# CONTEXTO ACTUAL DE SISTEMA DE SALUD

El centro de pensamiento Así Vamos en Salud (AVS) ha venido realizando un seguimiento relacionado con la situación de salud del país, específicamente sobre aquellos temas relativos a la financiación y sostenibilidad, así como a los de acceso y oportunidad.

A continuación, se describe la situación al cierre de la vigencia 2024 con la última información disponible de los catálogos financieros de las Empresas Promotoras de Salud, señalando que a la fecha, la Superintendencia Nacional de Salud no publica aún los catálogos del último trimestre de 2024. Adicionalmente, se describe el estado de la situación presupuestal del sistema al inicio del presente año para la financiación de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y presupuesto máximo, y se realizan algunas apreciaciones sobre el estado de la información para el cálculo de la UPC de la vigencia 2025.

## Estado al cierre de 2024[1]

Para la vigencia 2022 el porcentaje de siniestralidad en el régimen contributivo alcanzó el 104,9%, generando pérdidas operacionales de 2,7 billones de pesos. Para el régimen subsidiado, la siniestralidad se situó en 112,7%, resultando en pérdidas de 1,5 billones de pesos.

Frente a la vigencia 2023, el resultado operacional del sistema arrojó una pérdida que equivale a los 4,6 billones de pesos. Esto se traduce en una siniestralidad de 105,5%; el 99,4% corresponde a costos médicos y el 6,1% restante a gastos de administración. El resultado del ejercicio, entendido como cierre de ingresos, gastos y costos, el cual comprende los ingresos operacionales y aquellos derivados de rendimientos financieros y otros (ingresos totales), así como los costos médicos y los gastos, arrojó una pérdida de 2,5 billones de pesos para todo el sistema.[2]

[1] Nota: Los datos de cierre de 2024 no contemplan el año completo.
[2]https://asivamosensalud.org/sites/default/files/boletin_observatorio_financiero_003.pdf

En cuanto a la vigencia 2024; según catálogos financieros del sistema, el resultado operacional al tercer trimestre de 2024 (actividades de 2024) arroja una pérdida que equivale a los 3,1 billones de pesos; en el régimen contributivo las pérdidas corresponden a los 2 billones, que representan el 64% del total de pérdidas. Las pérdidas operacionales en el régimen subsidiado son de un (1) billón de pesos. Sobre las entidades que se encuentran en medida de vigilancia especial o intervención, se observa que, al tercer trimestre de 2024, el 55,9% de las pérdidas en el resultado operacional se encuentra en este grupo de las EPS. [3]

El resultado del ejercicio, entendido como cierre de ingresos, gastos y costos, el cual comprende los ingresos operacionales y aquellos derivados de rendimientos financieros y otros (ingresos totales), muestra un resultado negativo de -1,9 billones de pesos. Del total de pérdida en el resultado del ejercicio, el 74,8% se concentra en las entidades que se encuentran en medida de vigilancia especial o intervención.

Respecto al patrimonio de las entidades, de acuerdo con los catálogos financieros de las EPS, se puede apreciar que al tercer trimestre del año 2023 el sistema presentó un patrimonio negativo de -3,7 billones de pesos, y al cierre de 2023 terminó en -5 billones de pesos. En el transcurso del año 2024, en el tercer trimestre, el patrimonio negativo ascendió a los -7,1 billones de pesos. La tendencia del patrimonio significa la descapitalización de las entidades, en un mayor grado en el régimen subsidiado y con mayor agudización sobre las entidades que se encuentran en vigilancia especial o intervención.

Se debe indicar que, en el contexto señalado anteriormente para la vigencia 2024, los catálogos financieros publicados por la Superintendencia Nacional de Salud no contienen los datos de la Nueva EPS.

Así mismo para la vigencia 2024, el presupuesto de gasto fijado por la ADRES y apropiado para presupuesto máximo a noviembre[4] es de $ 2,7 billones de pesos según la ejecución de las fuentes y usos de los recursos del sistema, del cual se ha ejecutado el 84,5%; lo que permite evidenciar que falta apropiación presupuestal sobre este rubro para cumplir con los compromisos de giro de presupuesto máximo para la pasada vigencia 2024.

[3] https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/boletines-virtuales/boletin-006-breve-contexto-del-estado-de-las-empresas-promotoras

[4] A la fecha (09/01/2025) no se encuentra publicada la ejecución de diciembre de 2024.

