

# La realidad del sistema de salud en Colombia: Un modelo frágil e ineficiente

---

## The Reality of the Health System in Colombia: A Fragile and Inefficient Model

Gabriel Arturo Ramirez Ontibon<sup>1</sup>

Universidad Externado de Colombia

La crisis que padece el sistema de salud colombiano en materia financiera ahora parece estar en su punto más alto desde la implementación de la ley 100 de 1993. Aquello es, fundamentalmente, una muestra de la ineficiencia en el manejo de los recursos que hoy indudablemente existe, junto a una incapacidad del Estado en manejar la creciente demanda de los usuarios. La intervención a entidades tan grandes como Sanitas, Nueva EPS y EPS Servicio Occidental en Salud, que en conjunto acumulan cerca de 17 millones de afiliados, junto a el intento frustrado del Gobierno de cambiar el sistema mediante la hoy hundida reforma a la salud, ha marcado la incertidumbre percibida por muchas personas, y ha visibilizado la poca estabilidad de un modelo que genera cada vez más dudas, a pesar de presumir algunos indicadores ciertamente poco dicientes.

En este sentido, es importante establecer una ruta de análisis para desarrollar este problema. Así pues, evaluaremos, en primer lugar, los hechos que llevaron a implementar el sistema de salud que hoy se tiene en el país, junto con los objetivos que en su momento justificaron el cambio de modelo a uno con la figura de entidades mediadoras entre los usuarios y los centros de atención médica. En segundo lugar, explicaremos cómo opera en la actualidad, y aportaremos la evidencia disponible sobre su efectividad después de casi 30 años, mediante un contexto general de la situación de los usuarios e instituciones que componen a todo el sistema, utilizando principalmente indicadores de cobertura, accesibilidad, calidad del servicio y por supuesto el nivel de satisfacción. Finalmente, luego de tener suficiente información para aportar un juicio basado en evidencia, determinaremos si existe una necesidad real y urgente de cambiar de modelo a uno en el que los recursos sean gestionados de manera eficiente.

### 1. Orígenes y Objetivos del Sistema de Salud Actual

Una manera precisa de entender las razones técnicas para cambiar el modelo de salud en 1993 se divide en razones sanitarias, a las que entenderemos con una corta contextualización del modelo anterior y su capacidad en ese entonces; y a razones constitucionales, que corresponden principalmente al cambio de la concepción de la salud en 1991.

#### Especificaciones técnicas del sistema de salud antes de la Ley 100.

Recordemos que, antes, el servicio de salud funcionaba mediante 3 subsistemas:

---

<sup>1</sup> Estudiante de octavo semestre de Economía de la Universidad Externado de Colombia. Director de la Revista Divergencia

Primero, existía el subsistema de seguridad social. “Estaba destinado para aquellas personas vinculadas al sector productivo formal. Cubría cerca del 22% de la población” (Gonzalo, M., CEPAL, 1997, p. 9). Esto en cabeza del Instituto de Seguros Sociales (ISS), cuya principal función era la de administrar los recursos recaudados mediante las cotizaciones de los empleados formales y sus “patronos”, junto a recursos que giraba el Estado cuando era necesario. Además, este subsistema contaba con las conocidas Cajas de Previsión Social, creadas para prestar seguridad social a los empleados del sector público, entre algunas otras funciones como el pago de prestaciones económicas.

El segundo subsistema era el sistema privado, constituido por clínicas y seguros privados que atendían a las personas con la capacidad de pagar pólizas de la naciente medicina prepagada o directamente contratando a médicos particulares para consultas privadas.

Finalmente, existía el subsistema público, más conocido como el Sistema Nacional de Salud. Prestaba servicios de salud a la población colombiana no afiliada. Apenas alcanzaba a cubrir, de manera limitada, al 40% de ella.

Estaba compuesto por cerca de 1000 instituciones y con aproximadamente 45,000 camas. Aunque teóricamente cubría al 70% de la población, solo entre el 40% y el 45% accedía realmente, dejando alrededor del 25% sin atención. La dirección del sistema estaba centralizada en el Ministerio de Salud y en las Direcciones Departamentales. (Gonzalo. L., 1997, p. 15)

Entendida ya la forma en que la salud operaba previo al sistema que hoy conocemos, veamos qué estadísticas de salud habían una vez concluida su vigencia.

### **Contexto demográfico y sanitario antes de 1993**

Recopilando algunas cifras, en esa época, primero nos encontramos con una población en rápido crecimiento, que había incrementado de 32.6 millones de habitantes en 1990 a 35.2 millones en 1993, y en donde la cobertura en salud, no obstante, avanzaba a menor velocidad. Como lo afirman investigaciones de la CEPAL, a finales del siglo, efectivamente había problemas importantes sobre la cobertura del sistema en el territorio nacional:

Cerca de un 25% de los habitantes no tenían prácticamente acceso a los servicios de salud y el 13% restante los obtenía mediante financiación que provenía directamente de su bolsillo en especial para las personas de los estratos de altos ingresos quienes compraban servicios en el sector privado” (Gonzalo, M., CEPAL, 1997, p. 9).

En el sistema público, los individuos experimentaban retrasos significativos en la atención médica, situación exacerbada por notables desigualdades en la prestación de servicios: más de una cuarta parte de la población del país carecía de acceso a los servicios de salud e incluso se observaba un elevado gasto de bolsillo. Y es que, este gasto, requería que los trabajadores realizaran contribuciones adicionales para su propio cuidado o el de sus familiares, adicional a sus cotizaciones. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), los gastos en consultas, medicamentos y laboratorios de los hogares pobres representaban el 28.2% de su ingreso

total en el año, mientras que para los hogares de mayores ingresos representaban apenas un 6.5%. El impacto caía de manera pronunciada a las familias de bajos ingresos.

