

DOCUMENTO DE ESTUDIO

Qué genera la crisis financiera del sistema de salud

i. Antecedentes

Colombia ha logrado importantes avances en materia sanitaria y social durante los últimos treinta años, haciendo mayoritariamente un uso eficiente y costo efectivo de los recursos de la salud. Sin embargo, en los últimos años se ha incrementado el desbalance entre los recursos que financian el sistema y el gasto en salud. Los dos últimos años han sido especialmente críticos, poniendo en riesgo los logros cosechados por tantos años.

Son muchos los factores que afectan el gasto en salud y ejercen presión sobre los presupuestos de todos los sistemas de salud en el mundo. Para mencionar algunos, el envejecimiento de la población, el aumento de la enfermedad crónica, la innovación tecnológica, que entrega nuevos y prometedores desarrollos que también exigen mayor gasto.

Es innegable también el impacto de la pandemia, que alteró la dinámica del gasto de forma inédita; aplazó y acumuló atenciones no prestadas durante el Covid-19 y dejó secuelas en algunos casos.

En Colombia de manera particular hay que destacar el aumento del plan de beneficios en salud (PBS), la ampliación de la protección a migrantes, la alta inflación y devaluación que han afectado al sistema por la vía del gasto.

De manera estructural nuestro sistema también asume una realidad económica desafiante, con niveles altos informalidad y desempleo que representa cerca del 100% de la población en régimen subsidiado. A septiembre de 2023, apenas 12.4 millones de colombianos aportaban directamente a los regímenes contributivos y especiales, mientras que otros 26,1 millones se encuentran afiliados al régimen subsidiado.¹

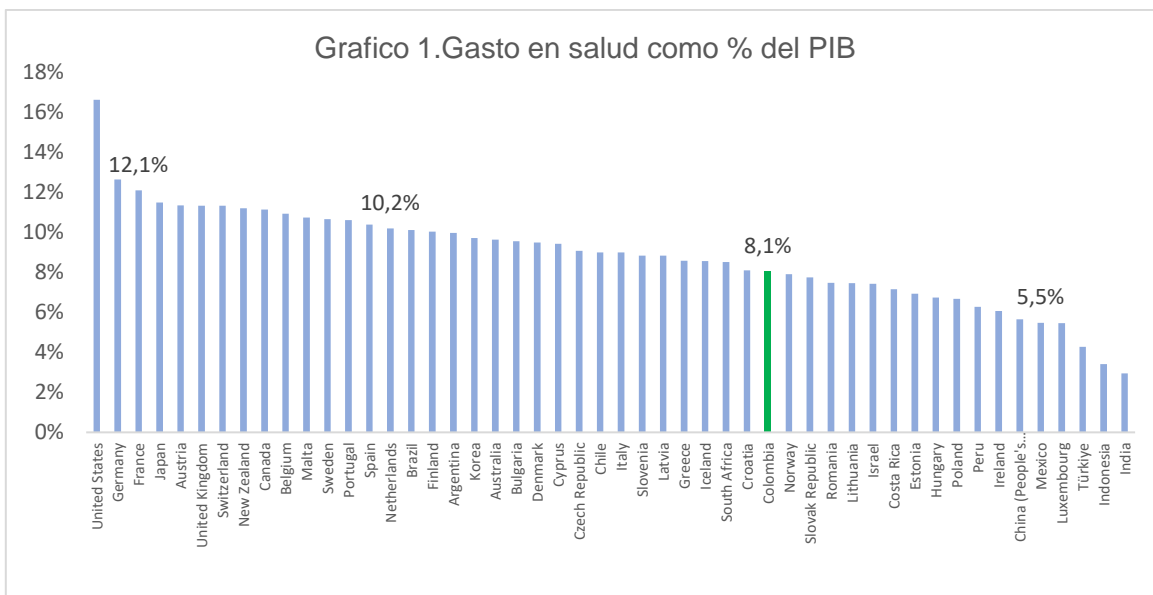
Todas estas realidades llevan a que, en la actualidad, el sistema de salud afronte un desfinanciamiento estructural y que sea necesario disponer de nuevas fuentes, pero también avanzar en la búsqueda de mejores y más eficientes formas de gasto. Para ello es importante incorporar mejores modelos de contratación que incluyan el cumplimiento de indicadores de salud, que compartan el riesgo con prestadores y

¹ DANE: Gran Encuesta Integrada de Hogares, Julio a Septiembre de 2023 y pagina web de Minsalud, Cifras de aseguramiento en salud.

proveedores. Esto sumado a un control y seguimiento estricto del gasto, a través de sistemas de información robustos y desde luego a la mayor inspección, vigilancia y control a todos los agentes responsables.

ii. ¿Qué tanto gasta Colombia en Salud?

Colombia tiene un gasto moderado en salud comparado con otros países de la OCDE, tanto en términos relativos como absolutos. El gasto en salud del país fue de un 8.1% del PIB en 2022 comparado con el 9.7% promedio de los demás países miembros. En términos nominales, el gasto por habitante en Colombia fue de \$560 dólares por habitante para 2022 frente a países como Estados Unidos donde el gasto asciende a \$12.555 dólares, Alemania \$6.000 euros o España \$2.907 euros.

