

Imprimir

Una aseguradora, como lo son las Entidades Promotoras de Salud (EPS,) es una organización cuya función principal consiste en la gestión integral del riesgo, orientada a proteger a las personas frente a contingencias futuras y mitigar su impacto económico. Su operación se fundamenta en la administración del riesgo mediante la afiliación, aseguramiento, la adecuada gestión financiera y, de manera central, la constitución de reservas técnicas, con el fin de garantizar la disponibilidad de recursos suficientes para cubrir eventos inciertos. En el caso colombiano, las EPS operan bajo un esquema de aseguramiento. Reciben una prima prospectiva denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC), reconocida por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), cuyo propósito es financiar integralmente la atención en salud de cada afiliado.

A cambio de esta prima, las EPS asumen el riesgo financiero y sanitario, comprometiéndose a garantizar la cobertura de los servicios incluidos en el plan de beneficios. En este modelo, si los costos reales de la atención superan el valor de la UPC, la EPS debe asumir la pérdida con sus propios recursos, lo que constituye un elemento esencial del principio asegurador

En el ámbito de los seguros, las reservas técnicas no constituyen ahorros ni utilidades sino pasivos exigibles. Representan obligaciones ciertas que la entidad debe cubrir, correspondiente a atención en salud ya ocurridas, pero aún no facturadas o pagadas, así como a riesgos futuros ya asumidos. En este contexto, la provisión es el acto contable mediante el cual se reconoce y se separa ese recurso en los estados financieros, reflejando de forma fiel la obligación adquirida. (1)

No obstante, el reconocimiento contable por si solo es insuficiente. La regulación exige que dichas reservas estén respaldadas por inversiones en activos líquidos, seguros y de bajo riesgo, garantizando la existencia de flujo de caja real al momento en que los prestadores de servicios de salud presenten sus cuentas. La ausencia de estas inversiones configura un incumplimiento normativo grave, que debe activar alertas inmediatas tanto de los revisores fiscales como de la autoridad de vigilancia. (2)

El no provisionar adecuadamente las reservas técnicas no constituye un simple error técnico, sino una violación a las Normas Internacionales de Información Financiera (NIIF) y a la normatividad nacional vigente.

En la práctica, un número significativo de EPS presenta incumplimientos en la constitución de reservas técnicas, lo que configura una situación de ilegalidad desde el punto de vista regulatorio. En particular, el Decreto 780 de 2016 establece las condiciones de habilitación financiera que toda EPS debe cumplir, incluyendo la adecuada constitución y respaldo de dichas reservas (3).

La omisión en su constitución implica la subestimación del pasivo real, generando una apariencia artificial de solvencia que distorsiona la situación financiera de estas entidades y permite la continuidad operativa de organizaciones que, desde una perspectiva técnica, se encuentran en condiciones de insolvencia o quiebra.

Este fenómeno se agrava a la luz de la NIIF 17 (Contratos de seguros,) la cual exige la medición realista de los pasivos derivados de contratos de seguro, incluyendo los siniestros ocurridos, pero no reportados. El incumplimiento de este estándar constituye, en términos técnicos, una forma de distorsión contable o maquillaje financiero, al ocultar la magnitud real de las obligaciones

Un punto crítico es el papel de los órganos de control. De acuerdo con la Ley 43 de 1990, (2) los auditores y revisores fiscales tienen la responsabilidad de dictaminar si los estados financieros reflejan fielmente la realidad económica de las entidades. La aprobación de balances con reservas subestimadas o sin respaldo en inversiones reales plantea interrogantes serios: ¿se trató de falta de pericia técnica o de omisión deliberada frente a presiones estructurales del sistema?

A lo anterior se suma la responsabilidad política y regulatoria. Durante años, diferentes gobiernos expidieron normas que flexibilizaron el cumplimiento de las condiciones de solvencias, incluyendo plazos extendidos hasta 10 años para el cumplimiento de las

condiciones de capitalización y reservas, relajación en la calidad de los activos permitiendo que cuentas por cobrar de difícil recaudo se consideraran como respaldo de reservas.

Estas medidas no resolvieron el problema estructural; por el contrario, permitieron que el déficit creciera bajo un marco de aparente legalidad, postergando una crisis que hoy se manifiesta en toda su magnitud: una deuda acumulada con los prestadores que compromete la sostenibilidad del sistema.

En la actualidad, se promueven propuestas orientadas a reconocer como deuda pública obligaciones que ascienden a decenas de billones de pesos. Esto ocurre en un contexto marcado por denuncias reiteradas: irregularidades en facturación (incluyendo cobros de personas fallecidas o sobre costos en servicios y medicamentos), cuestionamientos sobre uso de recursos públicos y alertas de organismos de control sobre el creciente endeudamiento del sistema, pese a niveles históricos de transferencias.

El resultado es una crisis en la que, como de costumbre, los pacientes y los trabajadores del sector salud asumen las consecuencias, mientras se plantea trasladar al Estado, y por ende a la sociedad, el costo de fallas estructurales, regulatorias y de gestión.

Lo ocurrido no puede entenderse como una suma de errores técnicos aislados. La no constitución de reservas técnicas, su falta de respaldo real, la validación de estados financieros distorsionados y la flexibilización normativa configuraron un patrón consistente: el ocultamiento sistemático del riesgo y del endeudamiento real del sistema.

Esto resulta aún más grave si se tiene en cuenta que los recursos sí han sido girados de manera oportuna y en magnitud suficiente. Solo en 2025, el sistema recibió alrededor de 97.2 billones de pesos, (24.3 mil millones de dólares) lo que evidencia que el problema no radica solamente en el manejo administrativo y destinación. Se trata de un problema más profundo: un modelo estructural diseñado con lógicas extractivistas, que ha permitido la conformación de redes de interés capaces de capturar rentas del sistema, doblegar la aplicación de la ley y debilitar la acción efectiva de los entes de control. Bajo este esquema,

las fallas no son accidentales, sino funcionales a un diseño que ha priorizado la intermediación financiera y la apropiación de recursos públicos sobre la garantía efectiva del derecho a la salud.

Cuando se propone ahora socializar las pérdidas sin esclarecer responsabilidades, lo que está en juego no es solo la sostenibilidad financiera del sistema de salud, sino la legitimidad institucional. Sin una revisión rigurosa, con sanciones efectivas y transparencia total, cualquier intento de solución corre el riesgo de convertirse en la legalización de un desbalance construido durante años, trasladando sus costos a la ciudadanía sin corregir causas estructurales que lo originaron.

(1) Presidencia de la República. Decreto 780 de 2016: por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Bogotá: Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813>

(2) Congreso de la República de Colombia. Ley 43 de 1990. Reglamenta la profesión de contador público y se dictan otras disposiciones. Bogotá. 1990. Disponible en : <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=66148>

(3) Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES). Mas de 471 mil fallecidos con servicios médicos facturados por \$2,3 billones. Bogota: ADRES; 2025 Disponible en <https://www.adres.gov.co/sala-de-prensa/noticias/mas-de-471-mil-fallecidos-con-servicios-medicos-facturados-por-2-billones>

Ana Maria Soleibe Mejía, Médica, presidenta de la Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: El País Cali