Imprimir

Después de treinta años de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, el país enfrenta una crisis financiera sin precedentes en su sector salud. Este artículo examina la evolución histórica de las reservas técnicas –fondos obligatorios que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) deben mantener para garantizar la sostenibilidad del sistema– desde su conceptualización inicial en la Ley 100 de 1993 hasta su formalización en el Decreto 574 de 2007, el crucial Decreto 2702 de 2014, la consolidación en el Decreto 780 de 2016 y las posteriores modificaciones.
La investigación revela que, a pesar de múltiples reformas normativas y medidas de flexibilización implementadas entre 2021 y 2024, el 89% de los afiliados al sistema se encuentran en EPS que no cumplen con los requisitos mínimos de solvencia financiera. El análisis pondera dos hipótesis principales sobre las causas de esta crisis: la insuficiencia estructural de recursos versus el manejo irresponsable de las reservas técnicas por parte de las EPS.

Basándose en informes de la Contraloría General de la República, datos de la Superintendencia Nacional de Salud y evidencia normativa, este artículo concluye que el problema fundamental no radica en la falta de recursos, sino en tres décadas de gestión deficiente, supervisión laxa y permisividad institucional que ha permitido a las EPS operar sin el respaldo financiero necesario, poniendo en riesgo el derecho fundamental a la salud de más de 44 millones de colombianos.

El Sistema que Prometía Revolucionar la Salud en Colombia

En 1993, Colombia emprendió una de las reformas más ambiciosas de América Latina en materia de salud pública. La Ley 100, promulgada durante el gobierno de César Gaviria, estableció el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con la promesa de garantizar cobertura universal y sostenibilidad financiera a través de un modelo de aseguramiento basado en Entidades Promotoras de Salud (EPS).

El diseño original contemplaba un sistema mixto donde las EPS actuarían como

intermediarios financieros, recibiendo una Unidad de Pago por Capitación (UPC) por cada afiliado y garantizando la prestación de servicios de salud a través de redes de Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Sin embargo, desde sus inicios, el sistema enfrentó desafíos en la gestión de riesgos financieros que requerían mecanismos de protección y sostenibilidad.

Los Primeros Años: Un Sistema sin Reservas

Durante la década de 1990, el sistema operó sin un marco claro de reservas técnicas. Las EPS manejaban los recursos de la UPC con criterios empresariales tradicionales, sin obligaciones específicas de constituir fondos para contingencias futuras. Esta ausencia de regulación financiera específica se convertiría, años después, en uno de los principales factores de inestabilidad del sistema.

La Superintendencia Nacional de Salud, creada para ejercer la vigilancia y control del sector, centró inicialmente sus esfuerzos en aspectos operativos y de cobertura, dejando en segundo plano la supervisión financiera rigurosa que el modelo de aseguramiento requería.

La Formalización de las Reservas Técnicas: Del Concepto a la Norma

El Decreto 574 de 2007: El Primer Marco Integral

No fue sino hasta 2007, catorce años después de la creación del SGSSS, que Colombia estableció formalmente el concepto de reservas técnicas en su sistema de salud. El Decreto 574 de 2007 definió estas reservas como “montos registrados en el pasivo que reflejan las obligaciones presentes, y las que razonablemente pueden preverse en el futuro, dentro de los contratos y compromisos del Régimen Contributivo de Salud”.

Este decreto estableció cuatro tipos de reservas obligatorias:

Reserva técnica para autorizaciones de servicio: Equivalente al 100% de todos los servicios de salud autorizados y no cobrados, hasta por un plazo de 12 meses.

Reserva técnica para servicios cobrados: Constituida por el 100% del monto de las facturas presentadas al cobro.

Reserva para eventos ocurridos no avisados: Basada en el promedio histórico de servicios prestados que fueron avisados tardíamente.

Otras reservas: Para pérdidas probables y cuantificables identificadas en análisis específicos.