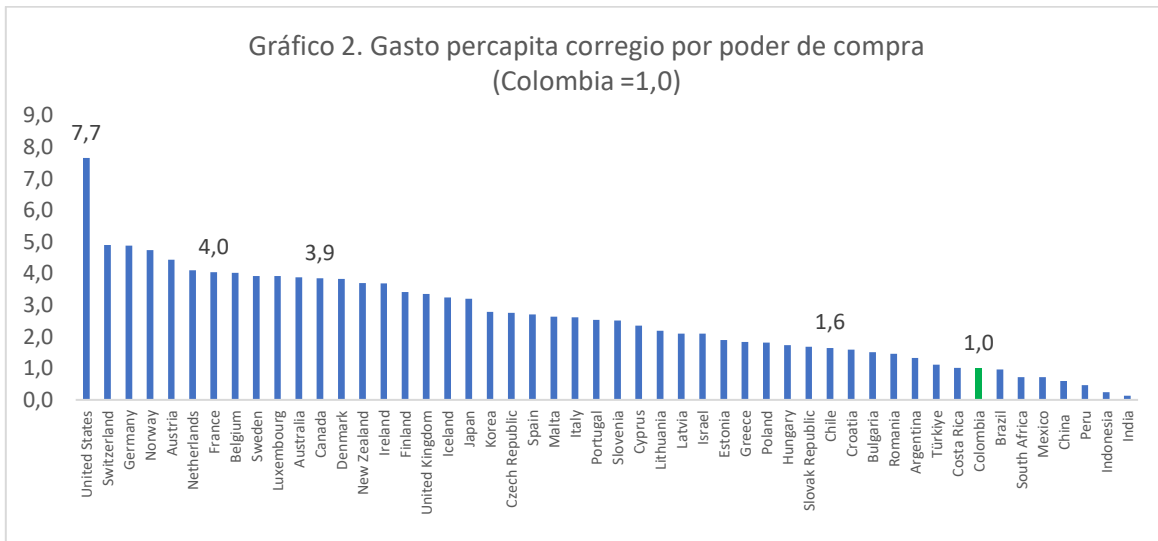


Fuente: OCDE. Health expenditure & financing. Colombia ocupa posición 33 entre 50 países que reporta. Años 2022 o último año de reporte.

Corregido por poder de compra, esto es, entendiendo que el costo de vida de cada país es diferente, la diferencia sigue siendo significativa. Un ciudadano americano tiene acceso a 7.5 veces más servicios y tecnologías que un colombiano y los países de Europa Occidental entre 4 y 5 veces más bienes para su atención en salud. Ver gráfico 2.

Además, el gasto de salud en Colombia se encuentra concentrado en el sistema obligatorio público: un 6.1% del PIB. La fracción restante se distribuye entre gasto de bolsillo y planes voluntarios de salud. En términos nominales, el costo del sistema

obligatorio por habitante es de \$1.7 millones de pesos anuales; unos \$145 mil pesos mensuales. Estos recursos financian el plan de beneficios, las prestaciones y servicios que están por fuera de este plan, prestaciones económicas como licencias de maternidad e incapacidades, rubros de promoción y prevención y programas especiales como las becas para los estudiantes de especialización en medicina. La UPC de los regímenes contributivo y subsidiado es el gasto más representativo del sistema de salud con cerca de \$1,3 millones anuales por afiliado.



Fuente: OCDE. Health expenditure & financing.

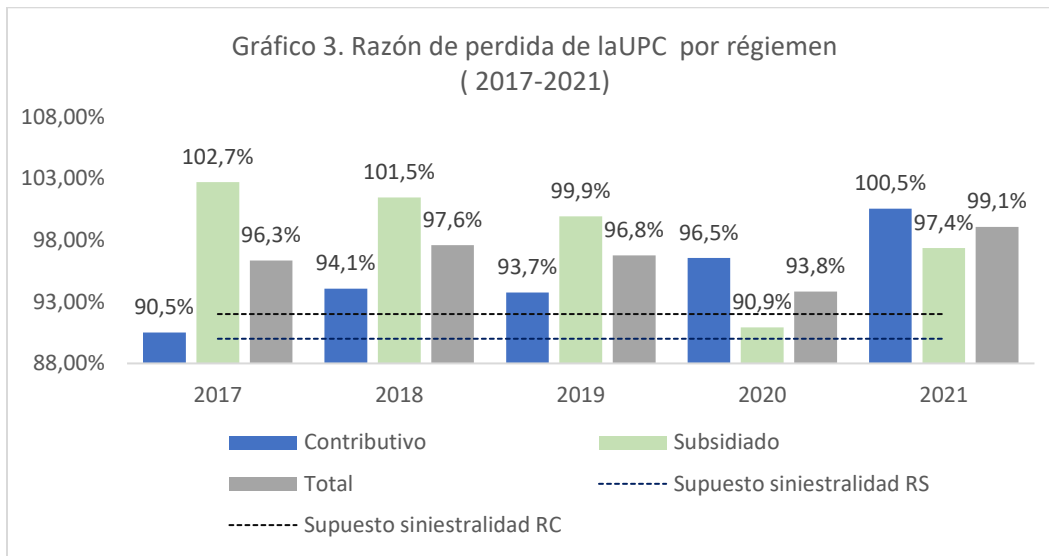
El gasto de bolsillo, esto es, el gasto que realizan directamente los hogares para financiar servicios de salud como consultas particulares, odontología estética y medicamentos a través del canal comercial es bajo comparado con países de la OCDE. Un colombiano promedio apenas gasta \$285 mil pesos año en estos conceptos; menos de \$25 mil pesos mensuales. Igual ocurre con los planes voluntarios de salud (pólizas de salud, medicina prepagada y planes complementarias) que afilian entre un 7%-8% de la población.

iii. ¿Son suficientes los recursos para garantizar el aseguramiento en salud de los colombianos?

