la estructura del modelo mixto, el esquema legal del aseguramiento del riesgo en salud articulado al SGSSS, así como la estructura de la unidad básica y mínima de cantidad del recurso que se deba asignar a los

afiliados para prestación de servicio y garantía de su derecho; ya que esa protección pública coloca al Estado como único garante del derecho y de la prestación del servicio, sin embargo, esta estructura de protección no es viable para Colombia, en el contexto de la sociedad moderna y globalizada, ya que en la actualidad el Estado no cuenta con la capacidad económica e infraestructura, para garantizar de manera única y universal el derecho a la salud, máxime cuando los proveedores de servicios de salud de, los medicamentos, los procedimientos y las tecnologías dependen en este momento de los actores privados que participan mediante relaciones económicas de oferta y demanda, en los niveles nacional e internacional, situación en la que el Estado no es autónomo, competente y productor, por lo que en su planteamiento se aleja de la realidad contextual.

Por sí mismo el modelo de aseguramiento planteado como la protección pública única y eficiente, solo sería viable y totalmente garantizado si el Estado fuese productor eficiente durante toda la cadena de valor requerida para garantizar la salud, y si se entendiera lo social como una única y amplia esfera pública, que se abstrae de las dimensiones privadas, pseudopublicas, pseudoprivadas, público/privadas y demás aspectos que componen el espectro social, ya que la propuesta planteada hace un especial énfasis en lo público y transforma o elimina la participación de otros actores que proveen los servicios.

Tal reorganización, no permitiría la superación de inequidades asociadas a los planes de atención y modalidades de afiliación, toda vez que en la actualidad y particularmente durante el segundo semestre de 2024, debido a la incertidumbre por la reforma a la salud y la crisis del sector la tendencias de comprar seguros de salud se ha disparado “Según Fasecolda, gremio de la industria aseguradora, entre enero y septiembre los seguros cuya demanda más creció en

Colombia fueron los relacionados con Salud (23%), Soat (20%), Incendio y Terremoto (11%), y Vida Individual (9%)". (Vargas Riaño, 2024).

Además, no se ha garantizado el escenario propicio para que existan las condiciones de garantía para la transición y transformación de las EPS en Gestoras de Salud, y tampoco se ha salvaguardado la prestación de los servicios mientras la población de afiliados, resiente la desmejora sustancial de la calidad de los servicios, así como el desmedro de sus condiciones de salud y calidad de vida, lo que mientras tanto, potencializa la accesibilidad a la prestación de los servicios en las diferentes modalidades como un sometimiento según la capacidad adquisitiva de las personas, a merced de las condiciones de costo y calidad que le sean ofrecidas.

De otra parte, el propósito del modelo se orienta también a la soberanía sanitaria y a la gobernanza territorial, un aspecto que no necesariamente requiere ser planteado en una reforma si no más bien requiere de la voluntad política y que su implementación sea como una política pública de Estado más no de Gobierno.

El documento plantea características del modelo como el ser predictivo, sin embargo, esto no una novedad de la propuesta respecto al SGSSS, pues entre la reglamentación de los sistemas de información, las funciones y competencias del MSPS, ya lo ha contemplado, teniendo en cuenta los diferentes medios de reporte de información y la necesidad de un sistema de información interoperable, sin embargo, las normas no se han aplicado a cabalidad y deberían aplicarse.

Pues las instituciones del Gobierno en cabeza del Ministerio de Salud, debería garantizar esa condición predictiva, a través de estudios del sector, de carga de enfermedad y de todos los estudios e investigaciones con rigor técnico y continuidad en el mediano y largo plazo para la toma de decisiones e intervención. Al momento esta ha sido y es una función del MSPS, que ha

dejado de ser desempeñada con rigor en el hacer los estudios y prever situaciones de importancia para el sector.

Gobernanza y Rectoría del Sistema

Proponer que las acciones de salud pública se realicen bajo la rectoría del Estado no es algo nuevo, así como tampoco lo es mencionar el fortalecimiento de las capacidades institucionales del sector. Al respecto la reforma no plantea la claridad y sustento de como lo va a realizar y como superará los problemas asociados a este aspecto. Además, hasta el presente el MSPS, y las entidades estatales han contado con recursos y con capacidad institucional para realizar sus acciones más importantes, sin embargo, al momento no ha ejecutado las más importantes y básicas de manera efectiva. Además, el fortalecimiento institucional propuesto implicaría la ampliación de la carga operativa y ejecutiva de las instituciones públicas lo cual no soluciona la falta de rectoría, sino por el contrario tiende a una mayor dispersión de funciones y desarticulación de la capacidad institucional. Situación que puede ser constatada en reiterados apartados del informe de auditoría al flujo de los recursos emitido por la (Contraloría General de la República, 2024) en el que una de las afirmaciones asociadas a la falta de coordinación interinstitucional refiere “la articulación entre entidades para la toma de decisiones que afectan un sector, no es ajena al MSPS, por lo cual resulta de relevancia que para tratar un tema de importancia significativa como es el flujo de recursos, no exista un espacio de coordinación y articulación, en el cual se realice análisis y contraste de la información de la cual dispone cada actor para la toma de decisiones”

En términos de diseño institucional la propuesta de la reforma plantea la creación de un Consejo Nacional de Salud, lo cual puede ser acertado teniendo en cuenta que en el pasado la fallida Comisión de Regulación y la desaparición del Consejo Nacional ha implicado pérdidas

para el sistema que se expresan en un debilitamiento de la gobernanza. En este aspecto, el sistema requiere una reingeniería para fortalecer la rectoría y gobernanza, lo cual puede comenzar por crear un Consejo Nacional de salud y darle operatividad a la comisión intersectorial.(Restrepo-Zea, 2022)

Robustecer la ADRES, en su tamaño y planta de personal no sería algo funcional por ejemplo lo que sucedió en la SNS, que tiene 58 funciones sobrecargadas que desenfocan la acción y el propósito institucional. Además, la propuesta no plantea técnicamente los costos y gasto público que implicaría el rediseño, reestructuración y ampliación de planta de personal de esta institución, datos que además tiene bajo reserva.

La propuesta plantea la “Articulación del Sistema Público Unificado e Interoperable de Información en Salud”, sin establecer las condiciones específicas, novedades y diferencias para su implementación respecto a lo planteado en la normatividad del SGSSS, del cual se evidencian los siguientes supuestos normativos del “ARTÍCULO 3°. Del Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. El sistema integral de información financiera y asistencial tendrá por objeto agilizar la transmisión y evaluación de la información financiera, de manera que se acelere el flujo de recursos y la transparencia que soportan las transacciones entre los agentes del sector salud. El diseño e implementación del sistema estará a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social, quien tendrá la concurrencia y apoyo del Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones, en el proceso de garantía de conexión de todos los agentes del sector, según sus competencias. Para efectos de la inspección, vigilancia y control, el Ministerio de Salud y Protección Social definirá los contenidos técnicos de conectividad, lineamientos y estándares técnicos de interoperabilidad de los sistemas de información de cada

uno de los actores del sistema, con el fin de alcanzar las condiciones necesarias para implementar el Sistema Integral de Información Financiera y Asistencial. (Ley 1966, 2019)

Si bien la existencia de un sistema de información es una necesidad primordial para superar los problemas administrativos y financieros no es una propuesta nueva y tampoco supera los parámetros previamente planteados en el SGSSS, pues ambos modelos de salud aluden a la interoperabilidad con los sistemas y fuentes de información ya disponibles.

En ese orden de ideas, se estarían proponiendo en la reforma algunos planteamientos que de manera normativa ya existen, por lo cual una de las soluciones en el marco de la regulación estaría encaminada a resolver es si la Ley 100 puede mantenerse vigente a la luz de la Ley Estatutaria, o si es necesaria una nueva Ley que modifique el sistema para armonizarlo con esta y además ejecutarlo. (Restrepo-Zea, 2022)

Al respecto si se va a proponer lo mismo que ya está escrito, sería procedente que el paso a seguir y una de las soluciones es el dar cumplimiento a lo establecido, ahorrando incluso el desgaste político, administrativo y del regulador, sobre la discusión en el escenario de la reforma. Se requiere entonces, por parte del Estado, ejecutar con rigor los mandatos normativos vigentes.

Fuentes Usos y Gestión de los Recursos Financieros del Sistema de Salud

Fuentes de Recurso

La propuesta sugiere la implementación de manuales tarifarios con pisos y techos, la se amplía algunas fuentes recaudo vía impuestos saludables, sin embargo, estos representan alrededor de 1,5 billones de recaudo los cuales no son suficientes para solventar la deficiencia de los 11, 9 billones que faltan.

Usos

Paralelamente, la reforma plantea la creación de los Caps, CNS, CTS, el saneamiento financiero de hospitales públicos, formación de talento humano en salud, licencias de maternidad a madres no cotizantes, recursos para los nuevos fondos, entre otros aspectos los cuales representan un incremento del gasto público el cual no tiene sustento claro y técnico de sus fuentes de financiación.

El modelo propuesto no plantea un esquema claro de gestión del riesgo financiero y riesgo en salud, esta función se ha ejecutado en el SGSSS, mediante la figura del aseguramiento, sin embargo la función no es trasladada a ninguna de las instituciones propuestas en el nuevo esquema y diseño organizacional propuesto como también lo identifica (Vecino, 2024), incluso el esquema del flujo del recurso y la garantía de la protección básica queda desprovista de lo que se ha considerado en el SGSSS como las reservas técnicas, así como tampoco se evidencian incentivos o mecanismos que promuevan el uso eficiente de los recursos y el control del gasto, lo que en consecuencia resultaría siendo una parte de las responsabilidades que recaería directamente en los prestadores de servicio y no es claro tampoco en los esquemas de contratación.

De otra parte, la propuesta plantea el diseño de manuales tarifarios, no es clara y no contempla los ajustes y variaciones de los precios de la prestación de los servicios de conformidad a las variaciones de frecuencias de uso, así como de optimización de costos mediante los paquetes de servicios ya que, aunque no es clara, plantea un modelo individual de costos por servicio.