Por otra parte, en materia de costos de enfermedad, el sistema ya anticipaba la necesidad de una reforma, en tanto la carga fiscal del Estado en la financiación de servicios de salud era más alta de lo esperada cada año: como los fondos de salud recaudados por las contribuciones de los empleados formales se limitan naturalmente al número de afiliados, el Estado debía de alimentar los fondos de salud existentes en la medida en que aumenta la proporción de las enfermedades de alto costo u otros gastos de funcionamiento. De acuerdo con un análisis de la Universidad Javeriana sobre “estadísticas vitales”, las muertes atribuidas al cáncer pasaron del 7% en 1970, a más del 13% en 1993. Así fue también el aumento de las muertes por diabetes e insuficiencia renal, que en los mismos años pasaron del 1% (cada una) al 1.7% y 1.5% respectivamente. (Rosselli, D., Tarazona, N., Aroca, A., 2014, p. 127-128).

Así pues, eran sabidas las limitaciones de los subsistemas en estar a la altura de las necesidades de salud de la población, sin embargo, un acontecimiento constitucional sería el “empujón final” que faltaba para materializar un cambio significativo.

### **Constitución de 1991 como progenitora del cambio**

En un estudio que ya hemos citado, de autoría del consultor de la CEPAL, Luis Gonzalo Morales, llamado *El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia*, explica cuidadosamente la transformación que permitió una transformación:

La Constitución Política de 1991 se produce un cambio substancial en la concepción de los servicios de salud considerados hasta entonces como de “asistencia pública”, para pasar a ser considerados como un “derecho irrenunciable” de todos los habitantes de la república. [...] La Constitución de 1991 le da un impulso importante al proceso descentralizador [...] En este nuevo esquema desaparecen los antiguos subsectores de la Seguridad Social - Público y el Privado- para dar paso a los Regímenes Contributivo y Subsidiado y temporalmente al de los Vinculados Transitorios, creado para atender durante el ajuste del sistema, a quienes aún no se hubieran afiliado al Régimen Subsidiado. (1997, p. 16).

Ahora bien, y a pesar de la influencia de eventos políticos que por razones de relevancia en este texto omitiremos, en 1993 fue finalmente aprobada esta nueva e histórica Ley 100, que como menciona Luis Gonzalo, desapareció la estructura de los 3 subsistemas de salud, y creó los actuales regímenes de salud: Régimen Contributivo y Régimen Subsidiado. El cambio que lógicamente hoy todos recuerdan es la creación de nuevas instituciones, principalmente en el contributivo, con la creación de las entidades promotoras de Salud (EPS), que cumplirían ahora el papel de recaudo y manejo de recursos en salud, pero que por ley son igualmente propiedad del Sistema.

### **Sistema de salud con la Ley 100 – características y objetivos**

La Ley 100, en primer lugar, crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que sería de ahora en adelante la cabeza del sistema, y que se encargaría de coordinar y supervisar todas las actividades

relacionadas con la prestación de servicios de salud y la protección social en el país. Aunque su función no se manifiesta directamente en la administración de recursos o la prestación de servicios, su papel es esencial en la estructuración y regulación del sistema de salud colombiano. En esta misma línea, sus recursos serían administrados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), del que en un momento hablaremos, mismos recursos con los cuales el régimen subsidiado se financia.

En resumen, las características de los regímenes Subsidiado y Contributivo al momento de su creación eran en principio claras, a pesar de que al momento de su implementación hubo cambios que ajustaron sus principios a la realidad del país. El Régimen Contributivo se responsabilizaría de organizar y garantizar la prestación de servicios de salud para los trabajadores formales, que son los contribuyentes de este sistema; ellos realizarán su pago en conjunto con su “patrón”. Esta cotización se incrementa del 7% al 12% sobre los ingresos laborales para todos los trabajadores, y permitirá ampliar la cobertura en salud a sus familias. Ahora, existe una obligación por parte de los usuarios, de afiliarse a una EPS de su elección. Los recursos recaudados tendrán un tratamiento muy específico que Luis explica con mayor precisión:

Del total de las cotizaciones recaudadas por las EPSs, se deben restar los siguientes conceptos: i) un punto de los doce que se destina para ayudar a la financiación del Régimen Subsidiado, ii) el valor de las UPCs del trabajador y su familia y, iii) un porcentaje para el pago de las incapacidades laborales de sus afiliados. Si después de esta operación resultan excedentes, éstos deberán ser girados al Fondo de Solidaridad y Garantía quien los redistribuirá entre aquellas EPSs en donde después de hacer la operación anterior se generó déficit. (“Financiamiento del SGSSS - COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA, Studocu”) Estos son los mecanismos conocidos como Solidaridad con el Régimen Subsidiado y Compensación en el Régimen Contributivo. (1997, p. 18).

Es importante, antes de continuar con la evaluación del sistema hasta el día de hoy, comprender el concepto mencionado por Luis, acerca de las “UPCs”. Las Unidades de Pago por Capitación (UPC) son un componente esencial del sistema de salud colombiano. Estas unidades representan una suma monetaria que se asigna anualmente a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) por cada afiliado, destinada a cubrir los costos de los servicios y prestaciones de salud. La UPC se calcula en función de diversos factores, como la cobertura geográfica, la edad y el sexo de los afiliados, la presencia de enfermedades crónicas, la cobertura de servicios y los costos de medicamentos. Con el paso del tiempo, el valor de la UPC ha experimentado un incremento para reflejar los cambios en los costos de atención médica y el costo de vida.

En este sentido, teniendo clara la fuente de los recursos del nuevo sistema y su financiación, lo que estipulaba la Ley 100 es que, quien se encargaría de administrar los recursos para luego delegarlos a las EPS era el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este fondo recaudaría las consignaciones hechas por las EPS, equivalentes a la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor correspondiente a las UPCs. Así, con esos recursos, podrían financiar los servicios de la población del régimen subsidiado.