Varios estudios han señalado que los recursos que financian el plan de beneficios son insuficientes y que la situación se ha agudizado durante y después de la pandemia. Espinosa & Rodríguez (2023), con colaboradores de la Universidades de Harvard, MIT, Connecticut y Nacional de Colombia encontraron en un estudio de suficiencia de la Unidad de pago por capitación (UPC) para los años 2017 a 2021

que “cerca de la mitad de las EPS en Colombia (que representan 11,6 millones de afiliados) tienen ratios de pérdida de CPU superiores al 100% para el año 2021, lo que evidencia recursos insuficientes para el funcionamiento aseguramiento en salud”². Ver gráfico 3.

La razón de pérdida o tasa de siniestralidad varía entre periodos, EPS, regiones geográficas y grupos poblacionales. De hecho, otro estudio denominado “Predictability and Financial Sufficiency of Health Insurance in Colombia: An Actuarial Analysis With a Bayesian Approach” publicado en 2023 en la prestigiosa publicación North American Actuarial Journal evidencia que la siniestralidad de la UPC es elevada en ciudades, en EPS del régimen contributivo, niños de 5 a 14 años, hombres jóvenes y personas mayores de 50 años³. En estos casos la UPC no ha sido suficiente para atender estas poblaciones. Ver tabla 1.



Fuente: Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial-actuarial approach.

En la totalidad de los grupos poblacionales enunciados, la siniestralidad de la UPC, esto es, la relación entre costos e ingresos con que se cuenta para la atención en salud de las personas es superior al 100% y en algunos casos el desajuste es sustancial, como en los hombres jóvenes donde la relación se mueve entre un 130% y un 160% de la prima. El estudio concluye lo siguiente:

² Loss ratio of the capitation payment unit of the health-promoting entities in Colombia between 2017 and 2021: a financial-actuarial approach. Oscar Espinosa, Jonathan Rodríguez, B. Piedad Urdinola, Pedro Luis Do Nascimento Silva, Alejandra Sánchez, Martha-Liliana Arias, Emiliano A. Valdez, Terence Cheng and Sara-Ellison Fisher

³ Osca Espinosa, Valeria Bejarano & Jefferson Ramos. North American Actuarial Journal, Junio de 2023.

“Nuestro estudio actuarial encuentra que la valoración del riesgo para distintas categorías de estudio, para la prima de riesgo pura, puede ser distinta de aquella definida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. En este sentido, se requiere de mayores valores monetarios para algunos grupos y reducciones para otros. Esta disposición del riesgo entre las distintas EPS puede afectar sus resultados y requiere mayor atención en la forma en que se calcula la UPC”.

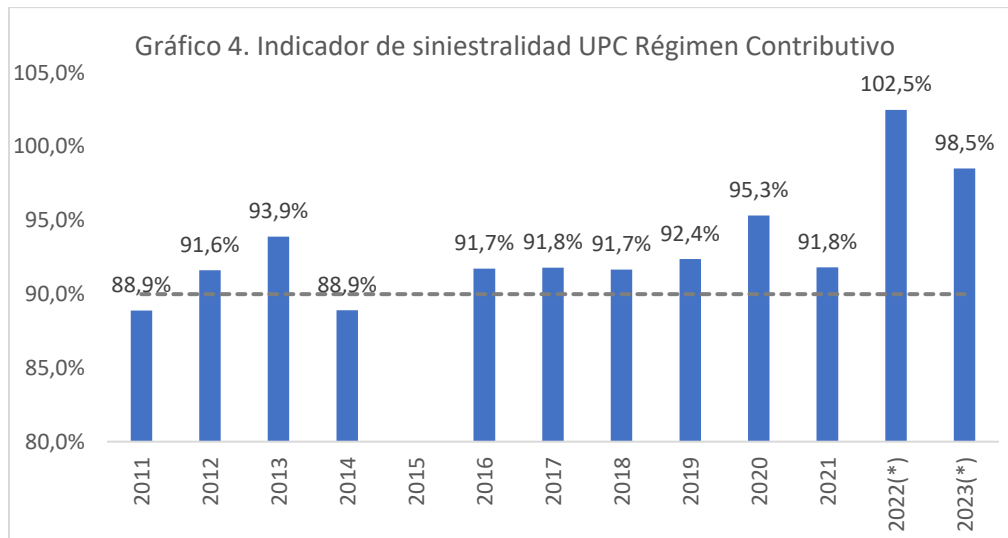
La firma actuarial Numeris, contratada por ACEMI para estudiar la siniestralidad de la UPC del régimen contributivo en el periodo que va de 2011 a 2023 encontró hallazgos similares a los ya mencionados. El estudio denominado “Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud” determina lo siguiente: “Asumiendo el factor de gasto administrativo establecido por el estudio de suficiencia de 10%, en el acumulado de los años 2011-2023 se estima un déficit de \$15.8 billones de pesos”.

