



# **Reforma a la Salud: un desafío para la garantía del derecho fundamental**

**Febrero 06 de 2023**  
**Documento de Trabajo**



**Presidencia de la República**

**Presidente**

Gustavo Francisco Petro Urrego

**Ministerio de Salud y Protección Social**

**Ministra**

Carolina Corcho Mejía

**Viceministro de Protección Social**

Luis Alberto Martínez Saldarriaga

**Viceministro de Salud Pública**

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

**Dirección de Promoción y Prevención**

Johanna Barbosa Alfonso

**Dirección de Epidemiología y Demografía**

Clara Suárez Rodríguez

**Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud**

Claudia Vargas Peláez

**Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud**

Edilma Suarez Castro

**Dirección de Prestación de Servicios y**

**Atención Primaria en Salud**

Libia Forero García

**Dirección de Financiamiento Sectorial**

Otoniel Cabrera Romero

**Dirección de Regulación de Beneficios,**

**Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud**

Germán Chaparro

**Dirección de Regulación de la Operación del**

**Aseguramiento en Salud, Riesgos Laborales y Pensiones**

Margarita Escudero Osorio

**Oficina de Tecnología de la Información y la Comunicación**

Diana Herrera Riaño

**Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales**

Argemiro Rincón Ortiz

**Dirección Jurídica**

Gabriel Bustamante

**Superintendencia Nacional de Salud**

Ulahy Beltrán López

**Equipo Asesor**

Andrea Paola García – Administradora de Recursos del SGSSS

Mónica Padilla – Organización Panamericana de la Salud

Carlos Humberto Arango – Banco Mundial

Edgar Alfonso González – Ministerio de Salud

Félix Martínez– Administradora de Recursos del SGSSS

Gabriel Armando Piraquive – Departamento Nacional de Planeación

Luis Jorge Garay – Representante de la Sociedad Civil



## Contenido

|                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Introducción .....                                                                                                                                                                  | 5  |
| PRIMERA PARTE: Las condiciones de partida del proceso de reforma .....                                                                                                              | 8  |
| 1. Consideraciones generales sobre las condiciones de partida .....                                                                                                                 | 9  |
| 2. Análisis de los indicadores trazadores de las inequidades en salud .....                                                                                                         | 13 |
| 3. Evolución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) .....                                                                                         | 26 |
| 4. Incremento progresivo de la UPC .....                                                                                                                                            | 28 |
| 5. Situación Financiera de las EPS .....                                                                                                                                            | 34 |
| 5.1. Situación Financiera de las EPS .....                                                                                                                                          | 34 |
| 5.2. Deudas reconocidas por EPS activas con IPS: Cuentas por pagar por edades y acreedores para fines de supervisión .....                                                          | 35 |
| 5.3. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas .....                                                                                                                                | 36 |
| 6. Sostenibilidad del sistema y deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS .....                                                                                 | 43 |
| 6.1. Sostenibilidad .....                                                                                                                                                           | 43 |
| 6.2. Tendencia de los principales indicadores financieros de las EPS 2018 - 2032 .....                                                                                              | 46 |
| 7. Deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud .....                                                                                                       | 51 |
| 7.1. Cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud .....                                                                                                               | 51 |
| 7.2. Cuentas por pagar a las ESE (reportadas por las EPS) .....                                                                                                                     | 52 |
| 7.3. Cuentas por cobrar a las EPS activas y liquidadas o en liquidación (reportadas por las ESE a fecha de corte: septiembre de 2022) .....                                         | 53 |
| 7.4. Cuentas por cobrar a las EPS activas por edades (reportadas por las ESE, corte: septiembre de 2022) .....                                                                      | 53 |
| 8. Estado actual de los trabajadores en el sector y formalización del Talento Humano en Salud .....                                                                                 | 55 |
| 8.1. Costeo de los trabajadores de salud: Apoyo (administrativo) y Operativo (asistencial – misional) .....                                                                         | 56 |
| 8.2. Estimación de la formalización laboral de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo) .....                                                 | 57 |
| 8.3. Comparación del costeo de trabajadores de la salud por OPS y con formalización laboral .....                                                                                   | 58 |
| 9. Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud .....                                                                                                                      | 59 |
| SEGUNDA PARTE: los cambios estructurales propuestos por la Reforma .....                                                                                                            | 61 |
| 1. Nueva arquitectura institucional de gobernanza, territorializada con control centralizado .....                                                                                  | 62 |
| 2. Estrategias para la asignación de los recursos: cuadro comparativo del modelo actual y el propuesto en cuanto a: control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos ..... | 63 |



|                                                                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 3. Inversión para el Sistema de información .....                                                                                | 67 |
| 4. Costos de desconcentración del ADRES para asumir la función de pagador único .....                                            | 69 |
| 5. Costos de prestación primaria, diseño y operación a nivel municipal y territorial .....                                       | 72 |
| 6. Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma para infraestructura y Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS ..... | 74 |
| 6.1. Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS .....                                                                          | 74 |
| 6.2. Infraestructura hospitalaria intramural – nivel 1 .....                                                                     | 75 |
| 6.3. Infraestructura hospitalaria intramural – niveles 2, 3 .....                                                                | 75 |
| 7. Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.....                                                                 | 76 |
| 8. Saneamiento de deudas .....                                                                                                   | 80 |
| 8.1. Pasivos de Empresas Sociales del Estado.....                                                                                | 80 |
| 8.2. Capitalización de EPS receptora .....                                                                                       | 81 |
| 8.2.1. Simulación condiciones financieras EPS receptora – Primer Año.....                                                        | 81 |
| 8.2.2. Antecedentes .....                                                                                                        | 81 |
| 8.2.3. Escenario de condiciones financieras .....                                                                                | 83 |
| 8.2.3.1. Supuestos para el requerimiento adicional para cumplimiento de condiciones financieras .....                            | 83 |
| 8.2.3.2. Afectación de resultado por siniestralidad.....                                                                         | 85 |
| 8.2.3.3. Cálculo de siniestralidad Total .....                                                                                   | 86 |
| 8.2.3.3.1. Primer escenario: Moderado.....                                                                                       | 86 |
| 8.2.3.3.2. Segundo escenario: Ácido .....                                                                                        | 87 |
| 8.2.4. Proyección cálculo de condiciones financieras .....                                                                       | 90 |
| 8.2.5. Síntesis.....                                                                                                             | 91 |
| Anexos.....                                                                                                                      | 92 |
| Anexo 1 Modelos UPC .....                                                                                                        | 93 |
| Anexo 1A. Modelos de UPC.....                                                                                                    | 93 |
| Anexo 1B. Análisis Financiero y Estados Financieros.....                                                                         | 94 |
| Anexo 1C. Funciones y Obligaciones de las EPS .....                                                                              | 96 |
| Anexo 2. Seccionales ADRES.....                                                                                                  | 98 |



## Introducción

La constitución colombiana de 1991 planteó en su artículo primero que Colombia es un Estado social de derecho, al adoptar esta concepción, el país se comprometió a hacer efectivos los derechos de las personas, lo que incluye la garantía real de todos los derechos constitucionales, tales como los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Por su parte, el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), suscrito por Colombia, sobre el alcance del derecho a la salud, establece que: “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.

La Corte Constitucional en el año 2008, al estudiar un número significativo de acciones de tutela presentadas para la protección del derecho a la salud, evidenció fallas estructurales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, por lo que emitió la Sentencia T-760 de 2008, con 16 órdenes generales. Sin embargo, luego de 14 años de expedida la sentencia el cumplimiento de los gobiernos ha sido precario, especialmente en lo que respecta a asegurar la cobertura universal en el sistema de salud, y a garantizar el acceso efectivo, oportuno y con calidad a los servicios.