Respecto al fortalecimiento del Sistema Financiero, es precaria toda vez que elimina y no plantea nuevos criterios y estrategias de control del gasto, las cuales han sido de importancia en

el esquema de aseguramiento en salud para Colombia ya que gracias a ello se tiene el gasto más bajo en Latam. Además, la falta de control durante la cadena del flujo de los recursos y su destinación es uno de los principales problemas por los cuales no se conocen las cifras claras de la suficiencia del recurso y la existencia de los pasivos.

Así mismo en su tabla de usos del recurso muestra el incremento progresivo de los gastos de funcionamiento sin plantear técnicamente el plan de presupuesto y reestructuración de la ADRES, conforme a la propuesta de su ampliación de funciones, lo cual no significa fortalecimiento de su capacidad. El crecimiento de los gastos de funcionamiento en el mediano y largo plazo se evidencia en la tabla, con los ítems de fortalecimiento de la red pública y los fortalecimientos institucionales, a continuación:

Figura 22

Senda del Gasto Usos del Sector

Tabla 30. Proyecciones de usos. Proyecto de Reforma a la Salud
Miles de millones de pesos de 2024

Usos	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034
Atención Primaria en Salud	18.563	21.107	22.735	23.544	25.379	27.069	29.175	31.619	34.562	36.636
Mediana y alta complejidad	71.980	74.196	76.463	78.779	81.155	83.602	86.120	88.698	91.335	94.075
Prestaciones económicas	2.755	2.866	2.982	3.102	3.227	3.358	3.493	3.634	3.781	3.932
Fortalecimiento de la red pública	1.000	1.000	1.000	2.000	3.500	4.000	4.200	4.410	4.631	4.862
Otros	500	516	533	550	568	587	605	625	645	665
Becas	120	120	120	150	200	200	200	200	200	200
Protección de la maternidad	450	525	800	900	1.040	1.062	1.061	1.059	1.056	1.054
Fortalecimientos institucionales	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fondo de desastres	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
SGP - E.T. SGP (10%): Salud pública	1.885	2.136	2.296	2.376	2.509	2.623	2.744	2.861	2.981	3.099
Gastos directos	97.403	102.617	107.079	111.550	117.728	122.651	127.748	133.256	139.341	144.672
SOAT - Rangos diferenciales	217	239	263	289	318	349	384	423	465	512
Migrantes irregulares	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Saneamiento hospitalares	1.300	-	-	700	415	300	300	200	200	185
Gastos indirectos	1.823	545	569	1.295	1.039	955	990	929	971	1.003
Incentivos de calidad	-	500	1.080	1.570	1.623	1.672	1.722	1.774	1.827	1.882
Unidades Zonales de Planeación	450	650	1.000	1.023	1.065	1.107	1.153	1.203	1.259	1.307
Gastos de gestión	450	1.150	2.080	2.593	2.688	2.779	2.875	2.977	3.086	3.189

Fuente: Proyecciones ADRES y Ministerio de Salud y Protección Social.

Nota. (Ministerio de Salud, 2024)

Entre otras nuevas funciones que se le otorgarían a la institución está el “Adelantar las verificaciones para el reconocimiento y pago por los distintos conceptos que promuevan la eficiencia en la gestión de los recursos, a cuyo efecto podrá contratar las auditorías integrales que corresponda”(Ministerio de Salud, 2024)

En términos prácticos esto implica asumir la contratación de la auditoría, no aclara acerca de la supervisión seguimiento y control de la ejecución de esos contratos además implica asumir

la carga operativa respecto a la verificación de la facturación que son los documentos que sustentan el reconocimiento y pago por los diferentes conceptos

Asumir muchas de estas funciones resulta más costoso que en el sector privado, en la propuesta y soporte técnico de la misma no se identifica el plan de reestructuración y aplicación de la capacidad de la ADRES. No se indica cual es la carga operativa en planta de personal, las dimensiones y proporción en la que la planta de personal de la ADRES deba Crecer.

Desde el esquema y la consistencia Financiera de la propuesta de reforma, se identifica que como otra de las funciones se establece el “desarrollar una política de inversión y manejo financiero de los recursos que permita la mayor rentabilidad al menor riesgo”(Ministerio de Salud, 2024). Esta función debería ser el eje articulador de las soluciones a la crisis y del desarrollo de la propuesta de reforma, desplegando un esquema operativo, administrativo y financiero sustentado en argumentos técnicos y cifras aterrizadas, para dar solución a los asuntos del flujo del recurso y su suficiencia, sin embargo no cuenta con tales calidades y planteamientos, lo que al dejarlo como una función más, dilata en el tiempo la existencia de una estrategia real para intervenir la problemática.

Así mismo, la implementación de la norma durante el año siguiente de la aprobación y el plazo máximo de los 3 años para definir el Plan de Fortalecimiento Institucional solo muestra la falta de capacidad estratégica y ejecutiva del Gobierno en sus planteamientos porque esa propuesta si podría ser uno de los posibles caminos de solución a la crisis financiera, según la austeridad y las ventajas de sus planteamientos soportados técnica y financieramente, sin embargo están planteados como algo que se debe diseñar, más no como la solución que ya esté planteada y que además está en mora de ser presentada a la sociedad

Además, en los términos propuestos en el documento el esquema orientado hacia una salud pública y un sistema con mayor cantidad de instituciones estatales es algo utópico, ya que, en el pasado, el Estado no ha sido más eficiente que el mismo sector privado en la reducción de costos de la prestación del servicio y tampoco ha sido austero, cuando sus instituciones han sido cooptadas políticamente y no responden de manera flexible y adaptable a los cambios tecnológicos y avances de la sociedad. La rigidez estructural de la burocracia, por el contrario, muchas veces elevan los costos y no es eficiente en la producción de bienes y servicios.

Además, solo cuando existan indicadores de impacto y mediciones de la productividad de los trabajadores del sector público en términos de generación de valor social será más eficiente y efectivo el Estado y su operación versus el sector privado que está en una constante disminución de costos y mayor productividad.

Enfocar la destinación de los recursos y la financiación en el nivel primario amplía el efecto negativo y la proporcionalidad del recurso que podría malversarse y dejarse de utilizar oportuna y pertinentemente toda vez que su ejecución está asociada a los acuerdos contractuales pactados y la norma no es clara en establecer los criterios de evaluación de cumplimiento de los indicadores, si bien establece tres condiciones básicas en la realidad y teniendo en cuenta los antecedentes esto no funcionaría si los modelos de supervisión y control al seguimiento y ejecución de los contratos no se hace efectivo y se fortalece.

La promoción y la prevención hoy día corresponde tiene bajos niveles de ejecución cuyo impacto debería ser significativo en la reducción del riesgo en salud y la disminución de los niveles de severidad de diferentes patologías.

Sería necesario el fortalecimiento y mencionar los mecanismos de seguimiento y control a la contratación logística y asociada a los contratos de transporte en sus diferentes modalidades,

así como ser más explícito y específico en la modalidad de manejo y verificación para el pago de este tipo de servicios pactados.

Otra debilidad es que técnicamente no se establece y no hay claridad en el porcentaje y proporción del recurso que deba destinarse para la promoción y la prevención, además no tiene sentido ampliar burocrática y técnicamente la administración financiera de este recurso, con la creación de un fondo Público enfocado en la promoción y prevención, es de recordar que en el pasado la mayoría de las cuentas y fondos únicos, solamente han legado al declive institucional y la liquidación de los mismos con importantes pérdidas patrimoniales por lo que se estaría proponiendo la implementación de una mala práctica.

De otra parte, la propuesta también menciona, pero no especifica los nuevos criterios de permanencia para las nuevas organizaciones que formen parte del sistema.

Otro aspecto es “Las EPS que cumplan con los criterios de permanencia, se organizaran progresivamente por subregiones funcionales para la gestión en salud, reconociendo su experiencia en los sitios donde históricamente han gestionado el riesgo en salud con buenos resultados y conservando sus afiliados, sin embargo, en este momento las EPS, que quedan no cuentan con garantías para este tránsito por cuanto se encuentran en una situación de supervivencia que está causando la histeria colectiva y social, por cuanto ya se encuentran saturadas al concentrar mayor cantidad de afiliados sin poder reaccionar con su capacidad organizacional para prestar los servicios con calidad, lo cual paulatinamente genera el incumplimiento mayor de indicadores de calidad ya que se incrementan las quejas y tutelas por la prestación de los servicios deteriorada que finalmente los usuarios resienten cada día más.

Sin embargo, con el tránsito de las EPS que lo decidan, a las Gestoras de salud y vida, en la propuesta se plantea la subrogación de todos los activos, pasivos, patrimonios, así como de los

deberes, derechos y obligaciones lo cual deja una puerta abierta a la falta de saneamiento completo de los pasivos que tengan las EPS.

Es de destacar la cuenta y la estrategia de Fortalecimiento de la red pública hospitalaria que se ha venido implementando.

La norma no plantea la proporcionalidad de los recursos que se deban destinar para el pago de los servicios de mediana y alta complejidad, lo cual es importante para poder determinar la cantidad de recursos que se deban desplegar en cada uno de los niveles de atención en salud. En este punto además realizan planteamientos acerca de las RIITS, Redes Integradas Territoriales de Salud, tampoco es clara en términos de coordinación interinstitucional.

En ese sentido además el Estado debe ser un facilitador del desarrollo económico y social, sin embargo, estas estructuras hasta tanto no sucedan cambios culturales, podrían ser objeto de politización.