Tabla 1. Evolución Siniestralidad de UPC en Ciudades					
Categoría	2016	2017	2018	2019	2020
Menos de un año	0,87	0,86	0,76	0,69	0,57
1 a 4 años	1,10	1,02	0,97	0,94	0,66
5 a 14 años	1,53	1,49	1,40	1,45	1,16
15-18 años hombre	1,63	1,59	1,48	1,48	1,36
15-18 años mujer	1,18	1,14	1,03	1,06	0,95
19-44 años hombre	1,11	1,08	1,04	1,04	1,07
19-44 años mujer	0,94	0,89	0,82	0,87	0,83
45 a 49 años	1,07	1,02	0,98	1,03	1,01
50-54 años	1,03	1,00	0,97	1,04	1,00
55-59 años	1,09	1,04	1,02	1,07	1,03
60 a 64 años	1,06	1,02	1,00	1,09	1,03
65 a 69 años	1,07	1,03	1,03	1,10	1,04
70 a 74 años	1,09	1,06	1,06	1,13	1,04
75 o +	1,16	1,14	1,16	1,21	1,07

Fuente: Predictability and Financial Sufficiency of Health Insurance in Colombia: An Actuarial Analysis with a Bayesian Approach

Los resultados de la Numeris muestran que, para los años de estudio, la prima pura observada ha sido mayor a la proyectada por Minsalud. Para el año 2022, por ejemplo, la prima que se calcula tomando los datos efectivamente observados de costos fue de \$1,63 millones per cápita, mientras que la proyección realizada por

Minsalud fue de \$1.41 millones. Es decir, una diferencia de cerca de \$220 mil pesos de déficit por persona año.



Fuente: Numeris. Análisis de Siniestralidad y Backtesting de UPC del Régimen Contributivo de Salud

Para el año 2024, ACEMI ha estimado que la prima de riesgo UPC, debería estar alrededor de la inflación más un 10%. Este cálculo parte del hecho de que no habrá nuevas inclusiones en el plan de beneficios

iv. Razones que explican la insuficiencia de recursos de la UPC

En los últimos cuatro años, diversos factores de naturaleza sanitaria, económica, regulatoria y política han contribuido en la profundización del problema de suficiencia en nuestro sistema de salud. De una parte, el Covid-19 y sus efectos inmediatos y de largo plazo en la salud de la población han impuesto un mayor gasto en salud. Del otro, fenómenos como la inflación, la devaluación y los ajustes salariales han presionado al alza los costos del sector.

La aceleración del fenómeno del envejecimiento en la última década ha sido otro de los factores que han presionado el gasto sanitario. El costo total en la atención de pacientes de alto costo (cáncer, diabetes, enfermedad cardiovascular, enfermedad crónica respiratoria y enfermedad renal crónica) se cuadruplicó en términos reales de 2016 a 2021 al pasar de \$1.5 a \$6.0 billones, sin tener en cuenta el costo de los medicamentos. Se espera que de 2023 a 2030 el gasto en salud crezca un 0.55%

del PIB, solo por el envejecimiento de la población y que el costo de la atención por enfermedad crónica alcance los \$10.0 billones⁴.

Desde lo regulatorio se han sumado los siguientes hechos: la liquidación de numerosas EPS y el traslado de cerca de 10 millones de afiliados en los últimos 5 años con mayor riesgo de salud a las aseguradoras afiliadas a ACEMI, así como una ambiciosa actualización del plan de beneficios en el año 2022 que incorporó cientos de medicamentos y procedimientos con cargo a la prima del sistema, sin que se hiciera una correcta previsión de sus frecuencias de uso, ni de sus costos.

Finalmente, la incertidumbre generada por las discusiones alrededor de la reforma a la salud ha disparado en casi un 20% la demanda por servicios de salud. El temor de la ciudadanía respecto al futuro y la falta de claridad de los mecanismos y rutas de atención contenidas en el proyecto han derivado en un aumento de las frecuencias de uso del sistema.

v. Limitaciones metodológicas para el cálculo de la UPC

La Unidad de Pago por Capitación es la prima que reconoce el Estado a las EPS para garantizar las coberturas contenidas en el plan de beneficios. Es determinada por el Ministerio de Salud y Protección Social y su ajuste anual es aprobado por la Comisión de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones del Aseguramiento anualmente.

La UPC tiene dos componentes: uno denominado de riesgo técnico que debe estimar el costo de los servicios y tecnologías en salud incluidos en el plan de beneficios y otro que es componente de administración, que en el caso de las EPS del régimen contributivo no puede superar el 10% de la prima y el 8% en el caso de las EPS del régimen subsidiado⁵.

El cálculo de los costos del sistema se hace usando información histórica, reportada inicialmente por los prestadores y luego agrupada y validada por las EPS. Esta información se hace a través de las bases de datos de suficiencia y de gestión de la demanda, que incluyen tanto la frecuencia como el costo de los servicios prestados.

La información usada en la estimación de la UPC tiene un rezago de dos años, debido a la dificultad, en la organización, disposición y depuración de la información.