Con este nuevo modelo, pues, el sistema pasa a tener un funcionamiento permanentemente atado a una combinación entre el sector público y el privado, estableciendo un mercado de competencia entre las EPS, y cuya

principal ventaja sería, en teoría, **el mejoramiento de la prestación del servicio**. Este mejoramiento era argumento, por los ponentes de la Ley 100, con razón de que ahora las entidades con mayores afiliados, y por ende con mayores contribuyentes, serían capaces de ofrecer mejores servicios, logrando así una alta eficiencia en los recursos, y un mejoramiento profundo de la atención a la enfermedad y su prevención.

### **Objetivos concretos del nuevo modelo:**

Conforme las promesas del nuevo modelo, los objetivos que fundamentaron su creación se resumen en los siguientes puntos:

- **Universalización de la Cobertura:** Garantizar el acceso a servicios de salud para toda la población colombiana, independientemente de su capacidad de pago, y consecuentemente disminuir así el pago de bolsillo.
- **Equidad y Solidaridad:** Promover un sistema de salud solidario que garantice el acceso a servicios de salud de calidad para todos los ciudadanos, especialmente para los más vulnerables.
- **Eficiencia y Calidad:** Mejorar la eficiencia en la prestación de servicios de salud y promover la calidad en la atención médica, a través de la participación del sector privado y la competencia entre las entidades del sistema de salud.

## **2. Operatividad y Efectividad del Sistema de Salud: Un Análisis Tras Casi 30 Años**

Este ensayo, recordemos, no busca presentar apreciaciones legales acerca de modificaciones puntuales, sino evaluar al sistema reconociendo que las EPS siguen cumpliendo el **mismo papel** que desde su creación. Sin embargo, una modificación importante a descartar es la sustitución del FOSYGA, por una actual ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) mediante la ley 1753 del 2017. Con la ADRES, ahora la regulación y supervisión de los recursos en salud pasaba de estar dentro del SGSSS, a ser una tarea de la Superintendencia Nacional de Salud para propiciar así una mayor transparencia en el sistema.

Con esta aclaración, procedamos con el análisis:

### **Evidencia disponible sobre la evolución del sistema de salud colombiano**

Fragmentemos la obtención de evidencia de la siguiente manera: 1. Evolución del tamaño del sistema como estructura, física y financieramente. 2. Capacidad del sistema en función de los usuarios medida en gasto, cobertura, accesibilidad, y la calidad del servicio en salud. 3. Efectividad en el manejo de enfermedades y prevención de muertes evitables.

#### **a. Evolución del tamaño del sistema como estructura y su viabilidad financiera:**

De acuerdo con datos de la Subdirección de la Operación del Aseguramiento en Salud, a corte de diciembre de 2023, en el sistema se registraron 21.861.331 millones de afiliados, de los cuales el 45% pertenecen al régimen contributivo, un 50% al régimen subsidiado y el 5% restante a los regímenes especiales. Para agosto del 2023, dentro del sistema de salud estaban activas 29 EPSs en Colombia, entre Régimen Contributivo y Régimen

Subsidiado. De estas 29 entidades, tan solo 5 cumplen con los debidos requisitos financieros para operar. Más de 13 EPSs han sido intervenidas por el Estado en los últimos 5 años, lo que sugiere ya una inestabilidad del sistema.

Es esta misma línea, Según el Ministerio de Salud, desde la puesta en vigencia de la Ley 100, más de 133 EPS se han liquidado a corte de agosto de 2023, ya sea por proceso voluntario o por intervención forzosa. De hecho, según un listado de “entidades liquidadas por intervención forzosa administrativa para liquidar”, publicado en la página de la Superintendencia Nacional de Salud, han desaparecido 113 entidades que corresponden a los grupos del siguiente gráfico:

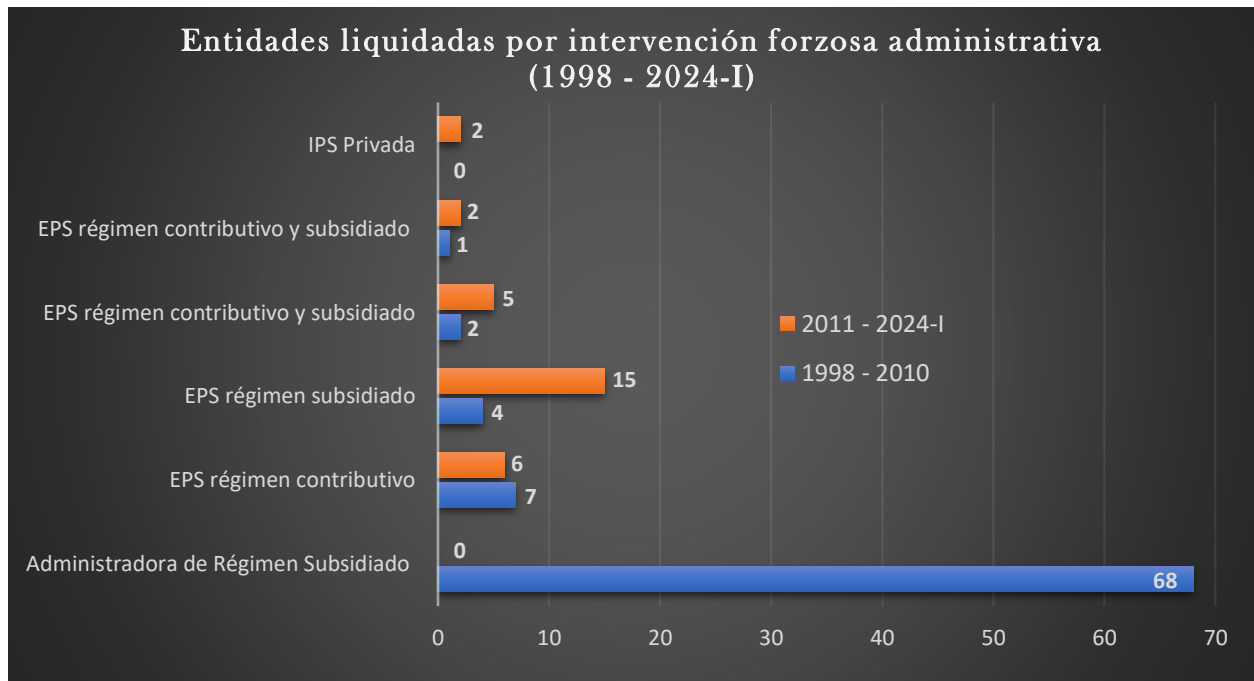


Gráfico de elaboración propia y en base a datos de la Supersalud a corte de enero de 2024