Por otro lado, aun el sistema no ha pagado la totalidad de recursos del presupuesto máximo de la vigencia 2022 a noviembre de 2024; todavía el sistema adeuda $819 mil millones para dicha vigencia, por lo cual se hace evidente que la vigencia 2024 presentará la misma situación de la vigencia 2022: una deuda de recursos de presupuesto máximo al sistema que se está acumulando.

## Acceso y Oportunidad

### Peticiones, quejas, reclamos o sugerencias (PQRS)

El aumento de reclamaciones sanitarias se configura como el resultado de problemas estructurales en un sistema de salud, lo que disminuye progresivamente la confianza de la ciudadanía en el mismo y aumenta de forma paralela otras problemáticas que perjudican exclusivamente a los usuarios.

De acuerdo con los datos emitidos por la Supersalud[5], en Colombia, para noviembre de 2024 la cifra acumulada de reclamos en salud ascendió a 1.469.735, con un incremento del 20,07% con respecto al mismo mes del año 2023 y del 104% con respecto a las cifras publicadas por la misma fuente para el mes de junio de 2024 (720.683 PQRS). Cabe resaltar que estas cifras excluyen los datos de las EPS indígenas, las cuales son presentadas por separado en la entidad, pero que al revisarlas manejan las mismas tendencias de aumento con respecto a vigencias anteriores.

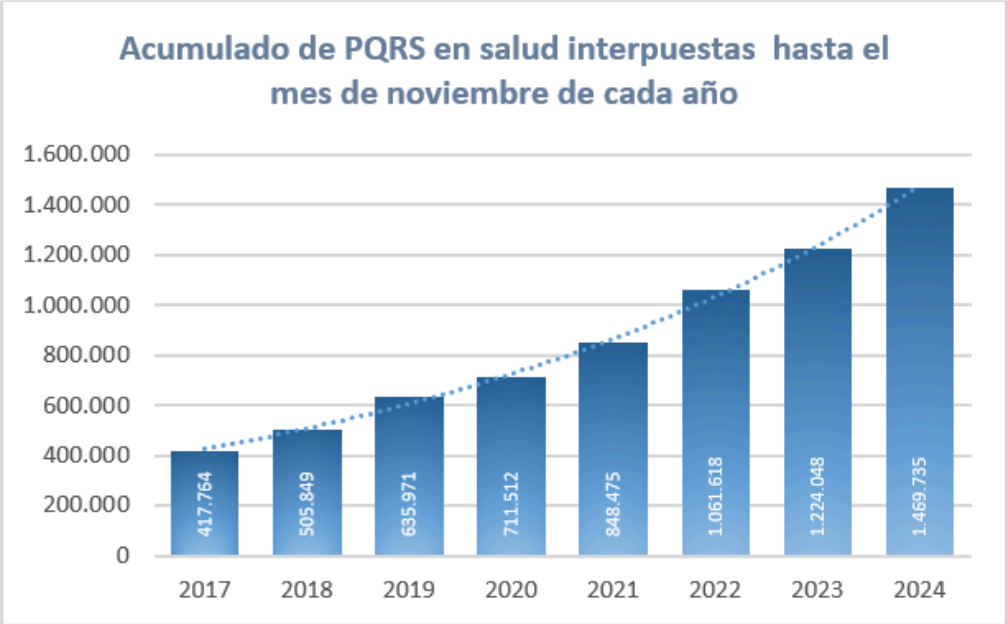



*Gráfico 1. PQRS interpuestas al mes de noviembre de cada año, 2017 – 2024. Fuente: Supersalud.*

[5] Supersalud. Reclamos en salud de las EPS. [En línea] noviembre de 2024. [Citado el: 09 de enero de 2025.] https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiYTMwY2Y4ZjEtNWI0MC00YjAxLThjOGUtMjdiYWZhZjVlZjgzIiwidCI6IjE3YzQwYzUxLWIxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsImMiOjR9

En el grupo de las 10 EPS con mayores tasas de reclamos por cada 10.000 afiliados teniendo en cuenta la información disponible a noviembre de 2024, se encuentran las siguientes entidades: Comfenalco Valle (485,9), SOS (480,4), Capital Salud (414,8), Compensar (404,7), Famisanar (377,8), Salud total (360,3), Capresoca (351,6), Savia Salud (351,04), Sanitas (350,8) y Sura (336,1). El macromotivo más requerido en las PQRS interpuestas sigue siendo, al igual que en años anteriores y en las demás EPS, el de las barreras en el acceso a tecnologías y servicios de salud (91%), seguida por la insatisfacción ante los procesos administrativos (7,3%).