⁴ Aspectos fiscales y financieros del sistema de salud. Ensayos sobre política económica No. 106. Banco de la República 2023.

⁵ Ley 1438 de 2010. Artículo 23.

Por tanto, la UPC calculada en el año 2023, fue construida con base en información reportada en el año 2021. Dos años con comportamientos muy distintos en materia sanitaria: el primero en un entorno de pandemia, con un sistema de salud volcado a la contención y atención de los afectados por el virus y el otro un año de post pandemia con todas las dificultades adicionales ya descritas.

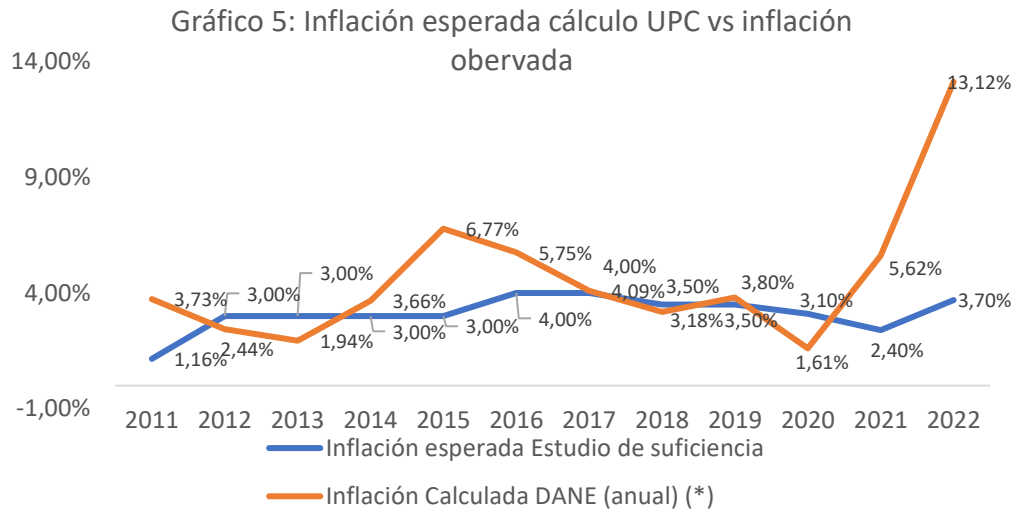
La metodología usada por el Gobierno supone un comportamiento relativamente estable en el comportamiento de las frecuencias de los servicios y del número de personas que hacen uso del sistema. De hecho, en términos matemáticos, Minsalud hace uso de un modelo de series de tiempo logarítmico, que tiene la característica de ser una función matemática que crece suavemente en el tiempo.

Este tipo de modelación funciona relativamente bien en “tiempos ordinarios” y la bondad del ajuste estadístico es significativa. Ahora bien, en tiempos extraordinarios como los de una pandemia y sus efectos, la realidad misma y los instrumentos que se usan para comprenderla deberían ajustarse, cosa que nunca sucedió. Si a eso se suma el tema de los traslados voluntarios y obligatorios, las inclusiones y los efectos de la reforma lo que resulta es un desfase considerable y potencialmente desestabilizador entre los costos estimados y los observados.

Las discrepancias se acentúan además por los otros supuestos usados en el cálculo de los costos. La evolución de los precios y de la inflación es un aspecto crucial. La metodología usa los datos que provee las fuentes oficiales, para estimar la inflación de cierre del año corriente y del año siguiente. Así, por ejemplo, para calcular la UPC del año 2024, se tomará los incrementos previstos en los precios del 2023 y del 2024.

El cálculo de la evolución en los precios se calcula con la mejor información disponible en un momento del tiempo, pero no es garantía de que se vaya a cumplir. Así, los años 2022 y 2023 se caracterizaron por tener unas inflaciones altas e inesperadas debido a factores externos y locales. Un represamiento en las cadenas logísticas y en los puertos del mundo, la guerra entre Ucrania y Rusia, el cierre comercial prolongado de China y unas políticas fiscales monetarias y fiscales expansivas en las mayores economías del mundo.

A nivel local se sumaron los efectos de la movilización social del segundo trimestre de 2022, el incremento en el precio de los alimentos y de sus insumos y el aumento en el precio de la canasta energética. Estos llevaron la inflación muy por encima de sus previsiones iniciales. En el caso de la UPC, por ejemplo, se había calculado una inflación de 3.7% según el estudio de suficiencia, y terminó siendo del 13.1%; una diferencia de 9.4%. Ver gráfico 5.



Si se toma una visión de largo plazo, las inflaciones calculadas por el estudio de suficiencia han sido inferiores en un 18.4% desde 2011. Esto significa, que los ingresos reales del sistema se han deteriorado en cerca de 1/5 parte en la última década, lo que ha tenido un efecto directo sobre la sostenibilidad del sistema.

A la inflación de los precios siguió un aumento significativo en los salarios: un 10% en 2022 y un 16% en el 2023. Este punto es relevante porque los salarios son determinantes en los costos del sector salud. Según estimaciones de ACEMI, entre 5 y 6 pesos de cada 10 en costos de servicios.