Según este gráfico, después de más de 20 años, la conclusión es que el sistema de salud enfrenta de manera constante liquidaciones que no solo afectan a los propietarios privados de las EPS, ni tampoco únicamente al Estado, que es dueño de las EPS públicas. El verdadero perjuicio radica en que estas liquidaciones continúan poniendo en peligro la estabilidad financiera de hospitales y clínicas en todo el país, ya que estos no reciben el pago de las deudas acumuladas por las EPS hasta que el Estado no acude extraordinariamente para hacerlo. Lo más grave es que los pagos que las IPS deben efectuar para brindar atención a las personas, o incluso los giros de los salarios a los médicos y enfermeras, se retrasa de manera constante cada año por las deudas recurrentes. Liquidar más de 4 EPS al año no puede nunca ser sostenible en el tiempo, por eso vemos hoy el resultado de años de deudas acumuladas.

Si somos más específicos en el análisis, las ARS, que son entidades encargadas de administrar los recursos del régimen subsidiado, son las que más liquidaciones presentaron en la primera mitad de la vigencia del sistema.

Sin embargo, en la segunda mitad no se registró ninguna liquidación de este tipo de entidades. En cuanto a las EPS del régimen subsidiado, se han liquidado casi 4 veces más que en el primer íterin analizado, mientras que las EPS del régimen contributivo también han registrado un aumento en el número de liquidaciones, pero en menor proporción frente a las del régimen subsidiado, con 5 liquidaciones de esta naturaleza en los últimos 12 años.

Por otro lado, respecto al presupuesto en salud, podemos contrastar datos un poco más recientes. Considerando que 30 años es un íterin demasiado grande y que puede no mostrar evidencia clara tomaremos nuevamente la mitad de ese periodo: para el año 2010 el gasto público en salud alcanzó el 5.29% del PIB. Mientras que la para el año 2023, representó el 6.1% del PIB (Datos macro). Esto significa que hubo un aumento de la proporción de la producción nacional destinada a la salud. En otras palabras, el sistema ha ido aumentando su capacidad lógicamente porque ha aumentado la población de 44 millones de habitantes en 2010 a 52 millones en 2023, junto con el hecho de que la esperanza de vida ha aumentado y los tratamientos son cada vez más costosos.

Hemos podido confirmar que el sistema enfrenta un considerable número de liquidaciones debido a una gestión inadecuada de los recursos para abordar de manera sostenible el aumento en las necesidades de atención médica, lo que se traduce en mayores costos de atención. Esta situación se agrava por una falta de capacidad para mantener la sostenibilidad financiera de las entidades, a pesar de un aumento anual en la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Inicialmente, entre los años 1996 y 2000, este aumento se vinculaba al incremento del salario mínimo. Sin embargo, a partir del 2001, en un intento por encontrar un equilibrio, se estableció que el aumento estaría ligado a la inflación, con una adición de puntos porcentuales según las necesidades del sistema, pero siempre por debajo del aumento del salario mínimo. Este cambio no ha sido suficiente para garantizar la estabilidad financiera del sistema, lo que refuerza la urgencia de abordar de manera integral los desafíos financieros que enfrenta el sector de la salud en Colombia.

Las deudas del sistema, según un comunicado de prensa de la Supersalud, son alarmantes: «la deuda que han dejado las EPS que se están liquidando, las que ya se liquidaron y las que se encuentran aún hoy activas en el sistema de salud colombiano asciende, con corte a octubre de 2022, a \$23,3 billones»<sup>2</sup> (Comunicado Supersalud, enero 2023, p. 1). Todo esto muestra inicialmente un incremento forzado, generalizado y sostenido de la capacidad del sistema, pero los datos no dicen lo mismo frente a la evolución de la calidad de la atención a los usuarios.

---

<sup>2</sup> “La deuda correspondiente a las ocho (8) EPS que se están liquidando es de \$5 billones, siendo *Saludcoop*, *Saludvida* y *Comparta* las que más deben, con \$2.4 billones, \$1.5 billones y \$330.993 millones, respectivamente. La deuda que han dejado a los acreedores las ocho (8) EPS que ya acabaron sus procesos liquidatarios es de \$1,7 billones de pesos. Finalmente, del grupo de las veintisiete (27) EPS que están actualmente activas en el sistema de salud colombiano y que incluyen las que operan en el régimen contributivo, en el régimen subsidiado, en ambos regímenes y las EPS indígenas, tiene una deuda que totaliza \$16.6 billones”. (Supersalud, 2024).

## b. Capacidad del sistema en función de los usuarios

Empecemos por la cobertura, que tanto se ha utilizado para defender al actual sistema. Algunos dicen que en 1993 la cobertura del sistema era de apenas un 22%, pero este dato corresponde únicamente a una aproximación de la cobertura del sistema de seguridad social. Si bien el sistema de seguridad pública en salud no constituía una afiliación formal de las personas al sistema, sí brindaba servicios de salud y era realmente el grueso del sistema, incluso más grande que el de seguridad social, llegando a aproximadamente al 40% de la población. Así, tenemos un dato mucho más real: un 62% aproximadamente de personas si tenían acceso al sistema. Por otro lado, es cierto que para el 2008 las personas afiliadas a alguno de los 2 regímenes existentes en el nuevo modelo eran ya el 82.8%, y que en 2023 según el Ministerio de Salud ya alcanzaba el 98.93%. Sin embargo, ya se ha dicho repetidamente en estudios anteriores que **la cobertura no significa accesibilidad**, y es aquí es donde hay que contrastar estas cifras con la percepción del usuario, pues la cobertura en si misma solo indica cuánta gente está afiliada.