La Organización Panamericana de la Salud ha documentado ampliamente que los sistemas de salud de la región se caracterizan por altos niveles de fragmentación de sus servicios de salud, lo que genera dificultades en el acceso a los servicios, la prestación de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos disponibles, conducentes a un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción con los servicios provistos.

Para atender el problema de la fragmentación la OPS considera que las redes integradas e integrales de servicios de salud son una de las principales expresiones operativas del enfoque de la Atención Primaria de Salud - APS a nivel de los servicios de salud. Dada la gran variedad de contextos de los sistemas de salud, la política pública debe satisfacer las necesidades organizacionales específicas de cada sistema y le corresponde a la autoridad sanitaria nacional quien debe reorientar los sistemas de salud con base a los valores y principios de la APS, de manera que el modelo de atención para el cuidado integral de la población se desarrolle bajo tres pilares fundamentales:

- La participación social y comunitaria en la toma de decisiones que se adopten en el sistema de salud, en la que la comunidad empoderada identifique sus necesidades, ejerza control social y esté dispuesta también a contribuir con su satisfacción.
- La acción intersectorial por la salud, en la que diferentes sectores del desarrollo social y económico de los territorios asuman su responsabilidad sobre la salud y vida de las poblaciones a cargo y se articulen en pro de mejorar el bienestar de la población y de controlar los determinantes que inciden en la salud, como el agua potable, la seguridad alimentaria, el saneamiento básico, la educación, la vivienda, el empleo digno y decente, entre otros factores.
- La territorialización del sistema, buscando nuevas formas de articular municipios y departamentos, que guarden similitudes culturales, socioeconómicas y de cercanía.



En este contexto, la propuesta de “Colombia, potencia mundial de la vida” para el sector salud tiene el imperativo de poner la vida en el centro. En un marco de responsabilidad compartida con todos los sectores de la sociedad, cumplir con esta misión requiere una reforma estructural del sistema de salud que incorpore las lecciones aprendidas durante al menos tres décadas y garantice de forma equitativa el goce efectivo del derecho a la salud de toda la población. Esto implica transformar la ruta del aseguramiento individual centrado en la atención de la enfermedad, para repensar el sector desde la prevención y la predicción, los derechos de los trabajadores y trabajadoras en el sistema de salud, el cuidado del ambiente y el agua, el derecho a la alimentación, el reconocimiento de la diversidad sociocultural y regional, y la recuperación de la salud pública como eje de la política pública para el cuidado integral de la salud y la vida. Un factor determinante para esta reforma es sin duda el talento humano, piedra angular de cualquier sistema de salud en el mundo, para esto y particularmente, en nuestro país se debe desarrollar una política integral del talento humano en salud, propendiendo porque sea: suficiente, competente, distribuido equitativamente, bien pago, en permanente capacitación, y con un trabajo decente (OIT) que incluya estímulos e incentivos para atender a las poblaciones dispersas y alejadas de los centros urbanos y que faciliten su desarrollo personal y profesional.

Este documento está organizado en dos partes: en la primera se presentan las condiciones de partida del proceso y en la segunda se sintetizan los cambios estructurales propuestos en la reforma. Así, se comienza con las condiciones de partida, se describen los indicadores trazadores que muestran la profundización de inequidades durante tres décadas, y posteriormente se incluye una síntesis en la evolución de los recursos y el incremento progresivo de la UPC para finalizar con el panorama financiero actual del sistema de salud. Se muestra complementariamente que la situación descrita es agravada por la precarización del talento humano en salud y la creciente deuda con las instituciones prestadoras de servicios de salud, que requieren cambios en el corto, mediano y largo plazo, y que hacen parte de los compromisos del gobierno nacional.

En la segunda parte se presentan los cambios estructurales propuestos en el proyecto de Ley que reformará el sistema de salud. Se incluye la descripción general de la nueva arquitectura institucional de gobernanza, las estrategias para asignación de los recursos, las inversiones requeridas para el sistema de información, el fortalecimiento y desconcentración de la ADRES, la prestación primaria, y al finalizar las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.

Luego de casi 30 años de expedida la Ley 100, es innegable que se hace necesaria una revisión estructural para que el sistema sanitario colombiano responda al mandato constitucional de tener a la salud como un derecho humano fundamental. Las normas cumplen su ciclo, y los logros alcanzados en salud hasta ahora deben ser la plataforma sobre la cual construir un modelo que responda a las necesidades actuales de la población; precisamente, ese es el objetivo de las leyes y máxime de los Estados Sociales contemporáneos como el nuestro.

El Sistema de Salud se fundamentará en el aseguramiento social en salud como la garantía que brinda el Estado para la atención integral en salud de toda la población, ordenando fuentes de financiamiento, agrupando recursos financieros del sistema de salud de forma solidaria, con criterios de equidad, con un sistema de gestión de riesgos financieros y de salud, dirigido y



controlado por el Estado. En este contexto, se establecerá: el modelo de atención; el financiamiento y la administración de los recursos; la prestación integral de los servicios para la atención en salud con la participación de las entidades públicas, privadas y mixtas pertenecientes al sector; el sistema integrado de información en salud; la inspección, vigilancia y control; la participación social y los criterios para la definición, implementación y el monitoreo de la eficacia de las políticas públicas, incluyendo las de ciencia, innovación, medicamentos, tecnologías en salud, formación y condiciones de trabajo de los trabajadores de la salud. Además, se especificará la disponibilidad tanto de recursos presupuestales en el marco de la sostenibilidad fiscal de corto, mediano y largo plazos, como del recurso humano y de su capacitación y formación a través del tiempo.



## **PRIMERA PARTE: Las condiciones de partida del proceso de reforma**





## 1. Consideraciones generales sobre las condiciones de partida

El arreglo institucional creado en la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, entregó el gasto social a las reglas del mercado. Muy tempranamente, Ocampo (1998) señaló que esta ruta llevaría a que el mercado articulara y potenciara los mecanismos de concentración del ingreso y apropiación de excedentes económicos, anulando el efecto redistributivo de las políticas sociales<sup>1</sup>. En un país con profundas inequidades como Colombia, las reformas neoliberales demostraron que al poner en el centro la maximización de la ganancia y la búsqueda de rentabilidad a toda costa, el arreglo institucional fue permisivo con la corrupción. En este contexto, la intervención estatal y la autoridad sanitaria deben establecer los correctivos no solo por razones de equidad sino de eficiencia<sup>2</sup>.

En los últimos 30 años dos acciones normativas han marcado puntos de inflexión: la Ley 100 de 1993 con gran orientación al mercado, y la Ley 1751 de 2015 que ordena al Estado “retomar” su rol como ordenador del sistema de salud. Por medio de la ley estatutaria se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones define que “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado<sup>3</sup>.”