Desde ACEMI contrató un estudio con la firma actuarial Numeris para revisar la suficiencia de la UPC para el régimen contributivo. La metodología usada en este análisis se denomina “backtesting” y busca identificar qué tan acertada fue la estimación de la UPC que reconoce y paga el sistema a las EPS, comparando con los valores efectivamente realizados en termino de precios, costos y frecuencias. Los principales resultados del ejercicio fueron:

- Existen desviaciones sustanciales entre los supuestos adoptados en la metodología de cálculo y los valores realizados en las variables inflación, número de personas a compensar, copagos, cuotas moderadoras e ingresos por cuenta de alto costo. En el caso de los ingresos se presenta un sesgo hacia la sobre estimación, mientras que para los costos ocurre lo contrario. En el caso de la inflación, la desviación acumulada ha sido del 18.3% en el periodo de estudio.
- El costo de las desviaciones en los supuestos conlleva una insuficiencia para la atención de los gastos de administración y la utilidad de las EPS. Para el

periodo de estudio el “gasto administrativo implícito” apenas fue de 4.6% frente a un 10% determinado por ley.

- El menor ingreso dejado de percibir por las EPS del régimen contributivo asciende a \$15,8 billones para el periodo. Esta sería la cifra en caso de que los supuestos fueran consistentes con la realidad y la ley⁶. Para superar esta dificultad se requiere contar con mecanismos de ajuste ex post.
- Otro de los efectos de las debilidades metodológicas ha sido el incremento de la siniestralidad en cada año y acumulada. En el primer caso se han registrado valores de 102.5% y 99.1% para los años 2022 y 2023. En la siniestralidad acumulada se presenta un incremento de 6.3% en los últimos 11 años.
- La insuficiencia de los recursos para la atención en salud, han llevado a la desfinanciación del sistema y descapitalización de las EPS.

La metodología tampoco ha garantizado los recursos suficientes para la administración del sistema. Las EPS requieren de estos recursos para gestionar de manera integral los riesgos asociados al aseguramiento (salud, financiero, operativo); caracterizar a la población; analizar la información de perfil epidemiológico; definir modelos de atención; organizar, contratar, auditar y evaluar la atención de los prestadores; evaluar y gestionar los servicios que fueron incluidos en el PBS y contratar personal para gestionar el aseguramiento. También incluye, para el caso del régimen contributivo, la gestión que hace la EPS sobre el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas durante una incapacidad por enfermedad general y para el pago de las licencias de maternidad y paternidad.

El estudio que se aporta logra demostrar que el gasto en servicios de salud supera el 90% en el régimen contributivo con lo cual los gastos administrativos inherentes a la gestión del servicio han tenido que ser financiados en muchos casos con el patrimonio de las entidades. Si este déficit no se corrige las EPS lo tienen que asumir, afectando la estabilidad financiera de todo el sector y aumentando el riesgo de quiebra de las EPS.

vi. Presupuestos máximos.

A partir de marzo del año 2020 entró en funcionamiento las metodologías de presupuestos máximos para financiar los servicios y tecnologías No PBS. Esta figura sigue una lógica presupuestal pública, en la que a partir de estimaciones

⁶ Partiendo del supuesto de que la prima técnica corresponde a un 90% de la UPC y que se debe garantizar un 10% para el gasto administración

actuariales de frecuencias y costos de estos servicios se realiza una estimación del gasto futuro y se asignan unas apropiaciones por EPS anualmente⁷.

Una vez definida la asignación del respectivo año, la Nación debe realizar pagos mensuales de manera anticipada a las EPS para que financien estos servicios, tecnologías y servicios sociales. Además, debe realizar un seguimiento riguroso del gasto para identificar desviaciones del gasto que puedan generar desequilibrios financieros y de ser el caso “ajustar” la apropiación.

Para el año 2020, las estimaciones de presupuestos máximos permitieron cubrir los gastos del año corriente y los pagos se realizaron con oportunidad. Para los años 2021 a 2023 la situación ha empeorado de a poco. En el caso del año 2021, aunque se han saldado casi todas las deudas y en la actualidad existe un déficit de \$157 mil millones de pesos para todas las EPS, los pagos se han retrasado de manera importante y los últimos ajustes se realizaron en junio de 2023. Dos años después de finalizada la vigencia.

El año 2022 fue crítico. La incorporación de nuevas tecnologías al Plan de Beneficios supuso la reducción de los presupuestos máximos y un mayor ajuste de la UPC a causa de estas inclusiones. Para esta vigencia se apropiaron \$2.2 billones de pesos corrientes que resultaron insuficientes para atender los No PBS. Según lo consignado en los estados financieros de las EPS, en esta vigencia el gasto en estas tecnologías, lo que supuso un déficit de \$3.8 billones de pesos. Es decir, que existe un déficit de \$1.67 billones que la fecha no se ha saldado.

Para el año 2023 se presupuestaron recursos por \$1.7 billones para el periodo que va de enero a junio. Esos recursos se agotaron a mitad de año y se requirieron recursos suplementarios, provenientes de la Ley de Adición Presupuestal para añadir las apropiaciones por \$1,0 billón hasta el mes de octubre. En el mes de octubre se recibió el pago con mora de 4 meses de estos recursos con todos los traumatismos que esto supuso. A la fecha no hay claridad del cierre de año, es decir de los meses de noviembre y diciembre. Tampoco se han hecho los ejercicios de ajuste del año 2023, que ACEMI estima en \$1.7 billones de pesos.

