Imprimir

Durante los últimos años se ha instalado en el debate público una idea persistente: que el sistema de salud colombiano enfrenta una crisis por insuficiencia financiera. Gremios como ACEMI (que agrupa las EPS del régimen contributivo), actores de la industria farmacéutica como AFIDRO y plataformas aparentemente neutrales, como Asi vamos en Salud, han sostenido que “la plata no alcanza”
Sin embargo, el reciente informe técnico presentado por el Ministerio de Salud ante la Corte Constitucional de Colombia, en el marco de la discusión sobre la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), plantea una hipótesis distinta: el problema central no sería la escasez de recursos, sino su uso ineficiente, opaco y, en algunos casos, inconsistente.

Para entender la dimensión del debate, es necesario partir de lo básico. la UPC es, en esencia una prima de aseguramiento, un monto per cápita que el Estado reconoce a las EPS (Entidades Promotoras de Salud) para cubrir integralmente las necesidades de salud de cada persona. No es un valor arbitrario: se calcula a partir de estudios técnicos que estiman el costo promedio de atención anual según el perfil de riesgo de la población, considerando variables como edad, sexo, carga de enfermedad, uso histórico de servicios y costos médicos, con información reportada por las propias EPS, lo que hace aún más relevante la consistencia y “transparencia” de los datos. Además de ajusta periódicamente para incorporar inflación, cambio en los precios del sector y nuevas tecnologías en salud.

Como en cualquier seguro, esta prima implica una transferencia de riesgo, quien asume la obligación de gestionarlo con eficiencia. No es, por definición, una utilidad garantizada. Bajo esta lógica, la suficiencia de la UPC no depende únicamente de su monto, sino de la capacidad de las entidades administradoras para gestionar adecuadamente los recursos.

Las mesas técnicas lideradas por el Ministerio, con información reportada por las propias EPS y analizada con apoyo de la Administradora de los Recursos Públicos de la Salud, ADRES, arrojaron conclusiones que merecen atención.

En primer lugar, se identificaron inconsistencias relevantes en la información financiera.

Algunas EPS reportaron cifras que presentan diferencias entre los estados enviados al Ministerio y los remitidos a la Superintendencia Nacional de Salud. Estas diferencias se hacían más evidentes al desagregar el detalle contable. Incluso, en algunos casos, se presentaron estados financieros reformulados, es decir, modificados después de su presentación original para corregir, ajustar o reclasificar cifras, sin validación del ente de control. Esto plantea dudas serias sobre la trazabilidad y confiabilidad de la información

En segundo lugar, el análisis técnico encontró indicios de un uso ineficiente de la UPC. No se trata de una opinión política, sino de una conclusión derivada del ejercicio de análisis financieros, que evidencias patrones que deben ser objeto de inspección, vigilancia y control.

Las cifras, además, no respaldan de manera directa la narrativa de insuficiencia. Entre 2022 y 2023, los ingresos por UPC de las EPS analizadas crecieron en promedio un 26.5%. Sin embargo, los costos aumentaron 39.8%. Mas que una simple brecha, esto plantea una pregunta fundamental: ¿que explica ese aumento acelerado del gasto?

Al desagregar la información, emerge un factor determinante: el comportamiento de las reservas técnicas. Estas reservas que corresponden a recursos que las EPS deben mantener para pagar los servicios de salud cuando sean requeridos. En teoría, son un mecanismo de respaldo financiero. En la práctica, su evolución reciente genera interrogantes.

Mientras que entre 2019-2020 crecieron 28.1% y entre 2020-2021 un 38.1%, en los años recientes se dispararon a 79.9% y luego a 54.4%. Este crecimiento rompe con la tendencia histórica y no tiene una explicación clara asociada a la dinámica de prestación de servicios. En términos simples, cada vez más dinero se está acumulando en estas reservas sin que sea evidente si está llegando de manera oportuna a hospitales y pacientes.

A esto se suma un problema de cumplimiento regulatorio. La Superintendencia Nacional de Salud estableció reglas claras sobre cómo registrar la liberación de estas reservas. Sin embargo, no todas las EPS siguieron esos lineamientos: algunas no cumplieron con las instrucciones y otras, incluso, no realizaron ninguna liberación. Esta falta de uniformidad

dificulta la comparación entre entidades y genera dudas sobre la consistencia del manejo contable.

El tema no es menor. En 2023, las reservas técnicas representaron el 78,6% del costo total reportado. Es decir, una parte sustancial del gasto del sistema está concentrada en este rubro, cuyo manejo aun requiere transparencia. Además, para varias EPS se observó que estas reservas no estaban completamente respaldadas por las inversiones exigidas por la normativa vigente

Otro hallazgo critico es la estructura del gasto. Para 2023, los gastos totales crecieron en promedio 28.9%, mientras que el número de afiliados equivalentes aumento solo 10.9%. Es decir, el gasto crece mucho más rápido que la población atendida. Dentro de ese gasto, los rubros administrativos muestran incrementos significativos en salarios, honorarios, asesorías y servicios poco desagregados, lo que limita la capacidad de análisis y control.

Mas que concluir de forma simplista que todo se explica por burocracia, lo que evidencian los datos es una estructura de costos que no guarda proporcionalidad con la demanda en salud y cuya composición carece de suficiente transparencia.

El informe también permite replantear otro elemento central: la gestión del riesgo en salud. Un sistema eficiente debería invertir en prevención y atención primaria para evitar la progresión de enfermedades hacia estados de alta complejidad. Sin embargo, los datos sugieren lo contrario: aumento de costos asociados a atención tardía, presión de servicios de urgencias y crecimiento de recobros.

Un indicador especialmente revelador es el uso de la tutela. Una proporción significativa de estas acciones corresponden a servicios ya incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS), es decir, prestaciones que ya fueron financiadas a través de la UPC. Esto evidencia fallas en la garantía efectiva del servicio, más que ausencia de financiación.

A la luz de estos hallazgos, la discusión sobre la suficiencia de la UPC ante la Corte Constitucional de Colombia no puede limitarse a determinar si el monto es mayor o menor. El

punto de fondo es cómo se están utilizando los recursos ya asignados.

Los datos analizados por la ADRES sugieren que existen problemas de: 1. consistencia en la información financiera, 2. eficiencia en el uso de los recursos, 3. manejo y respaldo de reservas técnicas, 4. transparencia en la estructura del gasto.

Insistir exclusivamente en la insuficiencia desvía la atención de un problema más estructural: la intermediación no está garantizando que el dinero público llegue de manera oportuna y efectiva al prestador y en última instancia, el paciente.

El sistema de salud colombiano enfrenta tensiones reales, pero la evidencia sugiere que no se trata de una falta de recursos. Antes de discutir nuevas inyecciones de capital, el país espera respuesta a una pregunta más básica y urgente ¿Se está gestionando bien el dinero que ya existe?

Referencia:

ADRES 2025 Informe final de la Mesa Interinstitucional de Análisis Financiero del Sistema de Salud https://www.adres.gov.co/analitica/Analiticadelgasto/Informe_final_Mesa_Financiera.pdf

Ana María Soleibe Mejía, Médica

Foto tomada de: Boyacá 95.6