En este sentido, un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), sobre el panorama de la salud en 2023, indica que, a pesar de la elevada cobertura en salud, tan solo el 41% de los usuarios dicen estar satisfechos con la disponibilidad y acceso al sistema, una estadística muy inferior al de países que integran la OCDE, con un promedio en este índice del 67%.

Aquella cifra empieza a dar pequeños atisbos de realidad más allá de la afiliación.

Otro estudio publicado en la Revista *Lebret número 11*, mucho más específico evaluando datos entre 2017 y 2019, sobre el nivel de satisfacción en Ibagué, destaca que sus resultados de alta insatisfacción en esa ciudad específica concuerdan con datos generales nacionales del Ministerio de Salud, lo que sugiere que no es solo un problema en algunas regiones, sino que es un problema intrínseco al sistema, además demostró que, según la información disponible, la accesibilidad incluso ha disminuido en el periodo evaluado:

Como se puede observar, aunque los estudios fueron realizados de manera independiente, los resultados en los índices son similares, lo que permite validarlos, pues mientras el promedio del Índice en este estudio fue de 55% el del Ministerio fue de 61%, lo cual corrobora que existe un alto grado de insatisfacción por parte de los usuarios de las EPS [...] Una de las principales problemáticas del Sistema es que mientras la cobertura creció, el acceso a los servicios de salud disminuyó, pues las citas no se asignan a tiempo, los medicamentos no siempre están disponibles, al igual que el acceso a especialistas, programación de cirugías y otros aspectos que conllevan que los usuarios tengan que trasladar su PQR del Sistema de Salud al Sistema Judicial y a la Superintendencia para reclamar sus derechos, en el primer caso superando las 207.734 tutelas. (Rodríguez, M. S., Buitrago, A., Varón, N., y Quintero, R., 2019, p. 141).

Esto, nuevamente, presenta evidencia que sustenta un sistema incapaz hasta ahora de estar a la altura de sus logros, en tanto los avances que ha tenido en su infraestructura no reflejan un mejoramiento de la prestación del servicio. Sin embargo, es crucial determinar el impacto económico de estas deficiencias. Para ello, evaluaremos cómo los gastos en salud afectan a la sociedad en su conjunto, y si la economía sufre una disminución en los ingresos como resultado de no atender adecuadamente las enfermedades.



Para esto, el DANE ofrece un seguimiento de la participación porcentual del gasto social público y privado en salud, entendiéndose como “todos los gastos en atención de pacientes intermedios y ambulatorios, productos médicos y de prevención”. Como lo muestra la siguiente gráfica tomada del boletín técnico del gasto social público y privado, publicado en julio de 2022, la proporción del gasto social público y privado<sup>3</sup> en salud ha aumentado de 35.6% en 2010, a 41.1% en 2021. Esto demuestra que la economía en su conjunto no solo debe gastar cada vez más en salud, sino que además la salud ocupa más espacio dentro de su ingreso, lo que significa que, aunque haya habido un incremento en el PIB per cápita de la economía, el aumento del gasto en salud creció más rápido.

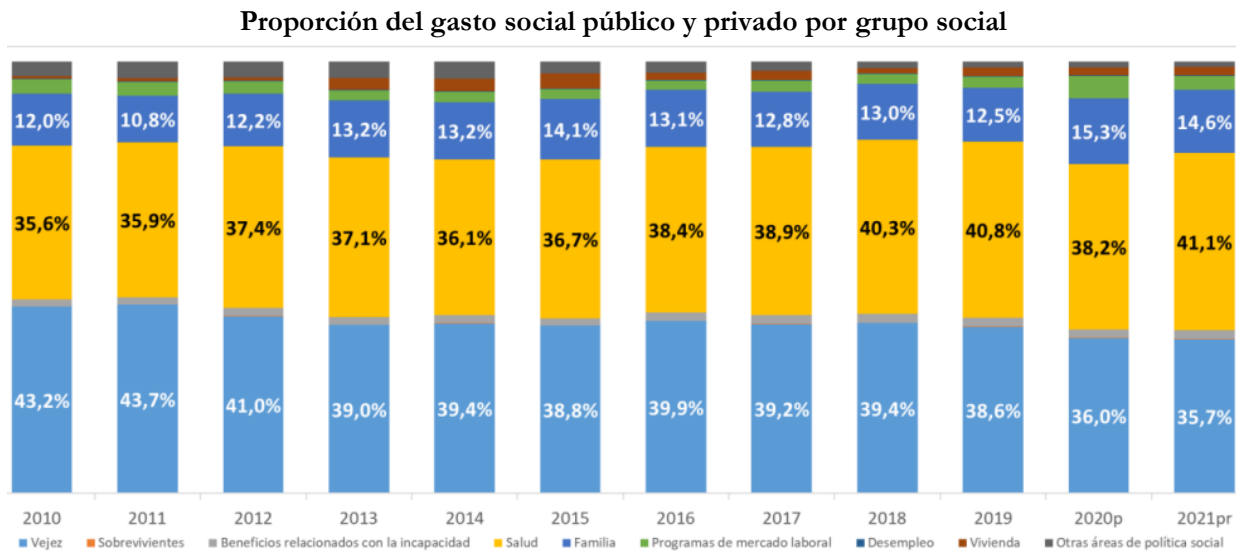


Gráfico extraído del boletín técnico (DANE – cuentas nacionales) “gasto social público y privado”. Julio de 2022.