La corte constitucional, desde su creación en 1992, ha desarrollado un acervo jurídico sobre el estatus de fundamental para el derecho, así como sus componentes esenciales. Como hito en este proceso, la sentencia T-760 ordenó a las entidades responsables de la salud en Colombia corregir las fallas que presentaba el sistema, iniciando así una serie transformaciones en el sistema de salud que aún en la actualidad no se han logrado superar<sup>4</sup>. La corte también define que “La salud tiene dos facetas distintas, que se encuentran estrechamente ligadas: por una parte, se trata de un servicio público vigilado por el Estado; mientras que, por la otra, se configura en un derecho que ha sido reconocido por el legislador estatutario como fundamental, de lo que se predica, entre otras, su carácter de irrenunciable. Además de dicha condición, se desprende el acceso oportuno y de calidad a los servicios que se requieran para alcanzar el mejor nivel de salud posible.” En cuanto a los elementos que rigen el derecho fundamental a la salud, la Corte ha destacado que se trata de “aquellos componentes esenciales que delimitan su contenido dinámico, que fijan límites para su regulación y que le otorgan su razón de

<sup>1</sup> Ocampo Jose Antonio: “Distribución del ingreso, pobreza y gasto social en América Latina”. Revista de la CEPAL 65. Agosto de 1998

<sup>2</sup> Franco-Giraldo A. Sistemas de salud en condiciones de mercado: las reformas del último cuarto de siglo. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2014; 32(1): 95-107

<sup>3</sup> Colombia - Congreso de la República. Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial N° 49.427 (16 de febrero de 2015)

<sup>4</sup> Colombia - Corte Constitucional de Colombia CC. Sentencia T-760 de 2008. Magistrado Ponente: Dr. Manuel José Cepeda Espinosa. Fecha de consulta: 8 de marzo de 2016. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08htm>



ser. El derecho a la salud incluye los siguientes elementos esenciales: la disponibilidad, la aceptabilidad, la accesibilidad y la calidad e idoneidad profesional.<sup>5</sup>

La orientación jurisprudencial de la corte constitucional ha sido determinante en las transformaciones que han ido moldeando el sistema de salud colombiano hasta la situación actual que a su vez determina las condiciones de partida que por un lado justifican el cambio y por otro dan soporte y valiosos aprendizajes para construir la reforma estructural requerida. De manera sintética se presentan los cambios alcanzados en las dimensiones más significativas del sistema de salud:

Universalización del aseguramiento y el principio de solidaridad: para lograr la financiación del aseguramiento en salud, así como el acceso de los servicios de salud, el sistema se financia con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal sobre la nómina. Entre los años 2018 y 2023, los ingresos del sistema representan en promedio 5,3% del PIB que financian principalmente los gastos que garantizan los servicios y tecnologías de un Plan de Beneficios implícito, financiado con recursos de la Unidad de Pago por Capitación – UPC, presupuestos máximos y recobros, y que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizados en el país, para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación de cualquier contingencia de salud, según la prescripción del profesional tratante, y con independencia tanto del origen de la enfermedad como de la financiación definida.

La progresividad y equidad financiera: la equidad en el financiamiento y en la provisión de servicios del sistema ha sido uno de los objetivos principales desde su creación<sup>6</sup> sin embargo los avances han sido posibles sólo a través de sus reformas<sup>7</sup>. Según la OMS la equidad en el financiamiento de los sistemas de salud se puede medir en tres ejes: cobertura de población, cobertura de servicios y reducción del gasto de las personas<sup>8</sup>

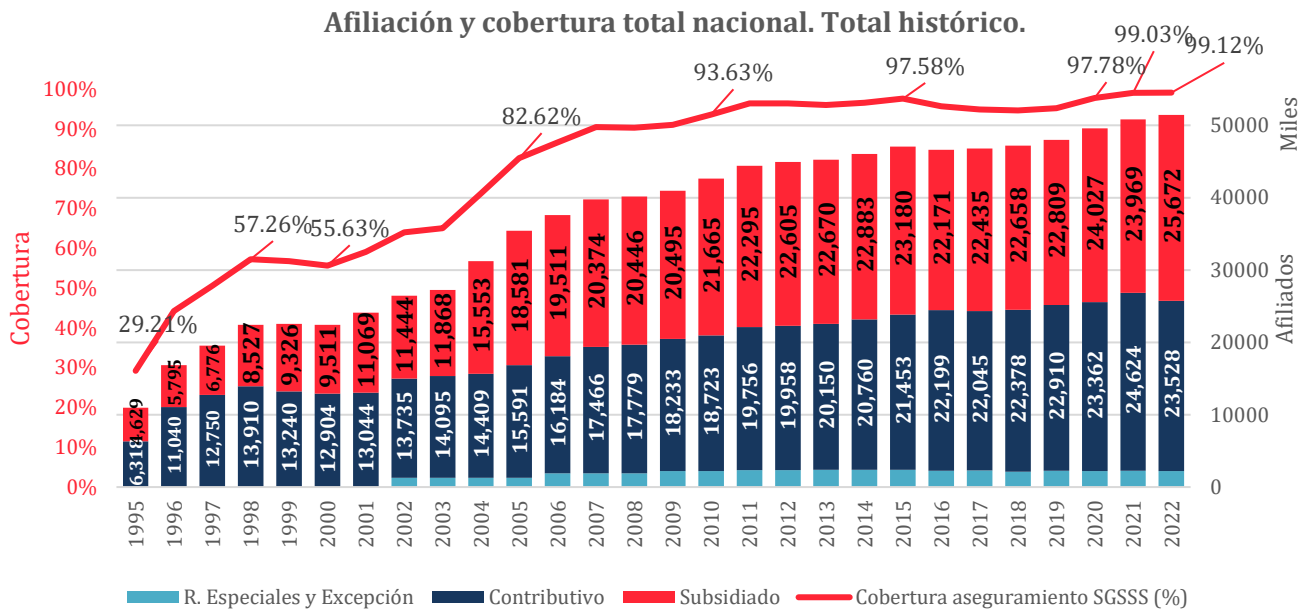
- La expansión de las coberturas de la población se ha logrado especialmente por un incremento en la población afiliada al Régimen Subsidiado por a la confluencia de recursos propios de la nación y los territorios, recursos por solidaridad y de origen en otras fuentes del sector. La serie anual de afiliación desde 1995 hasta el 2022 que se muestra en la figura muestra los datos de los resultados en este eje.

<sup>5</sup> <https://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2015/T-121-15.htm>

<sup>6</sup> Ley 100 de 1993, artículo 153. Fundamentos del servicio público.

<sup>7</sup> Colombia - Congreso de la República. Ley 1751, Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial N° 49.427 (16 de febrero de 2015)

<sup>8</sup> OMS, 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal.



Fuentes: Serie anual de afiliación a nivel nacional (BDUA) y Estimación y proyección de población DANE (Censos 2005 y 2018). Cálculos: Ministerio de Salud y Protección Social

- Desde su diseño, el sistema contaba con dos planes de beneficios para los Regímenes Contributivo y Subsidiado con diferencias en contenido, estructura, garantía y financiación. Los avances en la equidad del financiamiento en salud en términos de los beneficios de salud a los que tienen derecho los afiliados al sistema pueden verse en dos grandes ejes, el primero es la existencia de un plan de beneficios único sin diferencias para los dos regímenes de afiliación y el segundo la ampliación de coberturas de este plan de beneficios. Esta última, se ha venido realizando con racionalidad y garantizando la sostenibilidad del sistema; pasando de un esquema de racionalidad explícito definido en la Ley 100 de 1993 hacia un esquema de racionalidad implícita, definido por la Ley 1751 de 2015.
- La protección financiera de los ciudadanos y sus familias es un elemento intrínseco de la cobertura sanitaria universal y, junto con la cobertura de los servicios, una meta de los sistemas de salud. La protección financiera se logra cuando no hay obstáculos económicos al acceso y cuando los pagos por cuenta propia (pagos directos) que los usuarios necesitan realizar para recibir atención de salud no les generan dificultades económicas.<sup>9</sup> El gasto privado en salud comprende los gastos realizados por concepto de atención en salud cubiertos por seguros privados voluntarios, así como el gasto de bolsillo que engloba los desembolsos que se destinan para el pago de una atención o servicios de salud en general realizados en el momento en que el hogar se beneficia de estos, e incluye honorarios médicos, compra de medicamentos, facturas de hospital y

<sup>9</sup> Informe de monitoreo mundial de la protección financiera en relación con la salud 2021 [Global monitoring report on financial protection in health 2021]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240040953>



gastos en medicina alternativa y tradicional<sup>10</sup>. No obstante, no incluye los gastos de transporte, los relacionados con nutrición especial, los pagos que sean reembolsados al hogar por un tercero, el pago de seguros obligatorios, ni voluntarios, que corresponden a otros gastos privados y no relacionados directamente con el desembolso desde el hogar. En el contexto colombiano el gasto de bolsillo ha presentado una disminución (del 51% en 1995 al 14% en 2021<sup>11</sup>) en respuesta a los esfuerzos realizados en el gasto público mediante mecanismos como la definición, implementación, unificación y actualización del Plan de Beneficios en Salud implícito y el aumento de la cobertura de afiliación nacional (del 29% en 1995 a 99% en 2022).

