Imprimir

El Gobierno presentó el Plan de Choque en Salud como una respuesta a la acumulación de medicamentos y procedimientos pendientes, con el propósito de garantizar la atención a los pacientes y el pago a hospitales, clínicas y proveedores. La necesidad de resolver estas dificultades es indiscutible. Lo que merece cuestionamiento es el mecanismo escogido y las condiciones en que se está implementando
El problema es que el Gobierno anuncio una nueva operación de financiación para las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en medio de un evidente conflicto de interés, al estar encabezada la cartera por una ministra proveniente de ese mismo sector y pese a que la Contraloría General de la Republica ya documento un deterioro financiero generalizado de estas entidades. ¿Como justificar nuevos créditos sin esclarecer primero la magnitud real de sus obligaciones, su capacidad de pago y el destino de los recursos públicos que ya han recibido?

El informe de la CGR sobre la situación financiera de las EPS durante 2025 reporto deudas con hospitales, clínicas y proveedores por $58.06 billones, un incremento del 26,5% frente al año anterior. De las 26 EPS evaluadas, solamente cuatro cumplieron integralmente los requisitos financieros; 17 incumplieron el indicador de capital mínimo, 19 de patrimonio adecuado, 22 el régimen de inversión de reservas técnicas y 17 presentaron perdidas operacionales.

No estamos, por tanto, ante un problema exclusivamente de liquidez. Existe un deterioro estructural de las condiciones financieras de las aseguradoras

Es importante precisar que incumplir el régimen de reservas técnicas no significa necesariamente que una EPS carezca de todas sus reservas, sino que no está cumpliendo debidamente las obligaciones de constitución y respaldo de sus pasivos mediante las inversiones exigidas por la ley. Esto tiene una consecuencia grave: existen obligaciones con los prestadores cuyo respaldo financiero no está debidamente garantizado.

La Resolución 2445 de 2026 habilito a la Administradora de los Recursos del Sistema General

de Seguridad Social en Salud, (ADRES) para otorgar, por una única vez, créditos directos a las EPS elegibles, destinados a pagar obligaciones por medicamentos dispensados y procedimientos realizados que hubieran sido reportados como pendientes entre el 1 y el 20 de septiembre de 2026

Aunque el giro se realiza directamente a hospitales, clínicas y proveedores, el mecanismo no elimina la deuda: una vez efectuado el pago, la EPS adquiere una nueva obligación financiera con la ADRES. En otras palabras, no se extingue la deuda con el prestador completamente, y nace otra con el Estado.

La resolución establece además una tasa de interés equivalente al IPC, doce meses de gracia, doce meses adicionales para amortizar el crédito. Garantía respaldada por recursos futuros reconocidos a las EPS por la Unidad de Pago Por Capitación (UPC), descuentos y compensaciones sobre los recursos que la ADRES reconozca a la EPS, esto significa que se comprometen recursos futuros del aseguramiento para respaldar el crédito.

La preocupación aumenta cuando se advierte que el cupo de $500.000 millones representa menos del 1% de los $58,06 billones de deuda reportados por la Contraloría. Es una intervención limitada frente a la magnitud del problema

El Plan de Choque fue anunciado con un universo inicial de 1.069.196 usuarios, con una fase inicial de tres meses y con una fecha prevista para finalizar el 31 de diciembre de 2026.

La Resolución 2445 establece como documentos mínimos para solicitar el crédito el certificado de existencia y representación legal, las autorizaciones irrevocables de giro y descuentos, una carta de intención para suscribir el convenio de desempeño y la elección del periodo de gracia y amortización. También establece requisitos de conciliación y validación de las facturas, pero no incluye expresamente, entre esos documentos mínimos de solicitud, la obligación de presentar estados financieros certificados y dictaminados de la última vigencia. ¿Cómo establecer la capacidad real de pago de una entidad si no se conoce con suficiente certeza su situación financiera?

Según el corte del 10 de noviembre de 2026, el cierre de registros alcanzó el 39,25 %, frente al 33,91 % de la semana anterior, lo que representa 240.985 registros adicionales con cierre. Aunque aumentaron las dispensaciones de medicamentos y los procedimientos realizados, el número de personas que aún tienen requerimientos pendientes de atención llegó a 1.280.315, una cifra superior a la registrada en el primer balance.

Esto evidencia una situación preocupante: mientras el Plan reporta avances en sus indicadores de gestión, la población que continúa esperando una respuesta del sistema no disminuye, sino que aumenta. Por tanto, el incremento de las actividades realizadas no necesariamente se traduce en una reducción efectiva de las necesidades insatisfechas de los pacientes.