El gasto puede explicarse en un parte por las enfermedades de alto costo, como el cáncer, la diabetes, y la insuficiencia renal, han aumentado como proporción del total de las enfermedades, datos ya anteriormente proporcionados en este trabajo.

### c. Efectividad en el manejo de enfermedades y prevención de muertes evitables.

Habiendo hecho ya alusiones a estadísticas sobre el manejo de enfermedades, hay aun cifras vitales por nombrar al respecto. En primer lugar, tenemos que la mortalidad infantil si ha mostrado fuertes disminuciones. En palabras de en un estudio que ya hemos citado sobre la salud en Colombia<sup>4</sup>, “pocas variables demográficas o epidemiológicas han cambiado tanto en los últimos setenta años como la mortalidad infantil”. (Rosselli, D.,

<sup>3</sup> El gasto social público consiste en los “flujos financieros controlados por el Gobierno general (diferentes niveles del gobierno y fondos de seguridad social), como los pagos del seguro social y de asistencia social”.

El gasto social privado consiste en el “apoyo social establecido por la legislación, pero gestionado a través del sector privado o prestaciones derivadas de contribuciones obligatorias a fondos de seguros privados”. (Supersalud).

<sup>4</sup> *La salud en Colombia 1953-2013: un análisis de estadísticas vitales* por Diego Rosselli, Nick Tarazona y Alberto Aroca, publicado en la Universidad Javeriana en 2014.

Tarazona, N., Aroca, A., 2014, p. 123). Y es que argumentaron que hace medio siglo morían cerca de 50 mil niños cada año, antes de cumplir 5 años de vida. Cifra que en 2013 ya rondaba en las 7 mil muertes por año. Esta estadística, vale aclarar, sigue la tendencia presentada por otros países de América Latina, que entre 1953 y 2013 habían reducido la tasa de mortalidad infantil de un promedio de 120 niños por cada mil nacidos vivos, a cerca de 20. De hecho, en la actualidad, esta tasa es mucho menor, alcanzando los 13 niños por cada mil nacidos vivos para 2021. (Datos Banco Mundial).

Además, ya hemos nombrado que las enfermedades como el cáncer y la diabetes, junta a las enfermedades cardiovasculares, han presentado aumentos importantes en la proporción de enfermedades. Entonces, los retos que presenta la salud en Colombia solo se podrán afrontar si el sistema demuestra capacidad financiera y médica para hacerlo. Sobre esto, la evidencia no es alentadora: una de las estadísticas que podrán definir mejor la calidad de un sistema de salud, es el porcentaje de **mueres evitables** en la población. Esta estadística es muy importante porque refleja el número de usuarios que, teniendo algún tipo de patología o complicación de salud tratable, fallece por culpa de la ineficiencia del sistema. Sobre esta cifra, en Colombia, un informe del Observatorio Nacional de Salud del INS<sup>5</sup> realizado en 2023, concluyó que:

La mitad de las muertes ocurridas en Colombia entre 1979 y 2021 eran evitables mediante políticas públicas, y de estas, el 39 por ciento (equivalente al 19,7 por ciento de todas las muertes) eran atribuibles al sistema de salud debido a fallas en la atención oportuna y de calidad. Este periodo representa la pérdida de 1,6 millones de vidas colombianas debido a la falta de acceso efectivo al sistema de salud. (INS, 2023, p. 139)

Lo más impactante de esta estadística —siendo subjetivo pues es inevitable tener juicios de valor ante este panorama— es que los grupos socioeconómicos más desfavorecidos muestran el porcentaje más alto de muertes evitables (67,4 %), seguido por la población indígena (65,7 %), mientras que los estratos socioeconómicos medios y altos presentan la cifra más baja (64,1 %). El hecho de que un quinto del total de muertes evitables se produzca directamente por fallas de accesibilidad al sistema significa que el porcentaje de cobertura es mucho menos eficiente. Y repito, es impactante porque la desigualdad en el sistema pone en evidencia que no hay una verdadera universalización del servicio, y que ser pobres aumenta significativamente la probabilidad de morir por una causa evitable a pesar de que nos venden la idea de un sistema brillante.

### **3. La crisis actual de las EPS como evidencia de un agotamiento del modelo actual.**

Curiosamente, y antes de explicar que ha pasado con el sistema este 2024, es innegable que, si hubiéramos iniciado este ensayo sin haber estudiado a profundidad el sistema actual, y los retos que ha acumulado tras 30 años, estaríamos realizando conclusiones erróneas y mediante una perspectiva limitada. Hoy lo que todos vemos es a grandes EPS —por no decir gigantes— que han sido intervenidas por el gobierno nacional como es el caso de Sanitas, Nueva EPS y EPS Servicio Occidental en Salud, pero el análisis no puede ser tan vago diciendo que de repente hay deudas acumuladas que quebraron las entidades, y mucho menos asumir que se resume en una intención desesperada del Gobierno Petro de acabar con el sistema. Nuestra evaluación en este trabajo aporta realmente conclusiones maduras, reconociendo que el deterioro no se da de la noche a la mañana.

---

<sup>5</sup> Instituto Nacional de Salud

En primer lugar, veamos el caso de **Sanitas**. Esta EPS privada cuenta con 5.7 millones de afiliados en todo el país, y sin ser la EPS más grande, si ocupa el primer lugar en reclamaciones por déficit de atención. Además, posee a abril de 2024, deudas con hospitales, clínicas y proveedores que superaban los 2 billones de pesos, según datos de la Superintendencia Nacional de Salud. En este preciso caso, la intervención solo será por 1 año, lo que significa que en ese tiempo será administrada por el Estado, removiendo consecuentemente al representante legal y a su junta directiva que hoy se encontraban frente a la entidad.