El Decreto 2702 de 2014: El Punto de Quiebre Normativo

El Decreto 2702 de 2014 representa un hito fundamental en la regulación financiera del sistema de salud colombiano. Esta norma “actualizó y unificó las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud”, estableciendo por primera vez un marco integral y riguroso para la estabilidad financiera del sector.

Innovaciones clave del Decreto 2702 de 2014:

1. Capital mínimo exigible: Estableció montos específicos de capital que las EPS debían mantener según su tamaño y número de afiliados.
2. Patrimonio adecuado: Definió criterios claros para medir la suficiencia patrimonial de las entidades.
3. Régimen de inversiones de reservas técnicas: Especificó que las inversiones debían ser de “alta liquidez y seguridad”, limitando las opciones a títulos de deuda pública, depósitos bancarios vigilados e instrumentos financieros calificados.
4. Cronograma de cumplimiento progresivo: Estableció plazos de hasta 7 años para que las EPS que no cumplían los requisitos los alcanzaran gradualmente, con metas intermedias específicas: 10% del defecto al primer año, 20% al segundo, 40% al cuarto, 70% al quinto y 100% al séptimo año.
5. Prohibiciones específicas: Vedó el uso de recursos de salud para adquirir activos fijos o realizar inversiones ajenas a la prestación de servicios.
6. Responsabilidad de directivos: Estableció la responsabilidad directa de representantes

legales, contadores y revisores fiscales en el cumplimiento de las disposiciones.
Este decreto fue crucial porque reconoció que muchas EPS ya operaban con deficiencias financieras y les dio una oportunidad de regularización, pero con cronogramas estrictos y supervisión continua.

La Consolidación en el Decreto 780 de 2016

El Decreto 780 de 2016, conocido como el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud, consolidó y refinó el marco de reservas técnicas establecido en el Decreto 2702 de 2014. Esta norma mantuvo los principios fundamentales, pero añadió precisiones técnicas:

Definición detallada de las tres categorías de reservas técnicas

Criterios específicos para la valoración y constitución mensual

Metodologías de cálculo para entidades nuevas y existentes

Requisitos de reporte y auditoría por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

Los Años de Crisis y Flexibilización (2020-2022)

El Decreto 995 de 2022: ¿Alivio o Maquillaje Financiero?

La pandemia de COVID-19 y las crecientes presiones financieras del sistema llevaron al gobierno a implementar medidas de flexibilización controvertidas. El Decreto 995 de 2022 permitió a las EPS utilizar recursos de sus reservas técnicas para pagar deudas históricas con prestadores, cuando presentaran una concentración mayor al 15% de deuda en acreencias superiores a 180 días.

Esta medida, aunque buscaba mejorar el flujo de caja hacia los prestadores, generó preocupaciones fundadas sobre “maquillaje financiero”, ya que permitía a las EPS mejorar artificialmente sus indicadores de liquidez sin resolver los problemas estructurales de

sostenibilidad.

Críticas al Decreto 995 de 2022:

- Facilitó la manipulación de indicadores financieros
- No exigió planes de recuperación estructural
- Postergó el reconocimiento de la verdadera situación financiera

La Resolución 1341 de 2021: El Alivio Temporal

Paralelamente, la Resolución 1341 de 2021 estableció que, hasta el 31 de diciembre de 2024, los costos que excedieran el presupuesto máximo no serían considerados en el cálculo del capital mínimo y patrimonio técnico de las EPS. Esta medida transitoria funcionó como un "paño de agua tibia" que ocultó temporalmente la magnitud de los problemas financieros, agravando de manera estruendosa la crisis de solvencia a partir del primero de enero de 2025.

Casos Emblemáticos: Cuando las Reservas No Fueron Suficientes

SaludCoop: El Gigante que Cayó

SaludCoop, que llegó a ser la EPS más grande del país con más de 5 millones de afiliados, fue intervenida en 2011 y posteriormente liquidada. A pesar de manejar recursos por billones de pesos anuales, la entidad no logró constituir reservas técnicas adecuadas y acumuló deudas millonarias con prestadores.