## Tutelas en salud

En Colombia se ha observado un aumento sostenido en la interposición de tutelas relacionadas con la atención en salud, las cuales han ascendido de forma significativa en los últimos 5 años (ver gráfico 2) de acuerdo con la información publicada por la Corte Constitucional[6]. Cabe aclarar que para 2024 la información utilizada en el presente informe se encuentra disponible hasta el mes de noviembre, cifra preliminar que presenta un incremento del 20% con respecto al 2019, año en el que las reclamaciones judiciales en salud se consideraron muy altas. El incremento de las tutelas con respecto al año 2023 es del 25,4%.  Es de resaltar que el aumento en el número de tutelas también significa una sobrecarga en los despachos judiciales, una falta de resolución ante las PQRS y una dependencia de este mecanismo para garantizar derechos fundamentales.

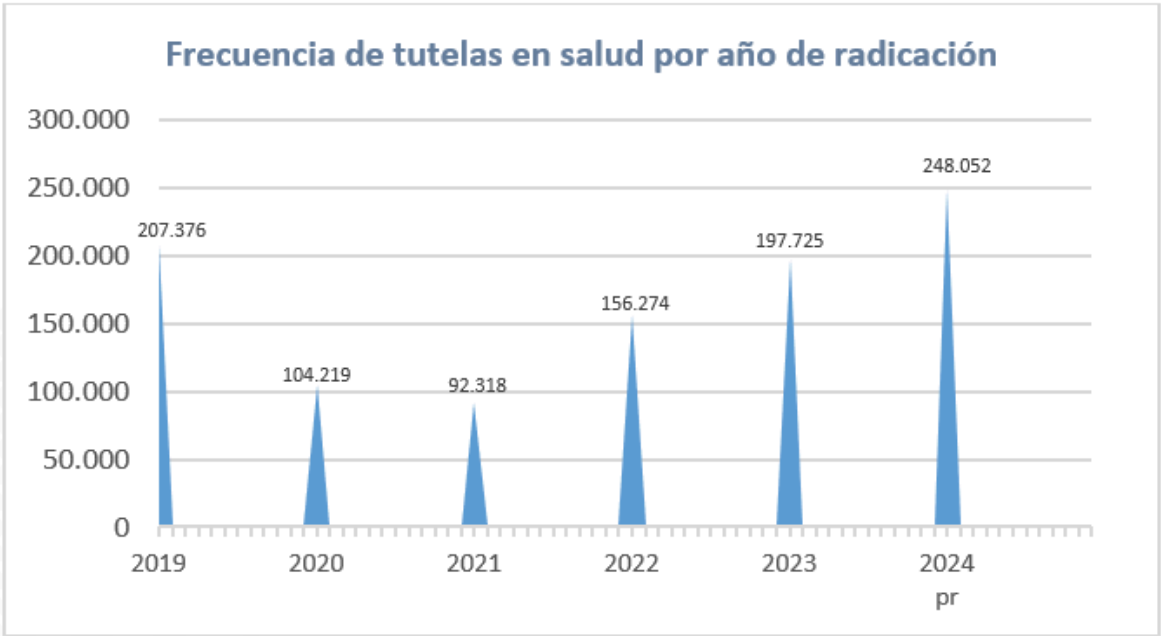



*Gráfico 2. Frecuencia de tutelas por año de radicación, 2019 - 2024. Fuente: Corte Constitucional.*

[6] Corte Constitucional. Tutelas. Pretensiones reclamadas. [En línea] 18 de 12 de 2024. [Citado el: 09 de 01 de 2025.] https://www.corteconstitucional.gov.co/lacorte/estadisticas.php.

La inconformidad en la atención en salud está llevando a la población colombiana a radicar acciones de tutelas para obtener los servicios pertinentes, especialmente en las 5 pretensiones más reclamadas en el país que son las correspondientes a la práctica oportuna de procedimientos médicos, seguido de entrega oportuna de medicamentos o insumos, asignación de citas médicas, tratamiento integral y transporte o viáticos para recibir atención.

## Estado del inicio de 2025

De acuerdo con lo que establece la Resolución 0205474 del 31 de diciembre de 2024, “Por la cual se aprueba la desagregación del Presupuesto de Ingresos y Gastos de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES, correspondiente a la Unidad 02 Administración de Recursos del SGSSS, para la vigencia fiscal 2025”, establece en el considerado “Que el Consejo Superior de Política Fiscal -CONFIS, mediante Resolución No. 006 del 30 de diciembre de 2024, aprobó el Presupuesto inicial de Ingresos y Gastos para la vigencia fiscal del 1° de enero al 31 de diciembre de 2025, para la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud -ADRES Unidad 02 Administración de Recursos del SGSSS por valor de NOVENTA Y CINCO BILLONES TRESCIENTOS VEINTIÚN MIL CIENTO VEINTICINCO MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL OCHOCIENTOS NUEVE PESOS ($95.321.125.790.809,00)”.