En cuanto a **Nueva EPS**, que sí es la EPS más grande de todo el país, es pública, y cuenta con 10.8 millones de afiliados. Según la Supersalud, esta entidad registra pérdidas por más de 411 mil millones de pesos. Específicamente, tuvo egresos totales del 102% de su ingreso total, lo que explica el déficit presupuestario. Según el Gobierno, Nueva EPS tenía graves irregularidades en sus estados financieros, incluso se acusa de presentar una contabilidad falsa que ronda al menos los 6 billones de pesos no usados. Por si fuera poco, las deudas con las IPS ascendían en noviembre de 2023 a 1 billón de pesos. Tenía crecimientos preocupantes en reclamaciones de los usuarios: “desde el año 2017 con una tasa de 126.43 y, al mes de diciembre de 2023, con un total de 1.075.319 reclamos y una tasa de incidencia de 263.61 por cada 10.000 afiliados” (Supersalud, abril 2024, p. 2).

La tercera EPS intervenida por intervención forzosa administrativa, es EPS Servicio Occidental en Salud (SOS), que es privada, y cuenta con 750.000 afiliados, principalmente del Valle de Cauca, con un 77% de usuario que pertenecen al régimen contributivo. Según la Supersalud, presenta la tasa de reclamación más alta en el último año entre todas las EPS del país. En materia financiera las razones no están claras por parte del gobierno a la fecha de redacción de este ensayo.

Finalmente, tenemos el caso menos habitual, como el de la EPS Compensar, que solicitó una liquidación voluntaria. Sus razones radican en su estado financiero según su director general:

“En 2021, fruto de la pandemia, perdimos \$139.000 millones de pesos; en 2022, fruto de la salida de la pandemia, volvemos a tener esto de pérdida. El año pasado tuvimos un control muy importante de recursos, que nos permite perder menos, pero seguimos perdiendo. En 2023 perdimos \$30.000 millones de pesos”, dijo, y agregó: “Pero este año estamos con unas pérdidas mensuales de ese mismo valor, alrededor de \$30.000 millones de pesos”. (Vásquez, M., entrevista en Blue Radio, 4 de abril del 2024).

Ante este escenario, vemos que las deudas de las EPS más grandes en todo el país están creciendo sostenidamente los último 5 años. La evidencia recolectada en este ensayo mostró una tendencia a que el costo de la salud en Colombia seguirá aumentando por cuenta del aumento en el porcentaje de la enfermedad. Sin un aumento de la UPC por encima del promedio anual histórico, inexorablemente habrá aumentos en los costos de atención de la Entidades Prestadores de Salud, pues si sus ingresos permanecen iguales, pero los costos se proyectan al alta, habrá amplitud del déficit presupuestal.

Esto, sin embargo, también es un problema, porque un sistema incapaz de prestar una atención preventiva robusta para controlar el crecimiento de la enfermedad, junto a una accesibilidad inadecuada a estos servicios, demandará incontrolablemente más y más recursos cada año. Si Estado no inyectara dinero a las EPS, como lo hizo en febrero de este año por alrededor de 9 billones de pesos, el sistema hubiera colapsado.

Pasamos entonces a la dependencia del sistema a recursos adicionales. Recordemos que estas deudas que acumulan las EPS son tan importantes porque significan que incumplen con los pagos a las IPS. De hecho, todas las EPS intervenidas poseen altas deudas con las IPS, es decir, con hospitales y clínicas que son quienes realmente prestan el servicio, amenazando directamente a los usuarios. Ahora bien, como existen deudas entre IPS e EPS, y a su vez, las EPS tiene déficits presupuestarios, en el mediano plazo, con mayores costos, y aumentos de la UPC al nivel histórico, lo normal es que el sistema, como se dice coloquialmente “se vuelva completamente inviable”.

Ahora, un argumento de quienes defienden fehacientemente al modelo actual es que no habría crisis si el valor de la UPC se ajustara a los costos actuales de salud. ¡Y por supuesto! es meramente un hecho contable, si aumentamos hoy los ingresos disminuirá el déficit presupuestal. Dos más dos es igual a 4. El problema en esto es que es absurdo aumentar la UPC cada que el sistema tenga déficits presupuestarios, en lugar de atacar el problema con los costos. Y no significa esto disminuir la calidad de la atención por usuario, sino crear una red de medicina preventiva, que controle la causa del incremento sostenido en esos costos.

Este argumento de hecho también lo sustenta un estudio de la Agencia Sanitaria de la ONU, hecho en 76 países de renta media y baja. En ese estudio, señala que hay suficiente evidencia estadística para decir que la inversión de un dólar adicional en atención preventiva en enfermedades no transmisibles, como las que precisamente en Colombia están aumentando —diabetes, cáncer, enfermedades respiratorias, entre otras— se podrían llegar a ahorrar en el mundo cerca de 230 mil millones de dólares, y a su vez evitaría 7 millones de muertes.

El actual modelo, infortunadamente, que funciona mediante la remisión de un medico general a especialistas, porque eso es lo único que realiza un medico general en este sistema, no fue creado para realizar campañas de prevención, concientización y de atención primaria en términos generales, herramientas que según la Organización Mundial de la Salud deben llevarse a cabo para hacer efectiva una disminución de la enfermedad en la población. Esto significa que, para las EPS, representa un costo muy alto implementar acciones similares, y peor es aun si tienen ya poca capacidad de siquiera funcionar adecuadamente.

### **Conclusiones y comentarios finales.**

Toda la investigación realizada muestra evidencia suficiente para concluir que el sistema vigente hoy, ha tenido en términos generales un rendimiento peor que el esperado. Si bien fue muy útil en la reducción de la estadística más grave a finales de los 90s como era la mortalidad infantil, la entrada de nuevos actores en el sistema que aumentaron ineludiblemente la cobertura (entendiéndose como afiliación solamente), no fueron suficientes para hacer otro logro destacable. Más del 90% de estos nuevos actores terminaron entrando en liquidación por inviabilidad financiera. La acumulación de deudas de las EPS con hospitales y clínicas representa una suma significativa que asciende a docenas de billones de pesos. A lo largo de la historia, el Estado ha tenido que intervenir en varias ocasiones para asumir estas deudas y asegurar la continuidad de dichas entidades.