- Crisis de la Red Pública Hospitalaria: con los cambios en la economía global y el auge de las políticas de ajuste estructural se dieron transformaciones direccionadas a la reducción del Estado, la descentralización y la privatización apoyadas en la teoría de la Nueva Gestión Pública. Un caso particular corresponde a la aplicación de la Política de categorización de riesgo fiscal y financiero que llevó a limitar la cantidad, el crecimiento y la capacidad de resolución de la red pública hospitalaria, situación que no solo ha puesto en riesgo a estos bienes públicos, sino a la salud de la población, y en este proceso ha ido despojando a los trabajadores de la salud de sus derechos laborales. Así, las Empresas Sociales del Estado están atrapadas en el círculo de carteras morosas que limitan la solvencia financiera, favorece su declaratoria en riesgo y su sometimiento a convenios de desempeño, a realizar presupuestos según el recaudo, mas no el reconocimiento, y limita su desarrollo y crecimiento por diez años, para finalmente ser liquidadas/fusionadas<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Definición de seguro voluntario privado en salud, en aplicación de la metodología SHA adaptada para Colombia. OECD (2022) Private health insurance spending- Brief, <https://www.oecd.org/health/Spending-on-private-health-insurance-Brief-March-2022.pdf>

<sup>11</sup> Cifras preliminares

<sup>12</sup> Vargas GS, Ruiz LE, Martínez LA. El estado de la red pública hospitalaria en Colombia para enfrentar el COVID-19, posterior a la política de categorización de riesgo fiscal y financiero. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.erph>



## 2. Análisis de los indicadores trazadores de las inequidades en salud

En última instancia el éxito de los sistemas de salud se mide por su capacidad de evitar enfermedades y muertes prevenibles, así pues el propósito de este apartado es presentar un breve análisis de dos indicadores trazadores reconocidos universalmente como la razón de mortalidad materna (RMM) y la tasa de mortalidad infantil (TMI), para analizar ineficiencias e inequidades en el sistema de salud, y que se asocian con las barreras de acceso a una atención de calidad y oportuna en un sistema de salud<sup>13</sup>.

La Razón de Mortalidad Materna (RMM) es una medida que monitorea las muertes relacionadas con el embarazo y el parto y refleja la capacidad del sistema de salud de proporcionar atención efectiva y prevención de las complicaciones que ocurren durante el embarazo y el parto. La RMM representa el riesgo asociado de cada mujer en embarazo, por ejemplo, de riesgo obstétrico.<sup>14</sup>

La Tasa de Mortalidad Infantil históricamente ha sido considerada una medida sensitiva de bienestar y desarrollo, y usada como indicador de efectividad en la prestación de servicios en el análisis comparativo de sistemas de salud como indicador de calidad en la atención y como reflejo del acceso adecuado a la atención en salud. De acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, constituye un resultado de salud importante de la definición de políticas<sup>15</sup>

### Razón de Mortalidad Materna (RMM)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la mortalidad materna como “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales”.

El análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 2020 mostró cómo dicho indicador para el periodo 1979-1995, presentó una tendencia marcada a la baja, pasando de 214.3 a 88 muertes por 100.000 menores de un año (RMM), reduciéndose 126 muertes. Sin embargo,

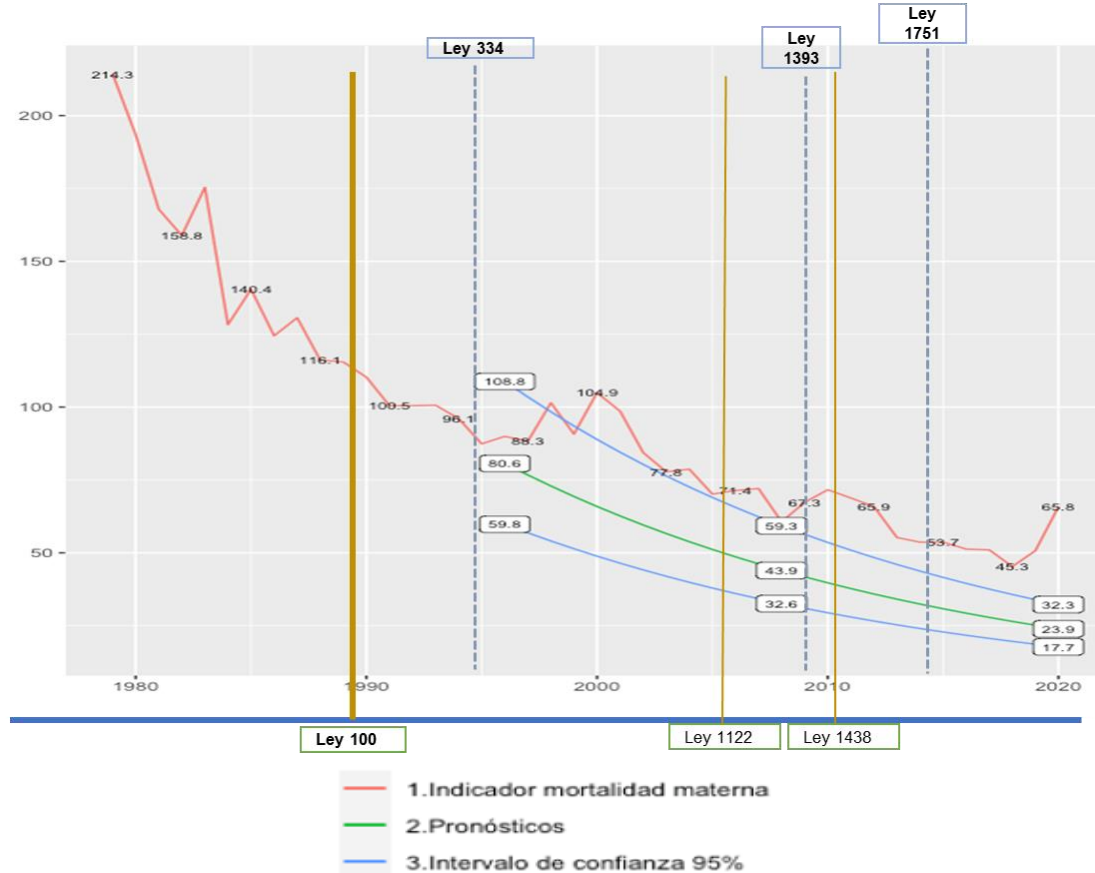
<sup>13</sup> Se realizó un análisis de series temporales durante el periodo entre 1979 a 2020, para los dos indicadores de mortalidad trazadores. Con las series de 1979 a 1995, se generó el pronóstico de cada indicador de mortalidad entre 1996 y 2020, con la finalidad de hacer la comparación contra la tendencia real. El modelo de pronóstico se ajustó usando series de tiempo SARIMA (Seasonal Autoregressive Integrated Moving Average) con los datos mensuales. Cuando los datos mensuales del indicador mostraron un comportamiento estacional, se tuvieron en cuenta los parámetros para el pronóstico en la serie de tiempo. El número de muertes maternas y muertes infantiles, se extrajeron de los registros oficiales de las estadísticas vitales. Para el cálculo de nacidos vivos, debido a que se cuenta con este dato solo a partir de 1998, se utilizaron las retroproyecciones de población de 0 años calculadas por el DANE para toda la serie, y a partir de 1999 también se usaron proyecciones de población de 0 años, para mantener la homogeneidad en el dominador para toda la serie. La razón de mortalidad materna fue retro proyectada para el periodo 1979 a 1998 con una regresión lineal, tomando como base el comportamiento de 1998 hasta 2020. Esto, debido a que antes de 1998 la mortalidad en el puerperio se tomaba hasta los 10 primeros días después del parto, y a partir de ese año fue incluido el puerperio tardío hasta los 42 días después del parto en la definición de medición del indicador. Las causas de muerte se extrajeron agrupadas según lista Colombia 105 para la tabulación de mortalidad que homologa las revisiones novena y décima de la Clasificación Internacional de Enfermedades, Traumatismos y Causas de Defunción novena revisión (CIE-9 y CIE-10).