La investigación posterior reveló irregularidades en el manejo de las reservas, inversiones riesgosas en sectores ajenos a la salud y uso de recursos para fines diferentes a la prestación de servicios. El caso SaludCoop se convirtió en el símbolo del fracaso del modelo de aseguramiento privado en Colombia y evidenció la necesidad de marcos normativos más estrictos como el Decreto 2702 de 2014.

Medimás: La Repetición de la Historia

En 2019, Medimás EPS, con más de 2.5 millones de afiliados, entró en crisis financiera y fue intervenida por la Superintendencia Nacional de Salud. Nuevamente, la falta de reservas técnicas adecuadas y el manejo irresponsable de los recursos llevaron al colapso de una de las EPS más importantes del país, demostrando que las lecciones de SaludCoop no habían sido aprendidas.

Nueva EPS: El Presente Incierto

Nueva EPS, la entidad más grande del sistema con más de 11 millones de afiliados, enfrenta actualmente serias dificultades financieras. Según el informe de la Contraloría General de la República de 2024, la entidad no ha reportado información financiera confiable desde marzo de 2024 y presenta deficiencias graves en el cumplimiento de las condiciones de solvencia establecidas en el Decreto 780 de 2016.

Los Números que No Mienten: La Radiografía de la Crisis

El Informe de la Contraloría 2024

El informe más reciente de la Contraloría General de la República presenta un panorama devastador que evidencia el fracaso del modelo de supervisión y las consecuencias de décadas de permisividad:

- Solo 6 de las 29 EPS del sistema (20.7%) cumplen con todas las condiciones financieras y de solvencia
- El 89% de los afiliados al sistema (más de 44 millones de personas) están en EPS que no ofrecen garantías mínimas de solvencia ni capacidad de aseguramiento.
- 16 EPS presentan indicadores de liquidez menores a 1, evidenciando incapacidad para cumplir obligaciones de corto plazo
- Las deudas acumuladas del sector superan los 30 billones de pesos
- Más del 89% de la población afiliada está en riesgo por la situación financiera crítica de las EPS

La Evolución de los Indicadores Financieros

Un análisis longitudinal de los indicadores financieros de las EPS revela un deterioro progresivo, especialmente notable después de que terminaron los alivios transitorios en 2024:

Indicador	2020	2023	2024
EPS con liquidez ≥ 1	18	13	13
EPS con patrimonio adecuado	15	12	6
EPS con reservas técnicas óptimas	12	8	6
EPS que cumplen todos los requisitos	10	8	6

Cuadro 1: Evolución de indicadores financieros de las EPS (2020-2024)

Análisis de las Causas: ¿Insuficiencia de Recursos o Mala Gestión?

La Hipótesis de la Insuficiencia de Recursos

Los defensores de esta teoría argumentan que el problema fundamental del sistema radica en factores estructurales:

UPC insuficiente: La Unidad de Pago por Capitación no habría crecido al ritmo de la inflación en costos médicos, generando déficits estructurales que impiden la constitución adecuada de reservas.

Envejecimiento poblacional: El cambio demográfico ha incrementado los costos de atención sin ajustes proporcionales en la financiación, presionando las reservas técnicas.

Incorporación de nuevas tecnologías: Los avances médicos han encarecido los tratamientos sin que esto se refleje adecuadamente en la UPC, afectando la sostenibilidad financiera.

Ampliación de coberturas: Las sucesivas ampliaciones del Plan Obligatorio de Salud han

incrementado las obligaciones sin financiación adicional suficiente.

La Hipótesis del Mal Manejo de las Reservas

La evidencia documental, los informes oficiales y los casos investigados sugieren que el problema principal ha sido la gestión irresponsable y la falta de supervisión efectiva:

Implementación tardía: Las reservas técnicas solo se formalizaron 14 años después de la creación del sistema, permitiendo que las EPS operaran sin disciplina financiera durante década y media.

Supervisión laxa: A pesar de los marcos normativos como el Decreto 2702 de 2014, la Superintendencia Nacional de Salud no ejerció el control riguroso necesario.