Unidad de Pago por Capitación

La propuesta señala que: “Este valor se determinará mediante estudios técnicos, que consideren ajustadores de riesgo en función de la edad, el sexo, la ubicación geográfica, las condiciones epidemiológicas y socioeconómicas de la población”

El Estado tiene la responsabilidad de calcular un Unidad de Pago por Capitación (UPC) suficiente para financiar los servicios de salud “(Ministerio de Salud, 2024)

En ese sentido este ítem es uno de los puntos álgidos de la problemática toda vez que discusión no resuelta acerca de la suficiencia de la UPC, solo se resolvería determinando con la mayor precisión posible el monto que se requiera para tal fin y hoy día ya está determinado que es una función del Gobierno nacional a través del Ministerio de Salud establecerla, en ese sentido no tienen razón de ser que entre los planteamientos de una propuesta de reforma se plantee una

función específica que la institución ya tiene, si no que más bien se requiere es de la voluntad técnica y política para solucionar el problema técnico y financiero por lo cual, hoy el ministerio debería recalcular el monto, asignar ejecutar lo atinente a este resultado.

Ahora bien, uno de los problemas mayores y de las debilidades más grandes que tiene la propuesta, es la falta de claridad en la demostración y la proposición lógica de argumentos y evidencias que permitan demostrar que los planteamientos consignados en el documento sustentan un modelo más eficiente y efectiva, en términos de la suficiencia del recurso, además dividen el recurso en dos montos de UPC, sin establecer proporciones técnicas y específicas de la asignación de estos recursos, lo cual en vez de simplificar el sistema lo hace más complejo, tan es así que con una sola UPC, se han presentado los problemas ya identificados en el flujo de los recursos, particionar el monto en dos unidades hace más complejo su cálculo y administración agravando la situación en el mediano y largo plazo por la falta de eficiencia y las dificultades de la ejecución, destinación específica, seguimiento y control de dos flujos de recurso.

Así mismo, no establece los criterios actuariales y econométricos mínimos que deban ser tenidos en cuenta para su cálculo y desconoce el avance técnico y estadístico que se ha logrado hasta la presente en el SGSSS, pese a las dificultades de calidad de los datos y de la implementación de los sistemas de información que imposibilitan la precisión en los cálculos, dada la dinámica del autorreporte de información por parte de las EPS, y la falta de seguimiento y control a la calidad de la información recibida por el MSPS, la SNS y la CGR.

Además, dividir la UPC entre el nivel primario y la atención en salud de mediana y alta complejidad permite una mayor falta de control, normalmente lo que no se controla y no se ejecuta, suele perderse en el sistema. Esto generaría dos rutas de flujo de recursos diferentes en las que el rastreo del uso de estos no se transparenta, situación por la cual la propuesta no plantea

soluciones financieras en materia de seguimiento y control de los recursos, sino que por el contrario las dispersa sin reglas claras

En documento presentado por el Gobierno Nacional, no presenta un esquema novedoso y que simplifique el trámite de presentación auditoria y pago de las cuentas, prácticamente solo cambia los porcentajes de validación y los tiempos de pago, pero no soluciona de fondo los problemas de la estructura del flujo de recursos y la gestión de cuentas y pagos, asunto del cual van quedando los saldos de las cuentas pendientes por pagar en razón a las glosas que se generen de los procesos.

Además, plantea los ajustes y descuentos para el mes siguiente acumulándose progresivamente, lo cual ha sido uno de los problemas generadores de la falta de liquidez y de pérdida de control y trazabilidad del uso del recurso. Por lo que solo cambiar los porcentajes de auditoria no es suficiente para mitigar el riesgo financiero de liquidez ya conocido con la implementación del SGSSS.

Para evitar el traslape y la falta de claridad en las cuentas para cada uno de los procesos de pago y conciliación de cuentas, estos deben realizarse por separado realizando los respectivos ajustes y descuentos, una vez surtidas las etapas de subsanación de la glosa, proceder a cerrar cada proceso de manera individual, de tal manera que las cuentas que correspondan a un mes no tengan que cruzarse con las del mes siguiente y al final del año realizar el ajuste y cierre de las cuentas sin afectar la liquidez y flujos de caja de las prestadoras de los servicios. Así mismo es fundamental el seguimiento contractual asociado a la facturación sí que exista una agrupación por NIT, en la que se mezclan diferentes contratos y las diferentes modalidades de los mismos.

Además, continuar haciendo las gestión de pagos de la misma manera, es la práctica riesgosa que ha materializado el riesgo de liquidez también, por que la frecuencia de uso de los

servicios no es estándar entre un mes y otro, por ejemplo dados los picos epidemiológicos en un mes puede gastar más que en el siguiente y en caso de retener o descontar una proporción del pago para el mes que se requiere mayor cantidad de recurso se afectaría la liquidez o flujo disponible del recurso, de ese mes como efecto de los pagos y ajustes de los meses anteriores, situación que ha sido detectada en los informes de auditorías de cumplimiento, financieras y de desempeño ejecutados por la CGR, respecto a la problemática en el flujo del recurso del SGSSS

Según los planteamientos de la propuesta, en ningún caso orientan el propósito de la auditoría a examinar la oportunidad, pertinencia y calidad de la prestación de los servicios que los pacientes requieren, de una manera más rigurosa que garantice la calidad en la prestación de los servicios y el uso eficiente de los recursos, así mismo, cuando refiere que las Gestoras de Salud y Vida realizaran los controles previos, concurrentes y posteriores de los servicios de salud y las auditorías a las facturas presentadas por los RIITS, no se estaría cambiando la dinámica de operación de las EPS, y el autorreporte para el pago de los servicios prestados sino solo la figura y su nombre, por cuanto el trámite no cambia de manera sustancial, y no hace énfasis en la calidad del dato y controles novedosos y específicos los cuales se requieren para la no repetición y materialización de los riesgos y debilidades ya identificadas administrativa y financieramente en el uso de los recursos.

Respecto a los servicios sociales y complementarios en salud, se identifica que no contempla la posibilidad a los nuevos cambios de la sociedad, en el uso tecnológico disponibilidad de servicios de salud que están a la vanguardia de esquemas nuevos de prestación como por ejemplo el amplio espectro de atención domiciliaria que puede beneficiar la calidad de vida y atención del paciente así como reducir costos en capacidad instalada, sino solo formaliza la provisión de servicios que incluyan el transporte, el hospedaje, el cuidado o asistencia personal

en casa, hoy ya existentes en el SGSSSS respecto al cual se podría ampliar cobertura y eliminar barreras de acceso a la prestación de estos servicios sin necesidad de ajustar la norma, sino instar a la mejora y eficiencia de los esquemas de modelos de operación y asignación del recurso para que llegue a los afiliados y pacientes de manera real.

De otra parte, la propuesta plantea la oportunidad financieras de otorgar créditos blandos a los prestadores de servicios de salud como una medida para el saneamiento de las finanzas, esto significa que al nuevo sistema serian heredados los problemas ya existentes y se abriría la puerta al endeudamiento, en vez de establecer modelos de gestión y coordinación verdaderamente eficientes que ayuden a optimizar al máximo los recursos que son precarios y conforme a ello luego si examinar las posibilidades de inyección económica para su mejoramiento, más no, para el saneamiento de las deudas. Sería entonces, comenzar un nuevo esquema, con instituciones y organizaciones ya enfermas, que conforme a la dinámica de falta de eficiencia que da lugar al declive del SGSSS, al empezar endeudados se perpetúa la permanencia del endeudamiento lo cual no es óptimo y viable si lo que se esperan son rendimientos y resultados de impacto positivo a la sociedad.

Frente a lo cual, si se quiere un nuevo modelo de salud desde la esencia de su organización y creación, no debería heredar los problemas pasados sino por el contrario debería iniciar con instituciones y organizaciones sanas especialmente en sus capacidades financieras.

Organización de Servicios de Salud

Las condiciones para la transformación de las EPS, establecidas en la propuesta de reforma, no les brinda opciones diferentes a transformarse en Gestoras de Salud o retirarse, situación que prácticamente cierra la posibilidad y toda opción de proposición a otras alternativas de solución y a construir sobre lo construido, además vulnera las libertades económicas y de los

afiliados para la escogencia de sus prestadores de salud de manera indirecta. Esta situación es regresiva y antisocial en el sentido de que los problemas que conocemos hoy como sociedad colombiana, son producto de acuerdos sociales previstos en Gobiernos anteriores y bajo el marco Constitucional, que mediante una sola propuesta del Gobierno nacional, no pueden y no deben cambiar de la noche a la mañana, si no se integran todos los actores de manera en la que se puedan salvaguardar los derechos de la población, los recursos públicos y los valores sociales y económicos construidos hasta la fecha, los cuales se deben proteger.

Al respecto es importante reconocer a las EPS, que quedan y resisten el efecto dominó del cierre paulatino de otras EPS debido a los problemas financieros no resueltos durante gobiernos anteriores, los logros, los conocimientos técnicos, administrativos, ejecutivos y asistenciales, profesionales, las capacidades humanas logradas, las fuentes de información como uno de los activos fundamentales del sistema, la capacidad instalada de las diferentes organizaciones, los negocios y el empresariado, que se han constituido en torno a la salud, como parte del desarrollo y crecimiento económico hoy existente.

Desconocerlo y sacarlos mediante la figura del retiro es segregar y perder recursos importantes que se han invertido estatal y socialmente para avanzar como país.

Respecto al saneamiento planteado la propuesta refiere que se tendrán en cuenta las reservas técnicas y otros recursos en ese sentido no da solución tampoco por cuanto ya se conoce algunas EPS no las han constituido, otras las tienen mal constituidas y otras las tienen constituidas, pero no completamente, lo cual significa que no se cuenta con los recursos suficientes para el saneamiento de los pasivos existentes.

Respecto a la aprobación de los planes y garantías financieras para ser Gestoras de Salud y Vida, la propuesta no es clara y específica frente a los nuevos criterios de habilitación y

tampoco plantea novedades frente al rol de la SNS, quien en ese sentido fue quien abrió la puerta a la crisis del sector en Gobiernos anteriores en la medida en que fue flexibilizando los criterios de habilitación a las EPS y organizaciones que no cumplían, los parámetros e indicadores, sin embargo, estuvieron operando hasta debilitarse por completo.