<sup>14</sup> WHO. (2015). Maternal Mortality Ratio, Global Health Observatory Data repository. Obtenido de World Health Organization WHO: [http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App\\_Main/view\\_indicator.aspx?iid=26](http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=26)

<sup>15</sup> Inter-American Development Bank IADB. (2007). The Challenges of measuring child mortality when birth registration is incomplete. Rome: Global Forum on Gender Statistics

dicha velocidad se redujo a mediados de los años noventa con una razón promedio para el periodo 2000-2019 de 65.7 y con una reducción de 39.2 muertes (Gráfico 1).

**Gráfico 1. Razón de Mortalidad Materna, serie registrada vs serie pronosticada**



**Fuente:** Estadísticas Vitales DANE.

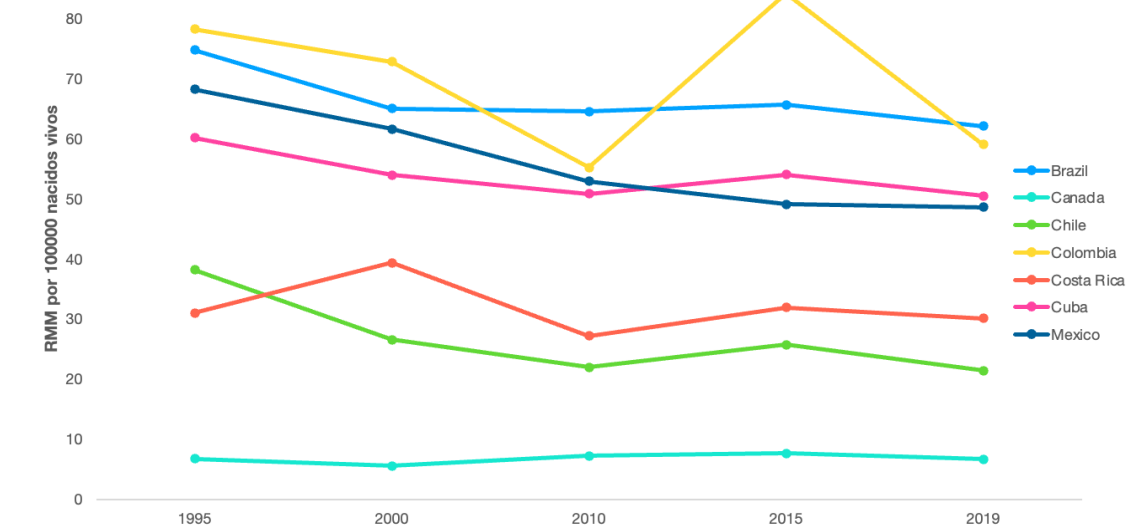
El pronóstico del indicador muestra cómo desde el año 2005 es consistente la desviación aumentada con respecto a la tendencia del canal proyectado. Si la intervención de la Ley 100 de 1993 hubiese sido suficientemente efectiva, la mortalidad materna habría alcanzado una tasa de 44 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2008, cumpliendo así la meta de los entonces Objetivos de Desarrollo del Milenio -ODM (45 muertes), y en 2020 con una de 24 muertes por 100.000 nacidos vivos, cumpliendo la meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible -ODS (32 muertes).

Por su parte, los resultados del estudio de Carga Global de Enfermedad<sup>16</sup> muestra que al comparar a Colombia con países del continente americano como Canadá, Brasil, Cuba, México, Chile y Costa Rica, **Colombia ocupa el último lugar con los valores más altos** en casi todo el periodo 1995-2019, superado solamente por Brasil en el último año. El indicador para Colombia dista en más de un 90% del de Canadá, país con el mejor comportamiento del indicador en todo el período (razón promedio de 6,73 x 100.000 N. V) (Gráfico 2).

<sup>16</sup> Tomado de: IHME. Global burden Disease 2019. Latest GBD results: 2019. <https://www.healthdata.org/gbd/gbd-2019-resources>



**Gráfico 2. Razón de Mortalidad Materna, comparación con otros países de la región**

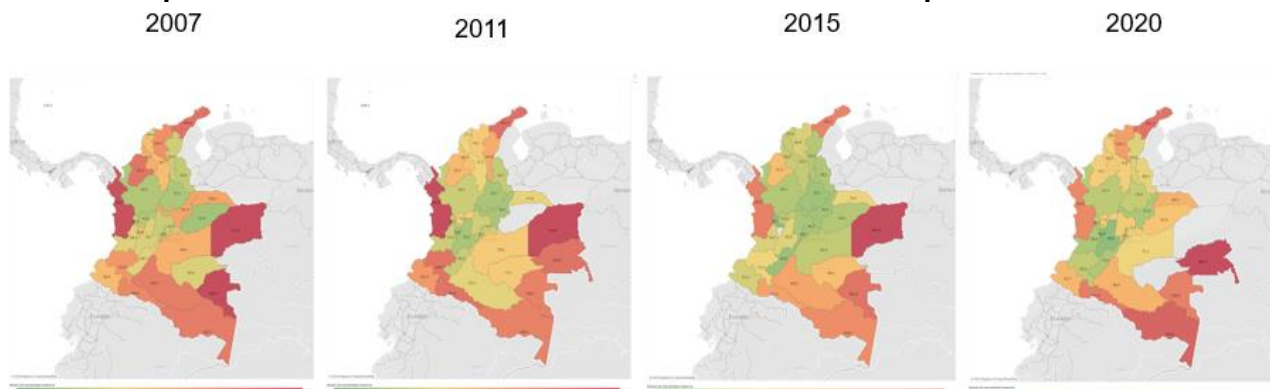


**Fuente:** Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease, 2019.

En los reportes disponibles de la OCDE, se observa que para el año 2019 Colombia presenta una razón de mortalidad materna de 50,7 por cada 100.000 nacidos vivos, siendo la razón más alta de todos los países miembros, seguida por Letonia que presentó una de 37,6 ese mismo año. En cuanto a países de Sur y Centro América, se observa a Costa Rica con una de 20,2 y Chile con una de 10,9<sup>17</sup>

Las brechas entre departamentos para este indicador, no han mejorado en el periodo 2005-2020. Se observan desigualdades en la mortalidad materna entre los departamentos, particularmente las mujeres que viven en Vichada, Vaupés, Chocó, La Guajira y Amazonas tienen mayor riesgo de morir por esta causa (Mapa 1).