ACEMI ha estimado que las deudas de la Nación con las aseguradoras de la siguiente manera.

⁷ Resoluciones 586 de 2021, 1139 de 2022 y 1318 de 2022

Tabla 2. Deudas Nación-EPS (octubre de 2023)	
Concepto	Costo
Ajuste presupuestos máximos 2022	1.67 billones
Ajustes presupuestos máximos 2023	1.70 billones
Presupuestos máximos corrientes 2022 y 2023	500 mil millones
Recobros anteriores a 2022	2.97 billones
Insuficiencia UPC (cada punto porcentual)	740 mil millones

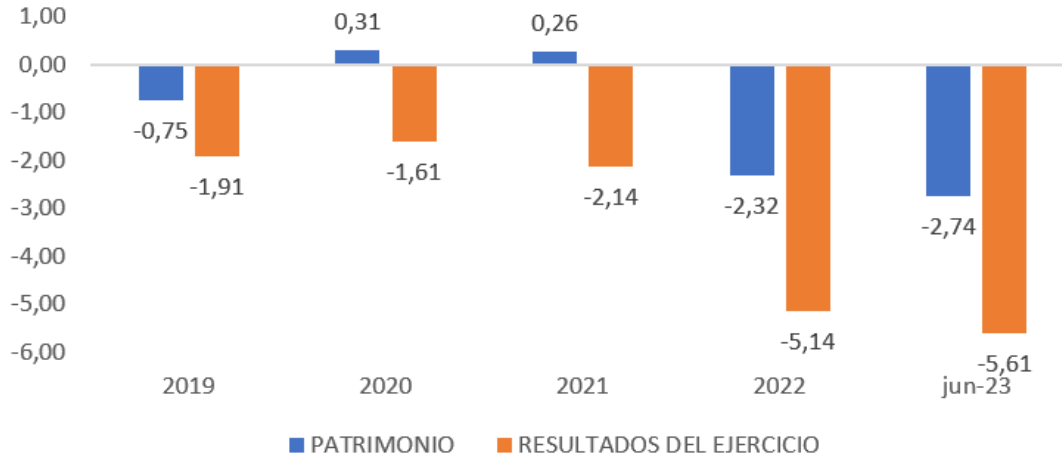
vii. Efectos de la insuficiencia de recursos

Para el año 2022. De cada \$100 pesos que recibieron las EPS del régimen contributivo tuvieron que pagar \$102 siniestros. A junio de 2023 la relación era de 99%. Esto quiere decir que el gasto administrativo y el costo del capital para cumplir con las normas de solvencia debió ser asumido con cargo al patrimonio de las EPS. A junio de 2023 el patrimonio acumulado de las EPS vigentes era de -2.7 billones. Ninguna actividad pudo subsistir acumulando pérdidas y drenando el patrimonio de las compañías. Ver gráfica 6.

La insuficiencia de recursos exagera el incumplimiento de los requisitos de habilitación financiera de las EPS: no permite el cumplimiento de los requisitos de solvencia y patrimonio adecuado ni la provisión suficiente de reservas técnicas y de su régimen de inversiones.

Esta situación afecta a todos los actores del sistema, incluidos los prestadores y proveedores de servicios de salud. También al personal sanitario y en última instancia a los pacientes que dejan de recibir los servicios con la oportunidad e integralidad necesaria.

Gráfico 6. Patrimonio y pérdidas acumuladas EPS



Fuente: Catalogo información financiera FT-001 reportado a Superintendencia Nacional de Salud

viii. ¿Qué son las reservas técnicas?

Las reservas técnicas son el componente más importante del pasivo de una EPS. Son la mejor estimación de los costos por servicios de salud e incapacidades que ha reconocido o podría llegarán a reconocer. Cuantifican las obligaciones ciertas y/o potenciales que se tiene con sus asegurados. Son un desarrollo estadístico que permite a los aseguradores atender sus obligaciones con un elevado grado de certeza por medio del uso de métodos actuariales.

Existen distintos tipos de reservas que dependen del ciclo de económico de los servicios de salud. Así, es común que en salud que se presenten eventos como accidentes o urgencias que, aun cuando no se han avisado a la EPS, deben reservarse contablemente dado su comportamiento histórico. A estas reservas se les denomina reservas de obligaciones pendientes aún no conocidas.

También existen reservas relacionadas con la autorización de algunos servicios o medicamentos, sin que esto suponga efectivamente la prestación del servicio o la variabilidad de los costos realmente asumidos respecto a la estimación inicial. También existen reservas para cuentas glosadas y finalmente hay reservas para el pago de cuentas auditadas y reconocidas. A estas reservas se les denomina reservas de obligaciones pendientes y conocidas.

Las EPS tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas sus reservas técnicas. Las metodologías actuariales usadas deben presentarse a

consideración de la Superintendencia Nacional de Salud quien se encarga de su aprobación y seguimiento de conformidad con lo establecido en el decreto 780 de 2016.

ix. Inversión de las reservas e indicador de habilitación financiera

Las reservas se invierten de conformidad con lo estipulado en el decreto único del sector salud⁸. Esta norma dispone el cumplimiento de condiciones de calidad, liquidez y concentración de las inversiones. La Superintendencia Nacional de Salud es la encargada de la inspección, vigilancia y control en esta materia. En general se trata de títulos de renta fija de corto plazo, depósitos a vista o bonos corporativos de alta seguridad y calidad.