Según la Resolución 0205474, del total de $95,3 billones, el presupuesto de gasto destinado para cubrir el presupuesto máximo de la vigencia 2025 es de $502 mil millones. Lo anterior indica que el presupuesto máximo de la vigencia 2025 inicia el año desfinanciado, considerando que para el presupuesto máximo de 2024 la ejecución fue de 2,3 billones de pesos a noviembre. Esto supone que de entrada para 2025 el presupuesto máximo se encuentra lejos de los niveles de 2024, aun considerando que no se presentó actualización integral de los servicios y tecnologías financiados con la UPC.

Frente al presupuesto de gasto destinado para los ajustes de presupuesto máximo de vigencias pasadas, este asciende a un (1) billón de pesos, que se constituye insuficiente considerando lo adeudado en las vigencias 2022 y 2024. Para este último año aún no se han expedido los actos administrativos que reconozcan los recursos al sistema por este concepto.

El mismo acto administrativo fijó un presupuesto de gasto para la UPC de 2025 del régimen contributivo y subsidiado de $87,4 billones, teniendo en cuenta que el incremento de la UPC fijado para la vigencia 2025 es de 5,36%.

Sin embargo, la expectativa del sector -derivada de varios estudios académicos y gremiales- era de un incremento de la UPC para 2025 de 16,9%. Esto significa que el sistema inicia desfinanciado en aproximadamente $9,2 billones, lo que supone que el panorama de la financiación del sistema de salud para la presente vigencia será muy complejo.

Frente al estado de la información adoptada para el cálculo de la UPC de la vigencia 2025, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) fijó un incremento de la UPC en 5,36%, considerando la inflación causada a noviembre de 2024 y la actualización en servicios y tecnologías en salud, en cumplimiento de las disposiciones legales vigentes. Se aduce que la definición de este incremento se da por la imposibilidad de efectuar un cálculo. El Ministerio de Salud y Protección Social alude a problemas con la evolución de la información, la baja calidad, poca confiabilidad y las inconsistencias detectadas por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en la información reportada por las EPS[7].

Al respecto y frente al análisis de las inconsistencias detectadas por la ADRES en dicha fuente de información, a continuación, se realizan las siguientes apreciaciones:

El incremento de la cantidad de afiliados de las EPS seleccionadas; si bien este incremento de afiliados no compadece los incrementos de registros a nivel general que señala el análisis, se deben tener en cuenta factores asociados a la movilidad de los usuarios por traslados voluntarios o por la liquidación de entidades, así como establecer para estos usuarios la forma como recibieron la atención antes y después del cambio de entidad, tanto en frecuencia como en severidad durante el periodo evaluado.

La comparación de la información de 2022 y 2023 e incluyendo el año 2024 corresponde a un periodo marcado por la intervención de las entidades[8], que pueden afectar los procesos internos de estas, entre los cuales se encuentra el reporte de la información en la calidad, oportunidad, completitud y confiabilidad necesaria para el cálculo de la UPC. Lo anterior se podría constituir en un factor que debe ser evaluado, considerado y atendido en la coyuntura actual del sistema de salud. El sistema venía presentando una tendencia al deterioro de la calidad y consistencia de la información.

[7] https://www.minsalud.gov.co/Paginas/minsalud-aumenta-el-valor-de-la-UPC.aspx
[8] https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Consulta-Afiliados.aspx

Otro aspecto para resaltar es la situación de la EPS más grande del país; Nueva EPS contiene 11,4 millones de afiliados que representan el 23%. En este orden, el no reporte de información financiera por parte de esta entidad y el deterioro en la calidad de los datos afectan notablemente el cálculo de la UPC, dejando grandes interrogantes sobre los resultados. Por lo anterior, es necesario encontrar las causas de las posibles inconstancias y atenderlas. Es preciso señalar que, si bien existen entidades intervenidas en 2024 y el reporte que se solicita para el cálculo de la UPC es de la vigencia 2023; pero el año 2024 se constituye en el año de procesamiento y alisamiento de la información por parte de las entidades.