Así mismo, no se plantea un robustecimiento de las capacidades técnicas de la SNS, y da plazos de tan solo 30 meses para emitir conceptos sobre planes y cumplimiento de parámetros los cuales son de poca exigencia técnica frente al rigor y complejidad que esta verificación debería tener para no repetir errores del pasado desde la constitución de las nuevas organizaciones, en las que en algún momento se constituyeron empresas y personas jurídicas sin cumplir todos los criterios de habilitación y permanencia como por ejemplo en el caso MEDIMAS.

Redes Integrales e Integradas Territoriales de Salud

Algo novedoso es que propone el diseño e implementación de un sistema de monitoreo y desempeño, sin embargo, no amplía y desarrolla los criterios estructura básica del mismo.

El diseño y arquitectura organizacional del nuevo modelo propuesto, debería estar orientada a una propuesta de modelo de operación más efectivo, y de gestión por resultados medibles en el corto, mediano y largo plazo, sin embargo, despliega una estructura más compleja, de la cual, si bien enuncia la rectoría y la gobernanza de la red, no atiente los problemas identificados y no evidencia una relación clara entre el rol de los actores y entre los diferentes niveles de atención, que solucione la falta de coordinación interinstitucional.

Al respecto hace mención a un sistema de referencia y contrarreferencia, sin mostrar diferencia técnica y sustancial frente al concepto de referencia y contrarreferencia que ya existen en el SGSSS, situación por la que este planteamiento de reforma no es novedoso.

La reforma plantea un sistema de asignación de incentivos, otorgados a los prestadores de servicio, si se cumplen indicadores con los atributos de resultados en salud, satisfacción del usuario, y uso eficiente del recurso, sin embargo, esto debería estar sujeto a los modelos de contratación y la manera de realizar el seguimiento y control, así como se debería especificar también la debida articulación con los procesos de autoritaria y el sistema de desempeño implementado. Así como la manera en que los porcentajes y la progresividad del reconocimiento de los incentivos se efectuaría de acuerdo a la disponibilidad presupuestal y las proyecciones propuestas que no se evidencian en el documento de soporte técnico de la propuesta.

Esta situación de los incentivos, mientras no se intervengan las medidas de seguimiento y control a los contratos para estimular ese cumplimiento de indicadores y ganancia de incentivos de manera transparente, no soluciona el problema sino por el contrario abre la puerta a que se sigan recibiendo incentivos adicionales a los que ya existen sin control exhaustivo de la ejecución contractual e impacto social, frente a lo que incluso ya existen las Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS, pero no se implementan a cabalidad.

Así mismo, la implementación de los centros de atención primaria en salud solo incrementa el nivel de burocracia y supone un mayor costo operativo, el cual además fragmenta las posibilidades de integrar y centralizar la información de los pacientes entre la atención primaria y los niveles de complejidad media y alta. situación que no se percibe considerada de cara a lo que el afiliado requiere y necesita para una atención óptima. Como lo plantea (Vecino, 2024), si bien es positiva la intención de minimizar los tiempos de atención para el paciente, esta no es clara en determinar la ruta del paciente y del recurso, ya que no se sabe si la necesidad de atención los pacientes, dada su complejidad, deberían ser atendidos ya sea en los CAPS, o las GSVA, dejándolo a la deriva porque la responsabilidad y alcance de ambos actores no está

claramente establecida, lo cual no permite dilucidar realmente quien debe hacerse cargo del paciente.

Instituciones de Salud del Estado (ISE)

Fortalecer la infraestructura intrahospitalaria estatal puede mejorar la capacidad de los territorios y el fortalecimiento del desarrollo regional en la prestación del servicio de salud, sin embargo, en la propuesta retoman los elementos de las normas ya existentes. En ese sentido, si con la regulación que hay en este momento ya se podría operar creando nuevas Empresas Industriales y Comerciales del Estado-EICE, entonces sin necesidad de escribirlo en una reforma y someterla a su aprobación cambiándoles el nombre a ISE, bajo el marco normativo invocado del Decreto 111 del 1996 el cual alude a las EICE, es oportuno entonces, el uso de la voluntad política, la elaboración e implementación de planes concretos que sustenten las entidades que se deban crear, y crearlas simplemente, situación detectada que presupone un amplio incremento del gasto público el cual no está sustentado técnicamente en el documento y no plantea cuales, en qué lugares y con qué propósitos específicos se crearían las nuevas instituciones bajo la figura de ISE

Sin embargo, es importante tener en cuenta, la no repetición y reproducción de las practicas administrativas que dieron lugar al declive y liquidación de las EICE en el pasado, como por ejemplo CAJANAL, el ISS, SaludCoop, Caprecom, Cafesalud, entre otras así como tener en cuenta también los casos de éxito en el sector como lo son el Instituto Nacional de Cancerología y el Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta, que aunque es una ESE, presenta una gestión de recursos importante y beneficios en salud para la sociedad, con impacto económico positivo y en la prestación de sus servicios especializados.

En ese sentido la creación de instituciones públicas y la recuperación de la red hospitalaria es importante en el fortalecimiento del sistema, sin embargo, se hace óptima y pertinente, sólo si estas instituciones se crean haciendo énfasis en la especialización de la ciencia médica y producción investigativa y tecnológica, diversificando y profundizando sus capacidades y generación de valor público en materias como por ejemplo la neurología, ortopedia cardiología, entre otros. Además, sería pertinente su ubicación estratégica en el territorio, para potenciar un el desarrollo regional.

“El fondo de infraestructura y Dotación Hospitalaria” es una propuesta interesante para el fortalecimiento y dotación hospitalaria que salvaguarde de los recursos del patrimonio público, máxime cuando en el pasado de los bienes y procesos liquidatarios de las empresas privadas no se recuperó nada, sin embargo, no es necesario su despliegue del fondo como nuevo ente y unidad organizacional del diseño del modelo, sino en términos de austeridad podría ser un apéndice que se maneje como una cuenta específica en la ADRES, así mismo, los procesos y proyectos de inversión que se decidan con los recursos de esta cuenta para que evitar la ampliación el aparato estatal y que se incremente el gasto de funcionamiento

Personal de la Salud

La propuesta sugiere novedades en materia del personal de la salud como lo son los incentivos educativos, plantea la identificación única del talento humano en salud, la cual ya existe para el personal de la salud que cumple con los requisitos establecidos mediante la Ley 1164 de 2007 a través del RETHUS, que está a cargo del MSPS, sin embargo, debería actualizarse y robustecerse.

Al respecto, no soluciona la dignificación y el ajuste o equilibrio de las contraprestaciones de los trabajadores del sector, sino por el contrario lo hace en referencia

especial a quienes sean incorporados en el régimen laboral de las instituciones de salud del Estado, dejando desprovistos de protección y garantías específicas a los trabajadores que no transiten al nuevo modelo propuesto.

Si bien es cierto, la garantía de condiciones laborales en el estado puede ser mejores que en el ámbito público, sin embargo, para el sistema de salud no es pertinente en términos de la calidad de la prestación del servicio si los elementos de evaluación del desempeño no se articulan a una gestión por resultados periódicos y continuos en términos de la generación de valor social.

Además, en el mediano y largo plazo las nóminas estatales se vuelven más costosas, lo cual incrementa el gasto público en funcionamiento por el crecimiento de la burocracia sin técnica y sin generación de valor público lo cual va en contra de la austeridad y la suficiencia de los recursos.

De otra parte, es de importancia mencionar que la carga laboral y la desmejora en la calidad de la prestación de los servicios en este momento se está agravando y está desprotegiendo a los trabajadores quienes se están viendo obligados a trabajar más horas y atender más pacientes por los mismos salarios o debido a la falta de personal de la salud, situación que no refleja la salvaguarda y garantía de derechos en la actualidad y para un proceso de transición.

Figura 23

Atención En Salud, Demora en la Atención de Servicios a Pacientes



Nota. imagen propia, demoras en la atención en salud.

Inspección Vigilancia y Control -IVC

El capítulo y apartado de la propuesta en sí mismo es precario, solo contiene dos artículos que no plantean la reorientación de la IVC, y de la SNS, la cual requiere ser reenfocada y requiere de la depuración y simplificación de sus funciones en su fortalecimiento.

Además, en todo lo que es el despliegue del modo de operación y articulación entre los actores no realiza énfasis en las atribuciones y responsabilidades que se deban fortalecer haciendo uso del control interno y financiero de los diferentes actores.

Disposiciones Generales

En este apartado se plantea la consulta y consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas, así como para las comunidades negras, afrocolombianas, raizales, palenqueras y del Pueblo Rom, para la creación del Sistema Indígena de Salud Propio Intercultural (SISPI) articulado al Sistema de Salud, frente a los cuales se invoca la aplicación de la Ley 1751 de 2015, el Decreto 1372 de 2018, el Decreto 2957 de 2010, la Ley 30 de 1992, modificada por la

Ley 647 de 2001 y la Ley 1443 de 2011 así como de las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan. Situación que no representa novedad alguna más allá del concepto y presupone la importancia de la Ley estatutaria del 2015, frente a la cual, así como se debiera articular el esquema de salud que se defina para estas comunidades, así mismo se podrían adherir y articular las modificaciones estructurales y actualizaciones que requiera el sistema, sin la necesidad de plantear desde el inicio y vía reforma, un nuevo modelo de salud, teniendo en cuenta los avances y ventajas de contar ya con andamiaje normativo y organizacional vigente a través de esta Ley que debería implementarse a cabalidad.

Disposiciones Transitorias

Frente a las disposiciones transitorias, para la transformación del modelo, en este aspecto es dudosa su aplicación, y no es una duda subjetiva, sino corresponde a los hechos actuales ocurridos durante el último semestre de 2024, toda vez que en este momento no se cuenta con las garantías suficientes para que el derecho a la salud e los colombiano no sea afectado, tal situación es de preocupación y relevancia ya que la agudización de la incertidumbre, la saturación de la capacidad de las EPS y el desmedro en la calidad de la prestación de los servicios se ha ido acentuando poniendo en riesgo la continuidad de los tratamientos de los pacientes y su atención básica, así como el suministro de medicamentos.