Medidas contraproducentes: Los alivios regulatorios de 2021-2022 permitieron maquillar la situación financiera en lugar de resolverla estructuralmente.

Uso indebido de recursos: Múltiples casos documentan el desvío de recursos hacia actividades no relacionadas con la salud, inversiones riesgosas y gastos administrativos excesivos.

Falta de consecuencias: La ausencia de sanciones efectivas generó un ambiente de impunidad que incentivó la mala gestión.

Análisis Comparativo Internacional

Según datos de la OCDE, Colombia destina el 7.2% de su PIB al gasto en salud, cifra similar al promedio de países con sistemas de salud estables. Sin embargo, la eficiencia en el uso de estos recursos es significativamente menor, lo que sugiere que el problema no es fundamentalmente de financiación sino de gestión.

Un estudio del Banco Mundial de 2023 concluyó que Colombia tiene suficientes recursos para

financiar un sistema de salud universal, pero presenta graves deficiencias en la gestión, supervisión financiera y control de las entidades aseguradoras.

El Costo de la Mala Gestión

La Contraloría General de la República estima que las pérdidas por mala gestión de las reservas técnicas en los últimos 15 años superan los 50 billones de pesos, equivalente a más del 20% del presupuesto nacional anual. Esta cifra incluye:

- Recursos desviados hacia inversiones no relacionadas con salud
- Pérdidas por liquidaciones y intervenciones de EPS
- Costos de oportunidad por reservas mal invertidas
- Gastos administrativos y de interventoría

Conclusión: El Veredicto de Tres Décadas

Después de analizar treinta años de evolución del sistema de salud colombiano, desde la Ley 100 de 1993 hasta la crisis actual, la evidencia apunta de manera contundente hacia una conclusión: el problema fundamental no ha sido la insuficiencia de recursos, sino la gestión irresponsable de las reservas técnicas, la implementación tardía de marcos regulatorios adecuados y la permisividad institucional.

Los Factores Determinantes

Implementación tardía y progresiva: Las reservas técnicas solo se formalizaron en 2007, 14 años después de la creación del sistema. El Decreto 2702 de 2014 intentó corregir esta situación con cronogramas de cumplimiento, pero las EPS ya habían desarrollado prácticas financieras inadecuadas.

Supervisión ineficaz: A pesar de contar con marcos normativos progresivamente más estrictos, la Superintendencia Nacional de Salud no ejerció el control riguroso que un modelo de aseguramiento requiere.

Medidas contraproducentes: Los alivios regulatorios de 2021-2022 (Resolución 1341 de 2021 y Decreto 995 de 2022) permitieron maquillar la situación financiera en lugar de exigir soluciones estructurales.

Falta de consecuencias: La ausencia de sanciones efectivas y la tolerancia a incumplimientos generaron un ambiente de impunidad que incentivó la mala gestión.

Cultura empresarial inadecuada: Las EPS operaron con lógica de maximización de utilidades en lugar de gestión de riesgos de aseguramiento.

El Costo Humano de la Crisis

Más allá de las cifras financieras, la crisis del sistema de salud tiene un costo humano incalculable. Millones de colombianos enfrentan barreras de acceso, demoras en la atención, deterioro en la calidad de los servicios y, en casos extremos, morbimortalidad evitable directamente relacionada con la crisis financiera de las EPS.

La Contraloría documenta casos específicos donde la falta de reservas técnicas adecuadas ha resultado en:

- Suspensión de servicios especializados
- Demoras en autorizaciones médicas
- Cierre de unidades de atención
- Desabastecimiento de medicamentos
- Deterioro en la calidad de la atención

Las Lecciones Aprendidas

La experiencia colombiana ofrece lecciones valiosas para otros países que consideren modelos de aseguramiento en salud:

1. La regulación financiera debe ser simultánea: No posterior a la implementación del sistema de aseguramiento.

2. La supervisión debe ser rigurosa y continua: Con consecuencias reales y proporcionales por incumplimiento.
3. Los alivios regulatorios deben ser excepcionales: Y estar acompañados de planes de recuperación exigibles y verificables.
4. La transparencia es fundamental: Para la sostenibilidad y la confianza en el sistema.
5. La cultura de riesgo es esencial: Las entidades aseguradoras requieren marcos de gestión específicos, diferentes a empresas comerciales tradicionales.
   Preguntas Clave y Respuestas Fundamentadas

   Al final de este análisis exhaustivo, es importante abordar las preguntas fundamentales que surgen del debate sobre la crisis del sistema de salud colombiano:

1. ¿Consideras que a julio de 2025 después de 30 años de legislación garantizando solvencia a las EPS, existan el 89% de los afiliados al sistema de salud en EPS que no ofrecen la más mínima garantía?
   Respuesta: No solo es preocupante, sino que evidencia un fracaso estructural del modelo de aseguramiento y supervisión. Tras tres décadas de regulación progresiva –desde la ausencia inicial de normas, pasando por el Decreto 574 de 2007, el crucial Decreto 2702 de 2014 y la consolidación en el Decreto 780 de 2016– el hecho de que casi el 90% de los afiliados estén en EPS sin garantías reales de solvencia demuestra que la legislación, aunque extensa y técnicamente adecuada, ha sido ineficaz en su aplicación y control. Los alivios transitorios y la supervisión laxa han permitido que las EPS operen sin cumplir los mínimos financieros, poniendo en riesgo la atención de millones de personas.

2. ¿Crees que posibles insuficiencias en la UPC genere esos descalces entre provisiones e inversiones de reservas técnicas a estas alturas?
   Respuesta: Las insuficiencias ocasionales en la UPC pueden influir marginalmente, pero no justifican los descalces estructurales y persistentes entre provisiones e inversiones de reservas técnicas que observamos actualmente. Las EPS han tenido décadas para ajustar sus modelos de gestión de riesgo y reservas, especialmente después del Decreto 2702 de 2014 que les dio hasta 7 años para regularizar su situación. Si bien la UPC puede ser insuficiente

en ciertos momentos, el problema de fondo es la falta de disciplina financiera, controles internos deficientes y una gestión inadecuada de las reservas técnicas que ha persistido incluso en períodos de suficiencia de recursos.

3. ¿Consideras que el decreto 995 de 2022 fue muy perjudicial para el sistema?
   Respuesta: Sí, el Decreto 995 de 2022, aunque buscaba dar flexibilidad temporal para mejorar el flujo hacia prestadores, terminó siendo perjudicial para la integridad del sistema porque permitió a las EPS maquillar su situación financiera y postergar el reconocimiento de problemas reales. Al permitir el uso de reservas técnicas para pagar deudas históricas y considerar estos pagos como válidos para el cumplimiento de condiciones financieras, se facilitó la manipulación de indicadores y se incentivó la acumulación de deudas. Esto contravenía el propósito original de las reservas técnicas establecido desde el Decreto 574 de 2007 y refinado en el Decreto 2702 de 2014, que era precisamente proteger recursos para contingencias futuras.

4. ¿Puedes atribuirle a una supuesta insuficiencia ocasional de la UPC 2% al 5% la crisis actual del sistema de salud y la tan aterradora conclusión de la contraloría?
   Respuesta: Definitivamente no. Una insuficiencia ocasional de la UPC del 2% al 5% no explica ni remotamente la magnitud de la crisis evidenciada por la Contraloría General de la República, donde el 89% de los afiliados están en EPS sin garantías de solvencia y las deudas superan los 30 billones de pesos. El problema es mucho más profundo y estructural, relacionado con tres décadas de gestión deficiente, falta de controles efectivos y permisividad normativa. Si el problema fuera solo una insuficiencia marginal de la UPC, no veríamos casos como SaludCoop, Medimás o la actual situación de Nueva EPS, donde el manejo irresponsable y el desvío de recursos han sido factores determinantes.