Hay además un problema metodológico: en octubre se mezclan reportes de unidades de medicamentos, pacientes y procedimientos, mientras que en noviembre se utilizan personas y registros, categorías que no son directamente comparables. Tampoco sabemos si los pacientes reportados en octubre están incluidos en los cierres de noviembre, si se contabilizan varias veces por tener diferentes pendientes o si el cierre significa que recibieron efectivamente el servicio. Por tanto, no es posible concluir que el avance pasó del 31,2 % al 39,66 %, porque son porcentajes con denominadores e indicadores diferentes. El Ministerio debe explicar el cambio de metodología y presentar una serie histórica comparable que permita saber cuántos pacientes recibieron efectivamente sus medicamentos y procedimientos, cuántos siguen esperando y cuánto avanzó realmente el Plan de Choque.

En el propio balance, el Ministerio de Salud, reconoció que el sistema requiere una inyección adicional de cerca de $14 billones para estabilizarse, no habla de Auditoria Forense que permita evaluar el destino real de los recursos y la veracidad de las cuentas, una omisión que deja en evidencia hacia donde apuntan sus verdaderos intereses.

El rezago en procedimientos es particularmente preocupante. El número de procedimientos realizados creció, pero todavía quedaban más de 3,3 millones de procedimientos pendientes según ese corte.

También hay alerta sin resolver: al 25 de noviembre, el 47.71de las solicitudes de patologías, procedimientos de 59.71% represados y medicamentos 41.30%. Estas cifras son personas con una necesidad medica aplazada, es decir sufrimiento, riesgo de empeoramiento y muerte

¿El Plan de Choque es solamente una medida de corto plazo? Según la página del Ministerio de Salud, el Plan contempla una respuesta inmediata, pero también plantea una agenda de mediano plazo. El punto más importante para las EPS, como era de esperarse, es calcular y definir una UPC "suficiente" para 2027 y en adelante. Este planteamiento deja ver dos cosas: Primero, pese a la falta de evidencias técnicas concluyentes que demuestren la insuficiencia de la UPC vigente, y a los incrementos significativos que esta recibió durante el gobierno anterior (los recursos reconocidos por UPC pasaron de $75,4 billones a $96,4 billones: un crecimiento real reportado del 28 %, equivalente a más de $21 billones adicionales) el Plan de Choque da por sentado que su valor actual es insuficiente. Y segundo, que se busca establecer un mecanismo de financiación actualizado para los años siguientes, que probablemente termine ajustándose a las necesidades de rentabilidad de las EPS. No se vislumbra el menor interés en realizar una Auditoría Forense, con alcance internacional, que permita establecer el destino de los recursos, identificar posibles desviaciones y determinar por qué, pese a los incrementos significativos de la UPC, persisten los problemas financieros y de prestación de servicios del sistema de salud.

El Plan de Choque termina convirtiéndose en un salvavidas para las EPS, mientras el problema de fondo permanece sin resolver. Es loable que se intente descongestionar las atenciones represadas y responder a las necesidades urgentes de los pacientes; sin embargo, eso no puede confundirse con una solución estructural. Las EPS continúan vulnerando diariamente el derecho fundamental a la salud de millones de personas, y atender los pendientes acumulados no corrige las causas que los producen. Es como perfumar un cadáver que todavía no se ha sepultado. Hace tiempo que este modelo viene mostrando sus signos de agotamiento y fracaso. No se puede rescatar indefinidamente un sistema que reproduce las mismas condiciones que vulneran el derecho a la salud, la solución es clara, una Reforma Estructural al Sistema de Salud.

Referencias

https://www.minsalud.gov.co/Proteccion-Social/Plan-de-choque/Paginas/inicio.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2026). *Tablero de seguimiento y balance de los primeros 100 días del Plan de Choque en Salud: reportes de medicamentos y procedimientos pendientes (cortes septiembre – noviembre de 2026)*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2026, septiembre). *Resolución 2445 de 2026: Por la cual se establecen las condiciones para el otorgamiento de créditos directos por parte de la ADRES a las EPS para el financiamiento de medicamentos y procedimientos pendientes de atención*. Diario Oficial de la República de Colombia.

Contraloría General de la República [CGR]. (2026, agosto). *Informe sobre el estado del aseguramiento en salud por parte de las EPS y los programas de salud de las Cajas de Compensación Familiar (vigencias 2024–2025)*. Contraloría delegada para el Sector Salud.

Ana Maria Soleibe, Médica, vicepresidenta de la Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: El País