Esta situación se puede evidenciar con el incremento de quejas y reclamaciones, así como con la falta de disponibilidad de citas, otorgamiento de cupos, realización de filas extenuantes, y desmejora de los canales de atención en la que paulatinamente se desprotege a los afiliados. La identificación de los mismos problemas críticos como la falta de liquidez y la falta de solución estratégica e inmediata, por parte de los interventores a las EPS, cuya administración de bienes y recursos ha sido tomada por la SNS.

En la subrogación de los contratos no hay un énfasis en la salvaguardia de la información, la transmisión y su empalme.

Las reglas del aseguramiento y manejo de la Unidad de Pago por Capitación no son claras en el nuevo sistema de salud.

En la propuesta se identifica que no hay una igualdad de condiciones y oportunidad de participación en reglas establecidas para las EPS, por cuanto se incorpora condicionadamente a la NUEVA EPS como la entidad con la capacidad de asumir la operación en los diferentes territorios sin estar equipada y preparada con la infraestructura, capacidad instalada y operativa que requiere para garantizar la salud de los 20 millones de afiliados que se ha propuesto recibir.

Además, esto implicaría el rediseño organizacional de todos los procesos y procedimientos en cada una de las unidades organizacionales propuestas como los CAPS, los RIITS, la ADRES y las ISE, que se creen, situaciones que implican ensayos y errores hasta lograr una estabilización de los modelos de atención y maduración de los mismos que no se efectúa de manera inmediata sino paulatina- Lo cual expone la salud de los colombianos hasta tanto no se demuestre la eficiencia y efectividad del funcionamiento de estos modelos cuya evidencia de implementación forzada, improvisada, y poco optima se ha demostrado durante el gobierno actual, con situaciones de poco éxito como el nuevo modelo de salud para los docentes a cargo de la Fiduprevisora, cuyo esquema según se describe en diarios oficiales se “eliminó la intermediación de los operadores”. Así las cosas, los operadores salieron de la ecuación y esa fiducia, además, quedó encargada de celebrar contratos con las IPS y de hacerles auditoría, que es revisar que lo que le cobren clínicas y hospitales por la atención a los usuarios corresponda con lo que realmente hicieron.

Sin embargo, desde el día uno de implementación empezó a verse los problemas. Largas filas en las sedes de la Fiduprevisora, quejas por demoras en la atención y falta de contratos con hospitales y clínicas para atender a los profesores y sus familias. (El Colombiano, 2024)

Finalmente, el régimen de transición solo posibilitar la opción antidemocrática de transformarse o retirarse sin darles la posibilidad de seguir existiendo, además limita la posibilidad de escogencia del ciudadano frente al modelo de atención que más desee.

Además en el contexto planteado prolifera las inequidades por cuanto quienes no se sometan al modelo de intención planteado y tengan la capacidad adquisitiva, van a quedar desprovistos de su seguridad básica prefiriendo optar además por esquemas de seguros de salud frente a los cuales no ha sido prevista en la propuesta la regulación a la especulación que se prevé de los costos en salud por parte de la empresa privada que disminuirá su cobertura mientras amplía los costos a los usuarios, disminuyendo el gasto operativo e incrementando el lucro.

Así mismo, fundamentar el nuevo sistema en un esquema de atención primaria, es riesgoso per se, ya que no solo no atiende la crisis financiera sino por el contrario la puede profundizar toda vez que en el pasado y actual SGSSS, se ha identificado que los recursos destinados a la atención primaria, promoción y prevención han tenido niveles bajos de ejecución, en cumplimiento de los indicadores pactados y de los acuerdos contractuales establecido para tal fin.

Sin embargo, los pagos y el flujo del recurso se ha efectuado sin tener el mayor impacto posible en los afiliados y la disminución de la severidad de las enfermedades y prevención de las mismas y en muchas ocasiones la ejecución de este recurso por tal concepto se enfoca en la parte de promoción mediante el agenciamiento de estrategias de divulgación y publicidad más no

específicamente que generen un impacto preventivo realmente, en la conciencia de la salud y las enfermedades de la población afiliada.

Lo anterior implica que destinar mayores recursos a este ítem o rubro, sin la claridad técnica de su operación y ejecución, ampliaría el valor y proporción de recursos que podrían no ejecutarse y ser incluso malversados, lo cual abre el espectro y posibilidad de usar mayor cantidad de recurso de manera ineficiente, lo que, en el mediano y largo plazo, incrementa el factor crítico suficiencia del recurso, así como su destinación y uso máxime cuando los recursos son escasos en el sistema

De otra parte, no son profundas las novedades del esquema propuesto por el Gobierno nacional, por cuanto el SGSSS ha contado en su diseño, y en sus instrumentos normativos, con el enfoque de atención primaria y este ha estado incluido en los modelos de prestación de servicio, sin embargo, no ha sido implementado a cabalidad, según lo dispuesto en la regulación ni en la suscripción, ejecución y seguimiento contractual.

La propuesta además no muestra con la suficiente contundencia cuales serían las mayores ventajas de su implementación, por qué es mejor y en que supera las falencias administrativas y financieras identificadas en el SGSSS.

Teniendo en cuenta que una de las principales fallas administrativas y financieras, se asocia a la ejecución del recurso a través de los acuerdos contractuales en sus diferentes modalidades, lo cual no permite el establecimiento de una estructura real de costos. Ninguna reforma propuesta, que no afecte y no replantee de manera técnica, jurídica, bien sustentada y completa, los modelos de contratación en salud, sería la solución para la crisis financiera del sector salud, toda vez , que la manera como se suscribe y se hace seguimiento a los contratos, especialmente los que incluyen la sujeción de los pagos y criterios de contratación a las notas

técnicas, en este momento es ambigua, poco específica, y todos los casos conlleva a la indeterminación del valor real de los contratos, los pagos y los costos en salud, lo cual es fundamental para aclarar la situación real de la suficiencia de la UPC.

Por el contrario, la propuesta del Gobierno, frente a la creación de dos UPC, prolifera la falta de seguimiento y control de los recursos en condiciones de calidad, transparencia, eficiencia y efectividad.

Por tal razón, si la raíz de los problemas financieros que se asocia a la contratación y la manera como se suscriben los contratos, la cual hoy no cuenta con criterios de medición específica, que permitan controlar y hacer un seguimiento detallado y transparente por cada uno de los acuerdos suscritos en sus diferentes modalidades y de la facturación que se deriva de estos, no se podría garantizar que el uso y destinación de los recursos se haga de manera óptima e impacte de manera significativa la salud de los colombianos

Finalmente, teniendo en cuenta el análisis realizado a la propuesta de reforma a la salud planteada por el gobierno del presidente Gustavo Petro, no soluciona de fondo ninguno de los aspectos administrativos y financieros que dan cuenta de la crisis actual del sector y por el contrario podría agudizarlos hasta tanto no se resuelva la discusión acerca de la suficiencia del recurso en principio, y porque en ese sentido se contradice al incrementar el gasto público de funcionamiento para la operación del modelo propuesto a cargo del Estado, máxime cuando los recursos se consideran escasos e insuficientes.

Además, tampoco soluciona los principales problemas atinentes al seguimiento y control del flujo de los recursos financieros de la Salud, situación por la cual se desconoce la realidad de las cifras y situación financiera del sector que no es atendida en los planteamientos.

Conclusiones

La crisis actual del sector salud, es el resultado de los problemas críticos de insostenibilidad económica no resueltos durante Gobiernos anteriores y que en la actualidad no se han podido dirimir. Lo cual implica que el sistema deba ser reformado estructuralmente, con una propuesta diferente a la presentada del Gobierno de Gustavo Petro, ya que no soluciona los problemas de insostenibilidad financiera del sistema, sino por el contrario los agrava, incrementando el Gasto público a través de acrecentar el aparato burocrático y dispersar el flujo de los recursos en dos cadenas de flujo cuyo, seguimiento y control no es claro y por el contrario si muy riesgoso. Además, tampoco soluciona los problemas administrativos identificados.

El SGSSS, es un modelo de salud, que se encuentra en declive, sin haberse implementado la normatividad completa que lo regula, desde su Ley Estatutaria 1751 de 2015, hasta el incumplimiento de las normas asociadas a la gestión de la información como la implementación del SIIFA en virtud de la Ley 1966 de 2019, que debe agrupar los sistemas como PISIS, SISMED, el reporte de los RIPS y sus derivados, con la orientación a transparentar el Sistema y mejorar las Vigilancia y control de los recursos, entre otras, que fueron formuladas y han quedado en el papel hasta la fecha, generando en consecuencia, el desconocimiento de la realidad financiera del sector respecto al costo real de la prestación de los servicios y a determinación del valor de la UPC.

Es fundamental resolver el problema y discusión acerca de la suficiencia de la UPC, teniendo en cuenta que varios estudios demostraron que la sostenibilidad de las EPS, era inviable desde la Sentencia T- 760, el caso Caprecom en el 2013, Cafesalud en el 2016, La Ley 1751 de 2015, entre otros, los cuales evidenciaban que el comportamiento operacional era de mayor costo frente a los ingresos, siendo el desarrollo operacional deficiente, decreciente y que ha

llevado a desaparición de la base patrimonial, la disminución del capital de trabajo, y un crecimiento del endeudamiento.

La insostenibilidad en el mediano y largo plazo para todas las Eps, no fue atendida de manera mancomunada y efectiva durante los gobiernos anteriores, cuyos efectos al año 2024, recientes las 32 EPS del régimen contributivo y subsidiado que quedan y que no tenían una situación tan crítica, sin embargo, hoy se han saturado soportando la cantidad de afiliados y costos operacionales de las EPS que fueron liquidadas en su momento, lo que desborda hoy su capacidad instalada, operativa y financiera de manera escalonada reflejando dificultades en la prestación de servicios que se reflejan con mayor magnitud y complejidad que en los años anteriores.