5. ¿Tienen las EPS, la mayoría con más de 20 años de operación en el sistema de salud, la posibilidad de tener excusas para no tener reservas técnicas debidamente resguardadas?
   Respuesta: No tienen excusa válida alguna. Las EPS con décadas de operación han contado con tiempo más que suficiente, recursos y experiencia para cumplir con los requisitos de reservas técnicas. Considerando la evolución normativa –desde la formalización en 2007, el

marco integral de 2014 con plazos de hasta 7 años para cumplimiento, y la consolidación en 2016– estas entidades han tenido múltiples oportunidades y marcos regulatorios claros. La falta de cumplimiento no puede justificarse por factores externos, sino que responde a una gestión inadecuada y, en muchos casos, a decisiones deliberadas de priorizar otros usos de los recursos por encima de la sostenibilidad del sistema y la protección de los afiliados.

6. ¿Consideras que el problema del sistema de Salud colombiano es por una supuesta insuficiencia de recursos o más bien por la forma irresponsable que se han manejado las reservas técnicas en su historia?
   Respuesta: El problema principal es claramente la gestión irresponsable de las reservas técnicas y la permisividad institucional histórica. La evidencia es contundente: Colombia destina un porcentaje del PIB similar al promedio OCDE en salud, pero la eficiencia y control son mucho menores. Si bien puede haber desafíos de suficiencia de recursos en ciertos momentos, la evidencia documental –desde los casos de SaludCoop y Medimás hasta el informe actual de la Contraloría– muestra que el uso inadecuado, la falta de control, la implementación tardía de marcos regulatorios (14 años después de crear el sistema) y la manipulación de indicadores financieros han sido determinantes en la crisis actual. La insuficiencia de recursos es un factor secundario; la raíz está en la administración deficiente, la supervisión laxa y la tolerancia institucional a prácticas financieras inadecuadas que han persistido durante tres décadas.

Epílogo: El Futuro del Sistema

Colombia se encuentra en una encrucijada histórica. La crisis actual no es solo financiera, sino de confianza en el modelo de aseguramiento que se implementó hace treinta años. Las decisiones que se tomen en los próximos meses determinarán si el país logra rescatar el derecho fundamental a la salud o si debe emprender una nueva reforma estructural.

La evidencia presentada en este análisis es clara: treinta años de experiencia demuestran que un sistema de salud basado en aseguramiento privado requiere una regulación financiera estricta desde el inicio, una supervisión implacable y consecuencias reales por

incumplimiento. Sin estos elementos, las reservas técnicas –diseñadas para ser el corazón de la sostenibilidad– se convierten en una ilusión que pone en riesgo la vida y la salud de millones de personas.

El Decreto 2702 de 2014 representó el último intento serio de salvar el modelo a través de la regulación. Su incumplimiento generalizado y la posterior flexibilización a través de medidas como el Decreto 995 de 2022 marcaron el fin de la credibilidad del sistema de aseguramiento tal como fue concebido.

El tiempo de las excusas, los maquillajes financieros y las medidas paliativas ha terminado. Colombia necesita decisiones valientes, basadas en evidencia, que pongan el derecho a la salud por encima de los intereses particulares de las EPS. Solo así podrá honrar la promesa que hizo hace treinta años: garantizar salud para todos los colombianos.

La historia de las reservas técnicas en Colombia es, en última instancia, la historia de una oportunidad perdida: la oportunidad de construir un sistema de salud verdaderamente sostenible y equitativo. Que sirva de lección para las decisiones que están por venir.

Fuentes principales: Ley 100 de 1993, Decreto 574 de 2007, Decreto 2702 de 2014, Decreto 780 de 2016, Decreto 995 de 2022, Resolución 1341 de 2021, Informe de la Contraloría General de la República 2024, Superintendencia Nacional de Salud, OCDE, Banco Mundial.

Nota: Este artículo se basa en documentos oficiales, normativa vigente y análisis técnico especializado. Las opiniones expresadas corresponden al análisis riguroso de la evidencia disponible y buscan contribuir al debate informado sobre el futuro del sistema de salud colombiano.

Equipo de análisis financiero de #DóndeEstáLaPlata

Foto tomada de: Meta IA