En cuanto a la satisfacción de los usuarios con el sistema, está muy por debajo de países como la OCDE, y solo encontramos muy buenas percepciones de satisfacción en planes de salud prepagada, que disminuyen lógicamente los tiempos de atención y mejoran la calidad del servicio. Una circunstancia que profundiza la desigualdad del país, porque significa que solo quienes ostentan la capacidad de tener un pago extra en un seguro privado dentro de planes de medicina prepagada, disfrutan de la mejor atención posible del sistema.

El sistema actual no parece tener buen desempeño al medir a toda la población en su conjunto, y mucho menos al revisar sus estados financieros. Las intervenciones que en la actualidad se presentan por parte del Gobierno, y que desde hace más de 20 años se han hecho, más allá de la opinión de muchos en que es precipitada, tiene sustento legal, en tanto no operan bajo los mínimos estándares financieros, y por tener altos niveles de reclamaciones de los usuarios. Un sistema con aumentos sostenido en reclamaciones no atendidas, con precariedad en sus finanzas, e incluso con escándalos por corrupción, no puede llamarse eficiente ni en Colombia, ni en ningún país.

Por otro lado, si relacionando la reforma de Salud, hoy descartada por el congreso y que por eso no fue mencionada en el texto, tenía intenciones coherentes en cuanto a reconocer la evidencia disponible acerca de la atención primaria como mejor alternativa sanitaria y financieramente, en tanto reduce la tasa de enfermedades, la tasa de muertes evitables, y consecuentemente los costos asociados a los tratamientos que resultan hoy por tratar patologías en etapas avanzadas. No obstante, en la práctica no tenía lineamientos claros para una prestación sostenible de servicios de salud a largo plazo, y padecía de ineficiencias administrativas que inevitablemente ocurrirían al poner toda la capacidad de giros, pagos, y administración en manos de una sola entidad como la ADRESS.

En cuanto a la transición de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) a Gestoras de Salud y Vida trae consigo tanto luces como sombras. Entre las luces, se encuentra una mejora en la coordinación, donde las Gestoras podrían agilizar la atención al articular la red de servicios de salud, y un enfoque en la atención primaria, trabajando en conjunto con los Centros de Atención Primaria (CAPS) para priorizar la prevención y la atención comunitaria. Sin embargo, en el lado sombrío, la falta de claridad inicial sobre la figura de las Gestoras generó incertidumbre, y existe el riesgo de ineficiencia si la implementación no se realiza adecuadamente, lo que podría traducirse en problemas de gestión y coordinación. Aunque en los resultados no se mencionan ejemplos de otros países, sería sensato considerar experiencias internacionales para evaluar el impacto de este cambio.

La respuesta no es, entonces, eliminar toda la infraestructura construida en los últimos años, pero definitivamente debe pasar por una reforma a esas entidades, y por ende a un modelo diferente. La atención primaria es lo que a nivel internacional ha mostrado resultados positivos, y los cambios que se hagan deben ir en esa línea. Recordemos que un sistema de salud eficiente no se mide en términos de cobertura, sino en términos de atención, accesibilidad, y control efectivo de la enfermedad universal, sin barreras y equitativamente en la población.

## Referencias

- Morales Sánchez, L. G. (1997). *El financiamiento del sistema de seguridad social en salud en Colombia*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Recuperado de: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/coyuntura/article/view/2324/1896>
- Rodríguez Barrero, M. S., Buitrago Mejía, A., Varón Triana, N., & Quintero García, R. (2019). *La satisfacción de los usuarios afiliados al sistema de salud en la ciudad de Ibagué, Colombia*. Revista Lebre, 11, 123-147. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7494325>
- Rosselli, D., Tarazona, N., & Aroca, A. (2014). *La salud en Colombia 1953-2013: Un análisis de estadísticas vitales*. Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana, 36(2), 120-135.
- Banco Mundial. (s.f.). Mortalidad infantil (por cada 1,000 nacidos vivos) - Colombia. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.DYN.MORT?locations=CO>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Cifras de Aseguramiento en Salud. Recuperado abril de 2024, de <https://minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Listado de EPS por régimen. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/listado-eps-por-regimen.pdf>
- Jaramillo, G. A., Rubiano García, G., Reyes Gómez, C. E., & Castañeda Orjuela, C. A. (2023). *Cuando la muerte es evitable*. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/15.%20Cuando%20la%20muerte%20es%20evitable.pdf>
- Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. (2024). Reporte de Afiliados por Entidad. Recuperado en abril de 2024, de <https://servicios.adres.gov.co/BDUA/Estadistica-BDUA/Reporte-Afiliados-Por-Entidad>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2019). Anuario nacional de estadísticas vitales: Colombia 2019. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/anuario-EEVV-2019/anuario-nacional-de-estadisticas-vitales-colombia-2019.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). (2022). Gasto Social Público y Privado (GSPP) 2021pr1. Recuperado de <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/pib/cuentas-nal-anuales/bol-socx-2021preliminar.pdf>
- Datosmacro.com. (s.f.). Gasto en salud - Colombia. Recuperado en abril de 2024, de <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/colombia>
- Superintendencia Nacional de Salud. (2023). Comunicado de prensa: *Deuda total de EPS supera los \$20 billones*. Recuperado de [https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/Comunicados/comunicado\\_003\\_2023\\_web\\_Supersalud\\_revela\\_deudas\\_20\\_billones\\_EPS.pdf](https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Comunicaciones/Comunicados/comunicado_003_2023_web_Supersalud_revela_deudas_20_billones_EPS.pdf)