Es necesario que se fortalezca y se modernice la supervisión financiera a los recursos de la salud, lo que incluye reenfocar los procesos y formas de hacer IVC y control fiscal a los recursos del sector.

Durante las décadas de implementación del SGSSS, han existido debilidades en la Inspección, Vigilancia y Control, las cuales reflejan que la institucionalidad estatal también contribuye a través de la SNS, los agentes interventores y liquidadores a la ineficiencia y pérdida de los recursos desfinanciando el sector, así como también denota que el control fiscal por parte de la Contraloría General de la República ha sido débil en la prevención y resarcimiento del daño patrimonial.

La SNS ha sido ineficaz en la toma de medidas oportunas y efectivas para corregir los problemas financieros de solvencia, liquidez y permanencia de las EPS que no cumplían con los requisitos mínimos para garantizar su sostenibilidad financiera, adicionalmente.

Las IPS, los hospitales y entes territoriales, son los actores más débiles en la cadena de valor y de operación del sistema ya que son las que recienten la mayor problemática para poder operar y prestar los servicios de salud, mientras enfrentan problemas de liquidez y de flujo de los recursos para operar dados los niveles de deuda y facturas pendiente de pago que dificultan su operación y mejora continua.

La demora en los pagos por prestación de servicios es la principal causa a sus problemas financieros debido al incumplimiento en el pago por el Estado, EPS y ARS ocasionando el creciente riesgo de inviabilidad financiera por la presencia de mayores niveles de endeudamiento e incumplimiento con las entidades financieras, el Estado, proveedores, empleados y contratistas.

La aprobación e implementación de la reforma a la salud, no soluciona el problema de la crisis, ya que de nada sirve que se existan las normas, se modifiquen o se creen nuevas, si culturalmente los actores estatales y no estatales no las implementan, no las aplican y muchas veces las desconocen.

Los principales determinantes administrativos de la crisis del sector, dan cuenta del fraccionamiento y la faltas de controles efectivos y coordinación de los procesos, procedimientos en las organizaciones, y entre las organizaciones privadas y del Estado, las cuales en la actualidad juegan un papel antagónico, y desenfocado frente al bienestar común y la garantía del derecho a la salud, ya que no se encuentran coordinados para cumplir esta finalidad, sino por el contrario, existe conflicto de intereses en la administración de los recursos.

La administración de los recursos de la salud, ha estado focalizada en la monetización del sistema y la gestión de los recursos económicos, la cual no ha sido eficiente, mientras ha descuidado la información, que es uno de los activos más importantes y fundamental para la

toma de decisiones en materia financieras y la focalización de todos los recursos no financieros, que permiten la materialización de los modelos de prestación de servicios y la política pública mediante la prestación de los servicios de salud a los colombianos.

La inoperancia y falta de controles exhaustivos de los sistemas de información ha sido una de las principales causas para que la discusión sobre la realidad de la UPC, no pueda ser sostenida con autoridad y rigurosidad técnica por parte del Estado representado por su Ministerio de salud, ni por parte de las EPS, ya que la calidad de la información producida y suministrada por las EPS, no cuenta con suficiente, completitud, transparencia, veracidad y oportunidad, factores que impiden conocer el verdadero costo de la prestación de cada uno de los servicios y la realidad de información de facturación, así demanda y oferta de servicios de salud, lo cual impacta directamente los Estados Financieros, sus análisis, y las decisiones en materia Financiera del sector.

Lo anterior se puede evidenciar con el uso de la información de los RIPS y el MIPRES, información base que debería tenerse en cuenta para el cálculo de la UPC, y que desde el origen en su registro es tergiversada, no es validada y bien depurada para llegar al producto final, afectando la toma de decisiones en materia de políticas públicas y de la asignación de los recursos económicos de manera pertinente y focalizada para atender a la población. Así mismo las IPS tampoco cuentan con un sistema de costos definido, por su parte las EPS, cuentan con sistemas robustos de información, pero bajo la modalidad de autorreporte, no la suministran con criterios de calidad al MSPS

La propuesta de reforma a la salud, presentada por el Gobierno de Gustavo Petro, no soluciona los problemas financieros de la crisis actual, porque incrementa del gasto público de funcionamiento el cual es insostenible en el largo plazo y a falta de la competencia del mercado,

disminuiría la calidad en la prestación de los servicios máxime cuando el aparato estatal también es corrupto.

El modelo propuesto en la reforma propuesta por el Gobierno de Gustavo Petro, también es un modelo fallido que ya está condenado al fracaso por cuanto seguiría siendo insostenible en el mediano y largo plazo ya que la intervención por parte de la institucional pública con el incremento del aparato burocrático hace que también se incrementen los costos de operación para la prestación de los servicios de salud, sobpena del detrimento de la calidad de la prestación de los servicios de salud.

Ya que recientemente el MSPS, a confirmado las debilidades de información de todo el sistema, el enfoque preventivo planteado en la propuesta de reforma carecería de sustento técnico por cuanto el desconocimiento de cifras reales, deja el enfoque preventivo sin insumo real para la orientación y destinación de los recursos a grupos de población específica, ya que no se conoce el comportamiento real de los costos, los factores poblacionales y epidemiológicos, pues la propuesta estaría basada en aproximaciones que no corresponden a la realidad actual.

Se deben finiquitar con soluciones de fondo, previo a la implementación de un nuevo sistema de salud, el saneamiento de la cartera del sistema, así como garantizar la no repetición del círculo de deuda enfermizo en el que se sostienen diferentes negocios en contravía de la garantía del derecho a la salud y del uso eficiente de los recursos. Al respecto, la propuesta de reforma a la salud propuesta por el Gobierno del presidente Gustavo Petro, no da claridad acerca de los pasivos del sistema, además promueve el endeudamiento por medio de préstamos para el fortalecimiento y funcionamiento de las IPS, lo cual en el mediano y el largo plazo acrecenta el conflicto en el cual, las organizaciones del sector presentaron dificultades de patrimonio propio y adecuado, así como faltas de liquidez importantes.

Es necesario que todos los actores privados y estatales, reconozcan que desde su arquitectura y diseño institucional cada una ha tenido diferentes funciones específicas, las cuales no han sido cumplidas y ejecutadas a cabalidad, situación que generó debilidades administrativas, que afectan la eficiencia la efectividad del Sistema, permitiendo la oportunidad para la fuga y para el desvío de los recursos, así como también se desorientan el propósito de garantizar la prestación de servicios de calidad. Son tan débiles los sistemas de control interno de las EPS, como también las medidas regulatorias y punitivas, de control implementadas por las instituciones de control estatal y las directrices del MSPS.

EL MSPS, en su regulación ha dejado vacíos normativos en la cadena del flujo del recurso, y recibe información sin establecer mecanismos efectivos que garanticen la calidad en la recepción de los reportes, la SNS, ha realizado una IVC débil, frente al seguimiento y control de la información contable y financiera del sector y poco efectiva frente al saneamiento de cartera, la CGR, ha realizado una labor importante, sobre la acción fiscal, más no sobre la omisión, respecto al uso y destinación de los recursos en el marco del control Fiscal, las EPS e IPS, no han presentado facturaciones al día, han tenido una gestión de cuentas y pagos atrasada y no proveen la información veraz completa y confiable.

Desde la perspectiva normativa, y las funciones que tiene asignado cada uno de los actores del sector, ninguno ha cumplido sus obligaciones de manera completa, porque los estándares mínimos propuestos en las normas del SGSSS, no han sido implementados y tampoco se ha sido efectiva la exigencia del obligatorio cumplimiento de manera oportuna y estricta, especialmente para las IPS, y las EPS, quienes manipulan la información que producen, sin aplicar los parámetros establecidos, que tampoco son verificados y controlados por las entidades de superior jerarquía quienes reciben la información.

El saneamiento de los sistemas de información permite que se tomen decisiones financieras asociadas a la eficiencia administrativa, reducción del costo y del riesgo en salud, así como favorecen la implementación de un esquema preventivo con datos sobre el comportamiento de la población y sus enfermedades o factores epidemiológicos.

Recomendaciones

Es necesario implementar un plan de contingencia, orientado hacia el saneamiento de la información del sistema, con los reportes claros que diriman las diferencias de las cifras entre los diferentes actores a fin de concretar el valor de la UPC. Además, garantizar el control, calidad, completitud y veracidad de las cifras y datos mediante la implementación real de un Sistema de información interoperable.

Es necesario que el Gobierno utilice las herramientas de gestión normativa que le permiten ejecutar soluciones en aras de garantizar la estabilidad del sistema, así como utilizar su capacidad en la toma de decisiones de carácter ejecutivo para estabilizar el sistema, protegiendo y fortaleciendo a las IPS y demás organizaciones que prestan los servicios de salud a la población. Mientras se esclarecen los datos y se construye una propuesta de reforma que si atienda las problemáticas identificadas y se fundamente técnicamente en información confiable para todos los actores.

A los problemas financieros se les debe dar soluciones financieras las cuales deben ser diferenciadas, cuidando y protegiendo a las empresas, a las EPS y los prestadores y proveedores de servicios, en el sentido de que varias organizaciones lograron funcionar hasta hoy, y sus modelos de prestación de servicio muestran avances importantes en materia de cobertura y calidad, pese a las grandes dificultades que el sistema a planteado para su permanencia. Estas diferencias deben examinar los diferentes niveles de criticidad de los problemas, en pro de eliminar y sustituir lo que no sirve, en los modelos organizacionales liquidando las que se encuentran en peor estado financiero, fortalecer organizacionalmente las que tienen problemas de un nivel medio, y proteger los esquemas organizacionales y de funcionamiento de las EPS, e IPS

que han hecho una labor significativa, que han implementado buenas prácticas, sin saturarlas de afiliados y sin sobrepasar su capacidad operativa e instalada en la prestación de los servicios.