Existe un requisito de habilitación financiera de las EPS denominado régimen de inversión de las reservas que se debe cumplir para garantizar la permanencia en el sistema. El cálculo es realizado desde el año 2015 de conformidad con lo dispuesto en el decreto 2702 de 2014. En él se estipulaba inicialmente que las reservas técnicas constituidas, deberían reservarse en un 100% en los activos ya mencionados. Sin embargo, con el paso de los años y el devenir del sistema se han agregado nuevas disposiciones que han modificado la forma de cálculo de este indicador por motivos de conveniencia o por hechos sobrevinientes.

Los decretos 718 y 2117 de 2017 crearon la figura de plan de ajuste y reorganización, de manera tal que aquellas EPS que se acogieran a esta figura con el ánimo de superar dificultades de tipo financiero, contarán con un plazo más amplio para acreditar su régimen de inversiones de reservas. Se amplió por 10 años a partir de la aprobación del plan por la Superintendencia Nacional de Salud y se concedió un plazo 5 años para acreditar el 50% del defecto proyectado.

En 2020 se expidió el decreto 600 que permitió usar la reserva para irrigar liquidez a prestadores y proveedores en medio de la emergencia sanitaria originada por la pandemia Covid-19. En 2022 se expidió el decreto 995 para que las EPS que así lo quisieran, saldaran carteras con prestadores mayores a 180 días.

La resolución 1341 de 2021 permitió que los costos asumidos por conceptos de presupuestos máximos que superaran el ingreso reconocido por la Nación (ADRES) no hicieran parte del cálculo de inversión de reservas de manera temporal: entre agosto de 2021 y diciembre de 2024. El decreto 780 de 2016 estipuló además que

⁸ Decreto 780 de 2016

las deudas por recobros de los años 2018 y 2019 sin proceso definitivo de verificación y control contaban como reservas. Esta decisión se dio porque durante estos años se siniestró el contrato de la ADRES que debía revisar esas facturas. No se podía obligar a reservar lo que no se había recibido.

Finalmente, el decreto 780 estipula que el valor que las EPS giren en cumplimiento de lo establecido en el literal d) del artículo 13 de la Ley 1122 de 2007 sobre las facturas presentadas para el cobro por la prestación de servicios de salud, deben ser registrados como menor valor del requerido de la reserva. Es decir, no se puede reservar, lo que se reconoce como anticipo ante la mera presentación de la factura.

Con la aplicación de estas normas, el defecto agregado de la reserva, para el mes de junio de 2023, es de \$5.5 billones para las 24 EPS que hacen parte de la vigilancia.⁹ De estas, 10 cumplen con el indicador, acreditando la inversión de reservas técnicas por \$5.5 billones frente a un requerimiento de \$4.7 billones. Es decir, un superávit de 840 mil millones. Del otro lado están 14 EPS que no cumplen con el régimen de inversiones y que registran 5.5 billones de inversiones, frente a \$11.8 billones; un déficit de \$6.3 billones.¹⁰

Los \$12.4 billones de faltante a los que hizo alusión el comunicado de prensa de la Superintendencia recientemente no es una cifra construida con rigor técnico porque no tiene en cuenta la normatividad expedida durante estos años, que permite la depuración del indicador de habilitación. Se trata de una cifra tendenciosa, que amplifica además el incumplimiento a 20 de las 24 EPS examinadas.

El defecto actual de las reservas es consecuencia de los problemas de desfinanciación crónica del sistema que se agudizaron en los 2022 y 2023. Primas insuficientes, se traducen en reservas e inversiones insuficientes. Se hace imposible el cumplimiento del requisito regulatorio. Primero descapitaliza las compañías y luego, para garantizar el gasto creciente, se ahorra a un ritmo menor del requerido. No es que las EPS se queden con los recursos o los desvíen como se ha querido decir: sencillamente no han podido al ahorrar las reservas al ritmo esperado.

x. Llamado a la acción

La sostenibilidad del sistema de salud pasa por la comprensión de los fenómenos asociados a su desarrollo y por la debida diligencia en su gestión. La actuación

⁹ Solo hasta 2022 se hizo la exigencia de un régimen de reservas a EPS indígenas

¹⁰ Informe de reserva técnica régimen de inversiones de la reserva técnica, Plan Básico de Salud y Plan de Atención Complementaria. Octubre de 2023, Superintendencia Nacional de Salud

oportuna y coordinada del Gobierno Nacional, el Congreso de la República y demás actores involucrados en el sistema de salud es indispensable para garantizar el acceso y servicio al sistema de salud de los colombianos.

El sistema afronta una crisis real. La expectativa de una reforma al sistema, sumada a todos los factores acá expuestos ha derivado en un stress inédito para el sistema que amenaza con retroceder años de avance.

De ahí la relevancia de abordar el asunto de la sostenibilidad financiera del sistema de salud, no sólo para resolver la coyuntura actual sino para responder a sus crecientes demandas en el tiempo.

Respetuosamente,



Ana Maria Vesga Gaviria

Presidenta Ejecutiva

Bogotá, noviembre 20 de 2023