**Mapa 1. Razón de Mortalidad Materna: cambios a nivel departamental 2007-2020**



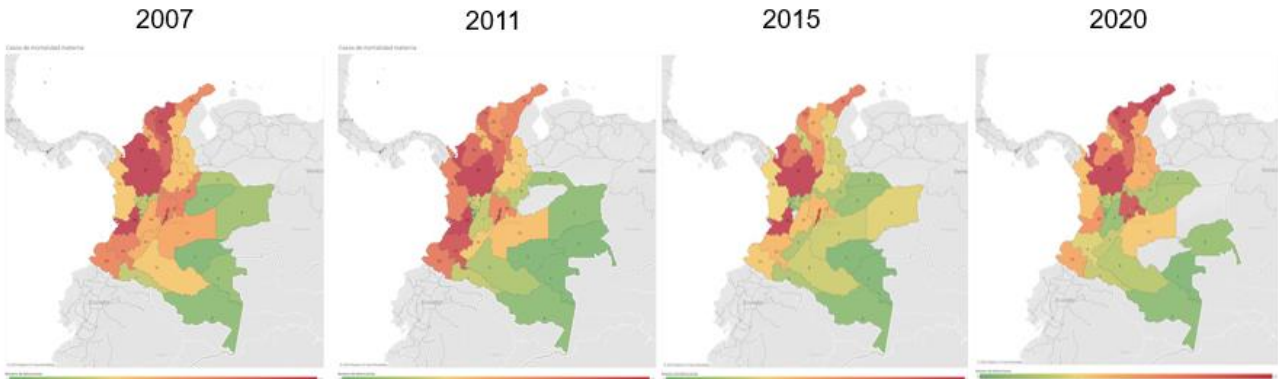
**Fuente:** Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023.

Sin embargo, si se analiza el número absoluto de casos, se encontró que la mayoría de las muertes maternas se concentran en el norte, occidente y centro del país, donde hay más

<sup>17</sup> Tomado de: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116>

servicios de salud y supuestamente menores barreras de acceso. En 2020 la incidencia de muertes maternas fue mayor en La Guajira (38), Antioquia (34), Atlántico (34), Magdalena (28), Cundinamarca (27), Bolívar (25), Bogotá (25), Córdoba (19) y Valle del Cauca (18); (Mapa 2)

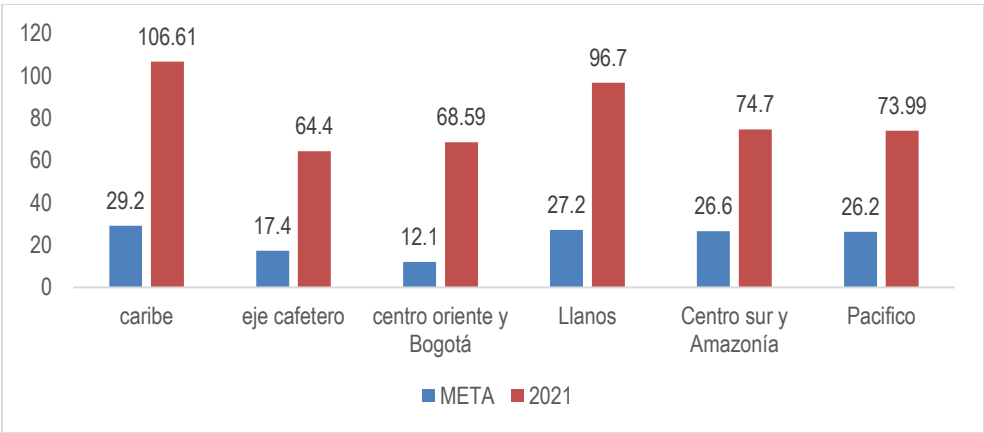
**Mapa 2. Número de defunciones maternas, cambios a nivel departamental 2007-2020**



Fuente: Estadísticas Vitales, consultado en la bodega de datos del SISPRO el 23 de enero de 2023

Así las cosas, de acuerdo con los datos registrados preliminares de mortalidad materna para el año 2021, las metas por regiones del país están lejos de cumplirse, siendo la región Caribe la que presenta la tasa más alta (1,3 veces más riesgo de mortalidad en comparación con el resto del país), seguido por la región de los llanos y centro sur -Amazonía. Llama la atención que las regiones del eje cafetero y centro oriente, si bien el indicador es menor comparado con las otras regiones, dentro de ellas los indicadores de Bogotá y Antioquia son elevados y poco se acercan a la meta.<sup>18</sup> (Gráfico 3)

**Gráfico 3. Cumplimiento de las metas de ODS por Regiones de Colombia. Mortalidad Materna 2021 (preliminar)**



Fuente: Cálculos a partir de datos DANE

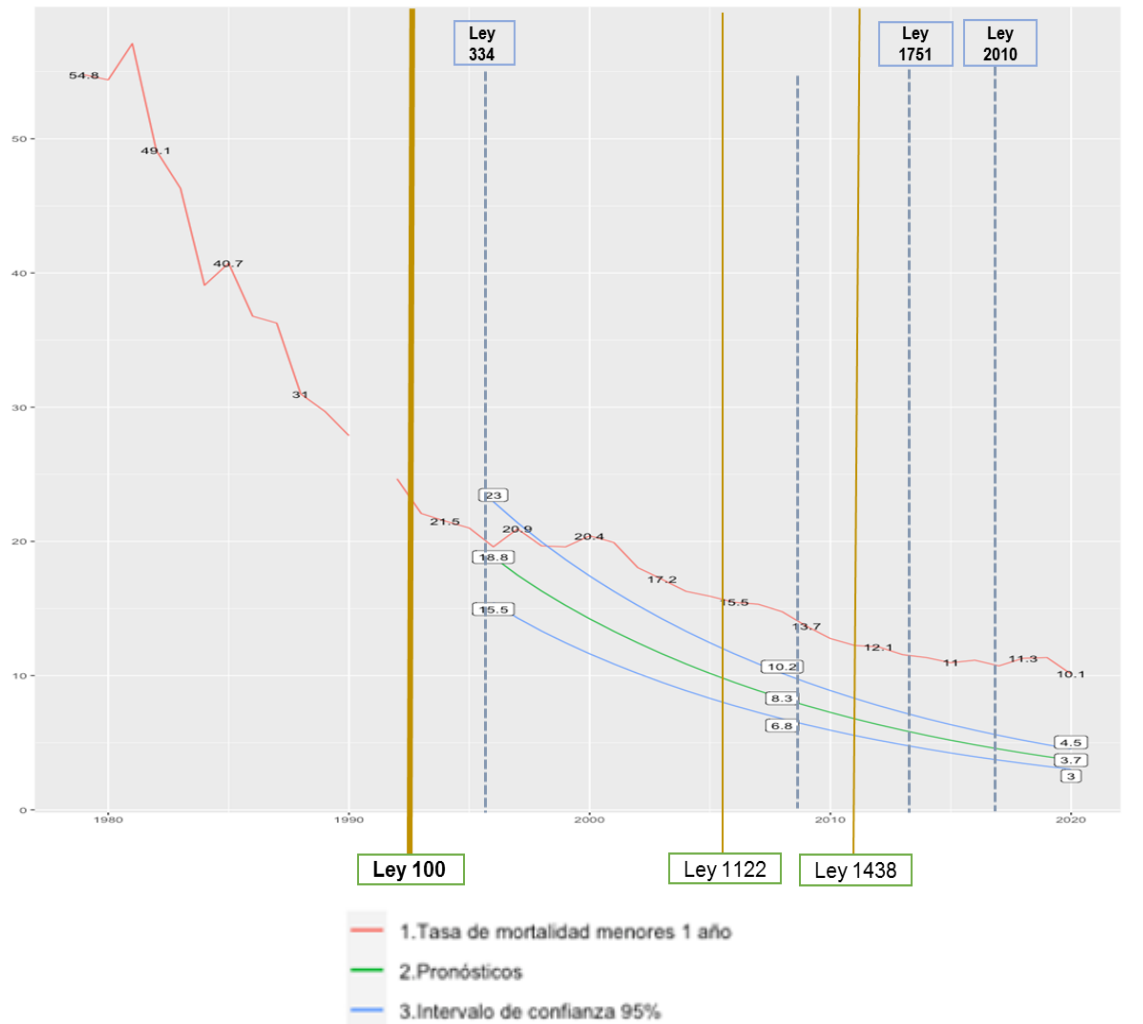
### Tasa de mortalidad en menores de un año.