Es necesaria la transformación digital, la modernización de los procesos de reporte y seguimiento de información para la IVC y el control fiscal, a través, de la integración de tecnologías e inteligencia artificial, modelos analíticos con tecnología, y de estándares en la captura y procesamiento de datos, a fin de que simplifiquen y mejoren la eficiencia de los procesos de generación, recolección y procesamiento de la información para todos los actores del sector salud, la cadena de valor de prestación de servicios y del flujo de recursos. Lo que generaría reducción de costos, disminución de carga operativa, un seguimiento adecuado a la cartera y al uso de los recursos, en el marco de un gobierno de datos para el sector salud. Al respecto se pueden tener referente como la Superintendencia Financiera, buenas prácticas comprobadas en su efectividad frente al seguimiento financiero, a sus entidades vigiladas.

Se debe sanear la cartera del sistema, así como garantizar la no repetición del círculo de deuda enfermizo en el que se sostienen diferentes negocios en contravía de la garantía del derecho a la salud y del uso eficiente de los recursos.

Es necesario salvaguardar los avances en capacidad de infraestructura, la capacidad instalada, conocimiento y funcionamiento, y los avances en la cobertura universal que han brindado las EPS e IPS a sus afiliados. En ese sentido lo más pertinente debiera ser cuidar mantener y optimizar lo que ha funcionado hasta el momento, aún cuando implique la inyección de recursos, por el bienestar y salud de los colombianos se debe salvaguardar y cuidar y fortalecer el esquema operacional de las que llegaron hasta la actual vigencia con una operación significativa, reorientar y corregir de manera seria y rigurosa, sus modelos de operación respecto

corrigiendo y limitando sus malas prácticas identificadas en la intermediación. Perder las EPS en este momento incrementa el costo social y el gasto público y las pérdidas patrimoniales, como ha sucedido con las que ya se encuentran liquidadas.

Se recomienda dispersar los conglomerados de instituciones en salud que están concentrados geográficamente en determinados sectores de las grandes ciudades, permitiendo que las diferentes IPS, se ubiquen en todo el territorio nacional y sin distinción de localización por estratos, con el fin de garantizar y mejorar la calidad permitiendo un acceso más cercano a la prestación del servicio para todos los afiliados.

Fortalecer los vacíos del marco regulatorio en materia contractual. Estableciendo responsabilidad específica y tiempos específicos para la presentación y evaluación de la información relacionada para la presentación de cuentas de cobro, en este momento la facturación se encuentra atrasada además lo que afecta financieramente la liquidez, la gestión de cuentas por pagar, cuentas por cobrar y gestión de cartera.

Es necesario consolidar y simplificar la dispersión normativa que hoy existe.

Fortalecer mediante la especialización y el fortalecimiento institucional la red de hospitales públicos a nivel regional y territorial promoviendo la investigación, desarrollo y producción de conocimiento y tecnologías en Salud, así como la atención especializada según las diferentes ramas de la medicina tradicional y no convencional.

Fortalecer y ejecutar el control haciendo expresa la obligatoriedad y rigor del cumplimiento normativo por parte de todos los actores.

Todos los actores del Sistema deben concertar y unificar criterios que permitan el control constante y permanente en toda la cadena de valor de la data, desde el registro de la información primaria a cargo de las IPS y EPS, hasta su disposición final mediante la entrega de informes y

reportes, al MSPS, la ADRES y los órganos de control. Lo cual implica el reforzar la capacidad tecnológica y operativa en la depuración de las bases de datos, así como poner al día la información pendiente por registrar y reportar, atinente a la prestación de los servicios de manera completa y oportuna ya sea a través de la implementación del SIIFA, o de otro mecanismo. Se debe aplicar con rigor el marco regulatorio existente en materia de gestión de la información con la implementación del Sistema Integrado de Información Financiera y Asistencial mencionado en el artículo 3 de la Ley 1966 de 2019, para lo cual no es necesario la propuesta de una reforma a la salud que proponga un sistema interoperable, sino más bien es necesario el cumplimiento de la normatividad existente que ya lo tiene incluido.

Eliminar el autorreporte e incrementar los controles a la calidad de la información, oportuna organizada y veraz durante toda la cadena de valor de la prestación del servicio. Hecho todo esto, diseñar nuevas organizaciones con modelos de operación y prestación de servicios, validados mediante pruebas piloto, esquemas de costo real, enfocados en la gestión de resultados y calidad de la prestación de los servicios de salud.

Para la implementación adecuada de un sistema de salud con enfoque preventivo, es fundamental que se minimicen las asimetrías de información y que, en primer lugar, se consoliden sistemas de información robustos y confiables, con información de buena calidad, en términos financieros, poblacionales, epidemiológicos, de uso de servicios y carga de las enfermedades, entre otros, los cuales permiten el adecuado análisis de para la toma de decisiones en materia de salud pública y la orientación de los recursos.

Realizar énfasis en cultura de calidad del dato. Desde la captura y registro, hasta la transmisión de reportes con información completa y de calidad, que además sean estandarizados, tengan unidades de criterio, indicadores de medida y controles efectivos.

Si también se quiere formar nuevos esquemas organizacionales y de gestión para la prestación de los servicios de salud, como por ejemplo las gestoras de salud, también es necesario permitir la coexistencia de las diferentes formas de asociación, y las nuevas estructuras organizacionales para la prestación de los servicios permitiendo la competencia y el libre mercado sin condiciones privilegiadas.

Referencias Bibliográficas

ADRES. (2024). *Informe de gestión rendición de cuentas 2023-2024*.

https://www.adres.gov.co/rendicion-de-cuentas/Informe%20de%20Gestion/Informe_de_Gestion_2023_2024.pdf

Almeida, A., & Castro, W. (2019). *Análisis del riesgo financiero y riesgo de salud para las enfermedades de alto costo en una EPS de la ciudad de Bucaramanga año 2018*. Revista GEON (Gestión, Organizaciones y Negocios), 6(1), 116–128.

<https://doi.org/10.22579/23463910.150>

Andía, O. I. (2019). *Las causas de la crisis financiera del sistema de salud colombiano desde los medicamentos*. Revista de La Universidad Industrial de Santander. Salud, 51(4), 277–278.

<https://doi.org/10.18273/revsal.v51n4-2019009>

Arias, J. (2025). *Estudio reveló un déficit histórico: sistema de salud colombiano terminó 2024 con patrimonio negativo de 9,7 billones*. Infobae.

https://www.infobae.com/colombia/2025/03/27/estudio-revelo-un-deficit-historico-sistema-de-salud-colombiano-termino-2024-con-patrimonio-negativo-de-97-billones/?utm_source=chatgpt.com

Arias, J., Paredes, N., Santos, A & Duarte, J. (2012). *Dos décadas del Sistema de Seguridad Social en Salud: Desarrollo, crisis y soluciones*. En ACEMI (Ed.), *Tomándose la salud pública en serio* (Primera Edición). Catalogación en la Publicación Universidad Central.

https://acemi.org.co/wp-content/uploads/2022/05/Dos_Decadas_del_Sistema_de_Seguridad_Social.pdf

- Bejarano, J., & Hernández, D. (2017). *Fallas del mercado de salud colombiano*. Revista de La Facultad de Medicina, 65(1), 107–113. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n1.57454>
- Calderón, C., Botero, J., Bolaños, J. & Martínez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(6), 2817–2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
- Castaño, R. (2004). Integración vertical entre empresas promotoras de salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*.
- Contraloría General de la República. (2024). *IFinal 023 AD Flujo de los recursos del SGSSS (ADRES- MSPS- SNS - EPS)*. <https://www.contraloria.gov.co/documents/20125/5950425/IFINAL+023+AD+FLUJO+DE+LOS+RECURSOS+DEL+SGSSS+%28ADRES-+MSPS-+SNS+-+EPS%29.pdf/1b290a65-eb87-6e82-c248-3e5697a4e777?t=1724157584139>
- Contraloría General de la República. (2024). *Informe de auditoría de Auditoría de Desempeño al flujo de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud Vigencias 2020, 2021 y 2022*. <https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2024/08/LIBRO-II.pdf>
- Contraloría General de la República. (2024). *Situación de cartera de 26 EPS con las IPS, y proveedores de la red de prestadores de servicios de salud con corte a octubre de 2023*. <https://www.contraloria.gov.co/documents/20125/5616505/Informe+Situacion+de+cartera+de+26+EPS+con+las+IPS.pdf/ae43e8cc-422a-625c-1f81-4880d792a46a?t=1708439276550>
- Contraloría General de la República (2024). *Informe de resultados de la actuación especial de fiscalización con enfoque financiero sobre el uso y destino que las Eps dieron a los recursos públicos de la salud vigencia 2020*. <https://www.contraloria.gov.co/documents/20125/5950425/1.+Informe+Final+AEFF+24+E>

PS+-+CGR+-+CDSS+NA%CC%82%C2%B0+022+-

+12.07.2024+%281%29.pdf/b64f6480-7dc6-e49a-0672-d73239634896?t=1722945087489

Corte Constitucional, S. E. de S. a la S. T.-760 de 2008. (2023). Auto 2881 de 2023.

<https://www.corteconstitucional.gov.co/Relatoria/Autos/2023/A2881-23.Htm>.