Dada la intervención de las entidades en el año 2023 y 2024, es necesario preguntarse si esto podría afectar sus procesos misionales. Este aspecto debe ser considerado y ser atendido por el sector salud, así como por los entes que regulan y vigilan el sistema, y los actores involucrados en la cadena de prestación y reporte del suministro de los servicios y tecnologías de salud.

Frente a la evidencia de un incumplimiento de la regulación de precios de medicamentos en el reporte e información de la unidad de pago por capitación, es relevante anotar que la metodología de cálculo contempla que, dentro del procesamiento y alistamiento de la información, todos los valores reportados de medicamentos que superan el precio regulado, deben ser ajustados al respectivo precio de regulación, para que se conformen los registros y frecuencias a valores regulados tenidos en cuenta en el cálculo de la UPC. En caso de que en el sistema existan compras y ventas superiores a los precios regulados, se entiende que deben ser sancionadas las entidades involucradas conforme a la normatividad vigente, considerando que el sistema en los cálculos no reconoce pagos por encima del precio regulado.

Frente a la identificación de medicamentos reportados que no tienen información de ventas en el Sistema de Información de Precios de Medicamentos (SISMED). Es importante señalar que, dentro del marco del reporte de información para el estudio de suficiencia de la UPC, se contempla que el medicamento se encuentre autorizado por la entidad competente que corresponde al INVIMA. En tal caso no se constituye en un criterio definitorio para considerarse una inconsistencia. Por la forma en que se reporta, los actores que lo deben hacer y el contenido de la información, la base de datos de SISMED y la de suficiencia para el estudio de la UPC no son comparables dado su alcance y objetivo.

Respecto al contraste entre frecuencias reportadas en la base de Suficiencia para el cálculo de la UPC contra las frecuencias reportadas en RIPS, se debe señar lo publicado en un boletín de ACEMI en 2024[9], el cual concluye:

[9]https://acemi.org.co/al-aire-nueva-entrega-del-boletin-salud-en-cifras/

“aunque el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) es obligatorio desde el año 2000, hoy tiene un subregistro de 44% frente a lo reportado en los estudios de suficiencia y, aunque se esperaba que el primero de abril de 2024 este registro acompañara la factura electrónica de venta como soporte de la atención en salud, los ajustes tecnológicos requeridos para que las IPS garanticen su cumplimiento llevó al Gobierno a aplazar la entrada en vigencia de esta disposición por seis meses. Esto deja ver la complejidad de poner en marcha un sistema de información que soporte los millones de transacciones del sistema, pero también la urgente necesidad de cerrar esta brecha para contar con información oportuna y completa”.

Por lo anterior, el RIPS no da respuesta a la necesidad de información mínima que requiere el sistema de salud para calcular la UPC; por tal motivo, surgió la base de datos de Suficiencia para el cálculo, mostrando mayor robustez en cuanto al volumen de información. Ambas fuentes de información no son congruentes entre sí en cuanto al volumen y calidad de la información, con especial atención en el régimen subsidiado. Las dos bases de datos no permiten comparabilidad entre sí.

En conclusión, no es procedente comparar la base de datos de Suficiencia con las de SISMED y de RIPS, dados sus alcances y objetivos. Si bien los sistemas de información actuales deberían dar cuenta de algún nivel de coherencia y consistencia en los datos, no ocurre así; por tal motivo, se hace necesario que se adopte un sistema único de información interoperable que permita establecer con más certeza la situación real del sistema de salud en cuanto a las frecuencias, costos y demás variables que permitan un cálculo más acorde con la realidad del uso y costo de los servicios y tecnologías que entrega el sistema de salud

Finalmente, si bien la calidad de los datos puede ser mejor, es necesario establecer técnicamente el incremento asociado a la demanda efectiva de servicios y tecnologías de salud en el cálculo de la UPC, explicado por las necesidades de la población. Esto debe hacerse fuera del posible ruido que generan las variaciones atípicas que dan lugar a dudas sobre el comportamiento real de las frecuencias y costos en el sistema. En este punto se debe establecer un proceso conjunto entre todos los actores del sistema que genere confianza y transparencia sobre la información que reportan las entidades y la metodología que aplica el Ministerio de Salud y Protección Social para la definición de la UPC, así como sobre el proceso de deliberación técnica por parte de la Comisión Asesora de Beneficios, Costos, Tarifas y Condiciones de Operación del Aseguramiento en Salud, en relación a las decisiones relativas a la definición de los recursos para la correcta financiación del sistema de salud.

13 de enero de 2025

Así Vamos en Salud®