<sup>18</sup> Tomado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/conpes-3918-anexos-2018-estrategia-implementacion-ods.pdf>



El análisis de series de tiempo para el periodo 1979 a 1996, según los registros de Estadísticas Vitales - EEVV presenta una tendencia marcada a la baja pasando de 54,8 en 1979 a 19,6 en 1996 muertes por 1000 menores de 1 año. A partir de 1999, si bien se presenta una reducción, no lo hace a la misma velocidad que presentó hasta 1996 y se sale del intervalo proyectado hasta el final del periodo, (**Gráfico 4**)

**Gráfico 4. Tasa de mortalidad en menores de 1 año, serie registrada vs serie pronosticada 1980-2020**

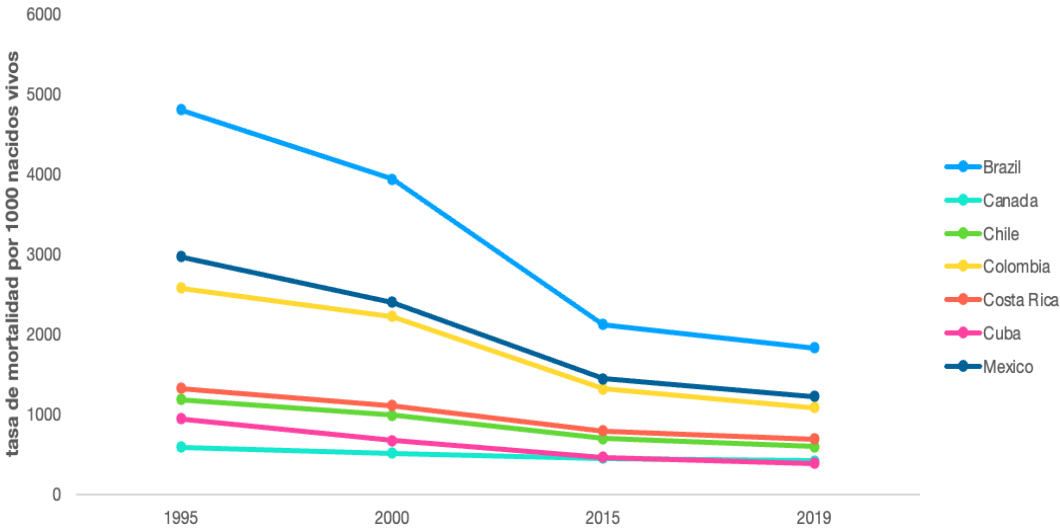


**Fuente:** Estadísticas Vitales DANE.

A partir de 1999 la evolución de la serie se ha mantenido fuera del intervalo de confianza, desviándose del límite superior del canal proyectado antes de la Ley 100/1993. Aun cuando se cumple la meta ODS (16,68 por 1.000), si el efecto de la intervención hubiese sido suficientemente eficaz, la mortalidad en menores de un año se habría reducido a una tasa de 8,3 por cada 1000 menores de 1 año en 2008 y a 3,7 por 1.000 menores de 1 año en 2020.

El estudio de Carga Global de Enfermedad 1995-2019 concluyó que la tasa de mortalidad en menores de un año en Colombia fue más alta que en otros países como Chile, Costa Rica, Cuba y Canadá (Gráfico 5).

**Gráfico 5. Tasa de mortalidad en menores de 1 año por todas las causas, comparación con otros países de la región 1995-2019**

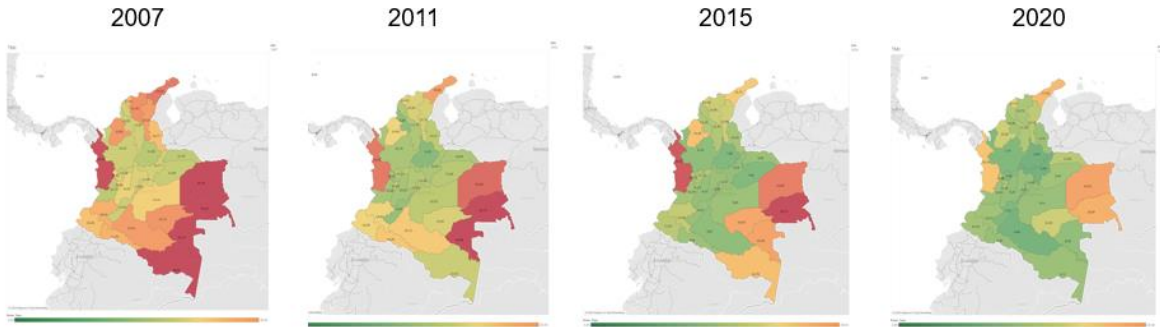


Fuente: Elaboración propia a partir de resultados del Global Burden of Disease, 2019.

Con respecto a los datos registrados por los países de la OCDE, en el periodo de 2015 a 2020, Colombia presenta la mayor tasa de mortalidad (11,4), siendo solo superada por México (11,8)<sup>19</sup>

Las brechas entre departamentos para este indicador no han mejorado en el periodo 2005-2020, lo que evidencia que los departamentos con peores resultados son cuatro veces mayores con respecto a los que obtuvieron menores tasas de mortalidad infantil. Al comparar la evolución de la tasa de mortalidad en menores de un año de edad por zonas geográficas del país, se observan mejores resultados generales entre 2007 y 2020, aunque con persistencia de desigualdad de tasas entre departamentos en detrimento de algunos como Chocó, La Guajira, Vichada y Guainía (Mapa 3).

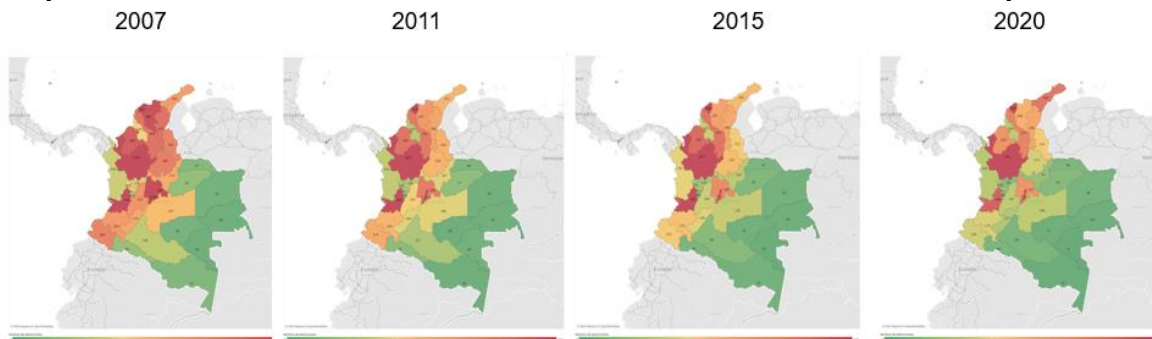
**Mapa 3. Tasa de mortalidad en menores de un año, cambios a nivel departamental 2007-2020**



<sup>19</sup> Tomado de:  
[https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2020&most\\_recent\\_year\\_desc=false&start=2020&view=bar](https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.IMRT.IN?end=2020&most_recent_year_desc=false&start=2020&view=bar)

Así mismo, al analizar la evolución del número de casos de muertes de menores de 1 año de edad, se observa que, en los departamentos de la Región Caribe, Antioquia, Valle del Cauca, Bogotá y Cundinamarca, donde se Existen mayor número de prestadores y supuestamente menores barreras de acceso, se presenta la mayor incidencia de muerte en el grupo de edad de menores de 1 año (Mapa 4).