Cuadros, J. (2023). *Resultados de los indicadores de permanencia financiera de empresas*

promotoras de salud (EPS) a marzo de 2023. [https://revistahospitalaria.org/cifras-del-](https://revistahospitalaria.org/cifras-del-sector/resultados-de-los-indicadores-de-permanencia-financiera-de-empresas-promotoras-de-salud-eps-a-marzo-de-2023/)

[sector/resultados-de-los-indicadores-de-permanencia-financiera-de-empresas-promotoras-de-salud-eps-a-marzo-de-2023/](https://revistahospitalaria.org/cifras-del-sector/resultados-de-los-indicadores-de-permanencia-financiera-de-empresas-promotoras-de-salud-eps-a-marzo-de-2023/)

Decreto 441(2022). *Por medio del cual se sustituye el Capítulo 4 del Título 3 de la Parte 5 del*

Libro 2 del Decreto 780 de 2016 relativo a los acuerdos de voluntades entre las entidades

responsables de pago, los prestadores de servicios de salud y los proveedores de

tecnologías en salud

<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=184728>

El Colombiano. (2024). *Siguen fallas en salud del Magisterio: sindicato de Sucre llamó a paro;*

¿por qué? <https://www.elcolombiano.com/colombia/salud/salud-de-profesores-siguen-las-fallas-y-sindicato-en-sucre-convoco-a-paro-este-jueves-HD25519385>

Espinosa, O., Rodríguez, J., Urdinola, B. P., Sánchez, A., Arias, M., Valdez, E., Cheng, T., &

Fisher, S.-E. (2023). *Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting*

entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial–actuarial approach. *Cost*

Effectiveness and Resource Allocation, 21(1), 73. [https://doi.org/10.1186/s12962-023-](https://doi.org/10.1186/s12962-023-00481-5)

00481-5

- Franco, Á. (2012). *La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano*.
The latest reform of the Colombian healthcare-related social security system. In *Rev. salud pública* (Vol. 14, Issue 5).
- Gelves, R. (2019). *Aproximación a la situación Financiera del Sector. Panorama general y particular de la situación financiera del sector salud, basado en los resultados de diferentes actuaciones de control fiscal. Estudio de casos*.
- Gómez, H. F. C. (2022). *Riesgo Financiero en entidades del sector salud de Colombia*. Techno Review. *International Technology, Science and Society Review / Revista Internacional de Tecnología, Ciencia y Sociedad*, 11(5). <https://doi.org/10.37467/revtechno.v11.4450>
- Granger, C., Ramos, J., Melo, L. & Silva, G. (2023). *Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. Borradores de Economía*. Banco de la República.
<https://doi.org/10.32468/be.1233>
- Guerrero, R. & Gallego, A. (2011). *Sistema de salud de Colombia*.
- HCHC. (2025). *Cartera hospitalaria a junio de 2024, estudio ACHC*.
<https://revistahospitalaria.org/cifras-del-sector/cartera-hospitalaria-a-junio-del-2024-estudio-achc/>
- Indicadores en salud. (2024). Tutelas 7/11/2024. *Así vamos en Salud*.
<https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/noticias-especializadas/tutelas-7112024>
- Leal, L. (2024). “Recordemos el caso SaludCoop, se demostró que se perdieron 1.5 billones”
[Video recording]. Señal Colombia- YouTube.
- Ley 1966 de 2019, (2019) *Por medio de la cual se adoptan medidas para la gestión y transparencia en el Sistema de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*.

Congreso de Colombia.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201966%20de%202019.pdf

López, A. (2025). *Deterioro financiero de la salud: pérdidas operacionales de las EPS superan los 6,8 billones de pesos en 2024*. El Tiempo. https://www.eltiempo.com/salud/deterioro-financiero-de-la-salud-perdidas-operacionales-superan-los-6-8-billones-de-pesos-en-2024-3439186?utm_source=chatgpt.com

Martínez, A. (2015). *La comisión de Regulación en Salud: crónica de un final anunciado*. Revista de Salud Pública, 17(4), 626–635. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n4.38562>

Melo, L., Arango, L., Ávila, Ó., Ayala, J., Bonilla, L., Botero, J., Cardona, M., Crispin-Fory, C., Gallo, D., Granger, C., Guzmán, K., Iregui, A., Ospina, J., Pinilla, D., Posso, C., Ramírez, M., Ramos, J., Ramos, M.; Restrepo, D., Vásquez, D. (2023). *Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. Ensayos sobre Política Económica, 106*, 1–92. <https://doi.org/10.32468/espe106>

Ministerio de Salud. (2024). *“Hacia un sistema de salud garantista, universal, eficiente y solidario que privilegie la vida” Proyecto de ley “Por medio del cual se transforma el Sistema de Salud en Colombia y se dictan otras disposiciones.”* www.minsalud.gov.co

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *La salud es de todos. Rendición de Cuentas, Informe de Gestión 2018*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Gestión integral de riesgo en salud*. <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/paginas/gestion-integral-de-riesgo-en-salud.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2025). *Informe de Ejecución Presupuestal a Diciembre 2024 Sector Salud y Protección Social*.

file:///D:/Users/Ana%20Torres/Downloads/Informe%20de%20ejecucion%20presupuestal%20a%20diciembre%20de%202024-%20Sector%20Salud%20y%20protecci%C3%B3n%20Social.pdf

Moreno, N. (2024, febrero 20). ACEMI responde al informe de la Contraría sobre EPS: “Las cifras están muy lejos de coincidir con los estados financieros oficiales de las EPS”.

<https://consultorsalud.com/acemi-cifras-estados-financieros-oficiales-eps/>

Orozco Ostos, B. A. (2025). Andi estima que ajuste de la UPC generará déficit de \$10,4 billones en el sector salud”. *La República*. <https://www.larepublica.co/economia/andi-estima-que-ajuste-de-la-upc-generara-deficit-de-10-4-billones-en-el-sector-salud-4034441>

Procuraduría General de la Nación, & Diana Margarita Ojeda Visbal. (2024). IUS-E-2024-560924.

Pronunciamiento respecto del “Informe de resultados de la Actuación Especial de Fiscalización con Enfoque Financiero sobre el uso y destino que las EPS dieron a los recursos públicos de la salud vigencia 2020” - CGR - CDSS N.º 022 - 12 julio 2024.

<https://www.edicionmedica.com.co/contenido/images/E-2024-560924-FINAL-OFICIO-CGR-AUDITORIA-EPS-VIGENCIA-2020.pdf>

Restrepo, H., Zapata, L., & Mejía, J. (2021). *Desafíos de la Gobernanza en salud en Colombia*.

Una mirada con actores del sistema de salud. <https://doi.org/10.15446/rsap.v25n5.111796>

Restrepo, J. (2024). *Exclusivo: el informe que pone en jaque a las EPS*. Cambio.

<https://cambiocolombia.com/poder/exclusivo-el-informe-que-pone-en-jaque-las-eps>

- Restrepo, J. (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? Evolution of the Colombian health system: What remains of Law 100 of 1993? *Rev. Salud Pública*, 24(1), 1–10. <https://doi.org/10.15446/rsap.V24n1.103013>
- Restrepo, J., Casas, L., & Espinal, J. (2018). Cobertura universal y acceso a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista de Salud Pública*, 20(6), 670–676. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>
- Rodríguez, A. (2025). *La realidad del sector salud: análisis de la coyuntura, finanzas y atención a los colombianos*. <https://politicaspUBLICAS.com.co/realidad-del-sector-salud/>
- Rodríguez, F., Restrepo, J., Céspedes, J., Ospina, H., & Borrero, J. (2022). La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep>
- Saavedra, V. (2010). *La sostenibilidad Financiero del Sistema de Salud en el largo Plazo en Colombia*. <https://repositorio.uniandes.edu.co/server/api/core/bitstreams/3323339c-d1f6-4ed1-8b91-f495742a7eb5/content>
- Salamanca, D. (2022). *Situación Financiera y calidad de atención de las EPS, del régimen contributivo de salud: Impacto del acuerdo de punto final*. <http://hdl.handle.net/1992/58512>
- Semana. (2024, April 9). César Gaviria culpa a Petro por crisis de la salud y pide a Corte Constitucional intervención: “En peligro, la vida de millones.” *Semana*. <https://www.semana.com/politica/articulo/cesar-gaviria-culpa-a-petro-por-crisis-de-la-salud-y-pide-a-corte-constitucional-intervencion-en-peligro-la-vida-de-millones/202422/>
- Senado de la República. (2024, September 17). *Debate de Control Político al Ministro de Salud en el Senado de la República* [Video recording]. FocusNoticias. <https://www.youtube.com/live/n23HJBYtsHg?si=LyLnSCooVoxd7uG6>

- Valencia, D. (2024). *Las EPS responden dónde están las reservas técnicas para la atención de sus afiliados*. Caracol. <https://caracol.com.co/2024/02/18/las-eps-responden-donde-estan-las-reservas-tecnicas-para-la-atencion-de-sus-afiliados/>
- Vargas, V. (2021). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: aspectos normativos y de gestión. *SUMMA. Revista Disciplinaria En Ciencias Económicas y Sociales*, 3(1). <https://doi.org/10.47666/summa.3.1.18>
- Vargas, D. (2024, November 6). Se disparó la compra de seguros de salud en Colombia: reforma y crisis de EPS incrementaron 23% la demanda. *El Colombiano*. <https://www.elcolombiano.com/negocios/seguros-de-salud-en-colombia-compra-esta-disparada-por-reforma-y-tesis-de-eps-NP25801369>
- Vecino, A. (2024, November 5). ¿Por qué la nueva reforma a la salud no es la reforma que necesitamos? *La Silla Vacía*. <https://www.lasillavacia.com/red-de-expertos/red-social/por-que-la-nueva-reforma-a-la-salud-no-es-la-reforma-que-necesitamos/>
- Vivas, M. (2024, July 19). *Contraloría imputa millonaria responsabilidad fiscal a interventores y liquidadores de SaludCoop EPS*. <https://Consultorsalud.Com/Responsabilidad-Fiscal-Liquidacion-Saludcoop/>.
- Yepes, C., Olmos, Y. (2022). *Ley estatutaria 1751 de 2025 en relación con el régimen subsidiado y la afectación económica que tiene el SGSSS en Colombia durante el periodo 2015-2020*. <https://repositorio.uniajc.edu.co/handle/uniajc/1394>
- Yepes, F. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 9(18). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp9-18.lsr>