**Mapa 4. Casos de mortalidad en menores de un año, cambios a nivel departamental 2007-2020**



### **Barreras de acceso a los servicios de salud**

Si bien Colombia ha realizado grandes esfuerzos para mejorar la cobertura de salud en las últimas tres décadas, existen importantes dificultades del acceso a salud de la población colombiana que requiere una atención urgente.

La importante ampliación de cobertura registrada en el informe Evaluación del SGSSS 2009-2019, MSPS 2020<sup>20</sup>, del 91% en 2009 a 95% en 2019, contrasta con que, para el mismo período, el porcentaje de las personas que requirieron atención en salud (excluyendo hospitalizaciones y urgencias) en el SGSSS disminuyó de 11% a 6%<sup>21 22</sup>. Igualmente, los datos de la ENCV muestran que el porcentaje de la población que reportó no buscar atención cuando lo necesitaba incrementó de 25.4% a 33.1% para el periodo 2010-12 a 2019-21. Esta situación nos refiere a una combinación de factores que afectan la capacidad de respuesta del SGSS y por tanto el acceso de los colombianos a servicios de salud.

Un análisis desarrollado por OPS/OMS (HSS/HS) en conjunto con la Universidad de los Andes en 2022<sup>23</sup>, identifica múltiples barreras de acceso, las más importantes, los largos tiempo de espera para la atención en salud y una alta tramitología para la aprobación de servicios, en

<sup>20</sup> Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) utilizando metodologías mixtas, triangulación de la información recolectada, revisión de literatura relacionada con barreras de acceso a servicios de salud, análisis de información en salud obtenida de dos encuestas (Encuestas Nacional de Calidad de Vida (ENCV) de 2003 a 2021 y Estudios Nacionales de Evaluación de los servicios de las EPS de 2019 a 2021) e información recolectada mediante la realización de entrevistas a actores clave del SGSSS

<sup>21</sup> MSPS Evaluación de resultados del Sistema General de Seguridad Social en Salud: 2009-2019

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-resultados-sistema-general-seguridad-social-salud-2009-2019.pdf>

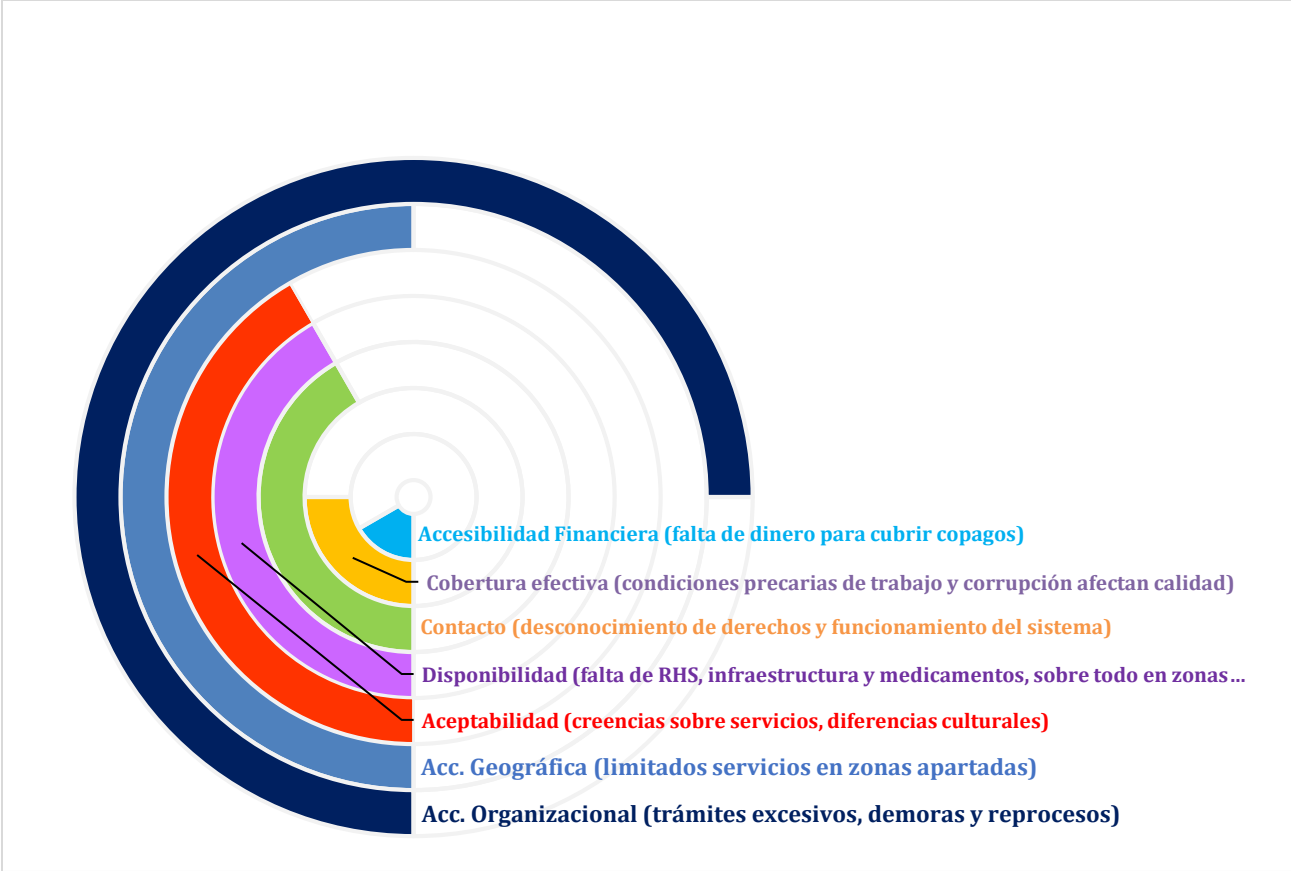
<sup>22</sup> Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud. 2014;13(27):236–59



buena parte asociados al financiamiento limitado, incentivos para la contención de costos y desafíos con las tarifas de negociación de los servicios (Figura 6). Las barreras de acceso reportadas por los informantes fueron clasificadas según frecuencia y dimensiones del acceso en accesibilidad organizacional de la provisión:

- Falta de oportunidad en la atención en la salud, sin real priorización para aquellos con necesidades más urgentes, imposición de trámites excesivos para acceder a los servicios por parte de EPBS y prestadores, y falta de seguimiento de los usuarios en toda la atención, generando reprocesos y demoras en el diagnóstico y tratamiento;
- Accesibilidad geográfica: condiciones geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud en zonas apartadas, lo que amplía la concentración de los servicios alrededor y dentro de zonas urbanas, y las redes de servicios de las EPS no siempre favorecen el acceso a los prestadores más cercanos,
- Disponibilidad: existencia de importantes diferencias regionales con relación a la disponibilidad de infraestructura y talento humano, donde las áreas apartadas son las afectadas, déficit del recurso humano en ciertas áreas, principalmente en especialidades médicas, y déficit de medicamentos relacionado con dificultades en la contratación;
- Aceptabilidad: existencia de creencias equivocadas o limitadas sobre el funcionamiento y utilidad de los servicios de salud, y el sistema no siempre reconoce las diferencias culturales e incluso idiomáticas;
- Contacto: desconocimiento sobre el funcionamiento del sistema de salud y sobre los derechos por parte de los usuarios;
- Cobertura efectiva: las condiciones precarias de los trabajadores de salud y la corrupción afectan la calidad de la prestación efectiva de los servicios; y
- Accesibilidad financiera: algunas personas no cuentan con recursos financieros para cubrir los copagos. El tamaño de las barras representa la frecuencia con que fueron mencionadas las barreras de acceso en las entrevistas

**Gráfico 6. Barreras de acceso reportadas por actores clave del SGSSS en entrevistas.**



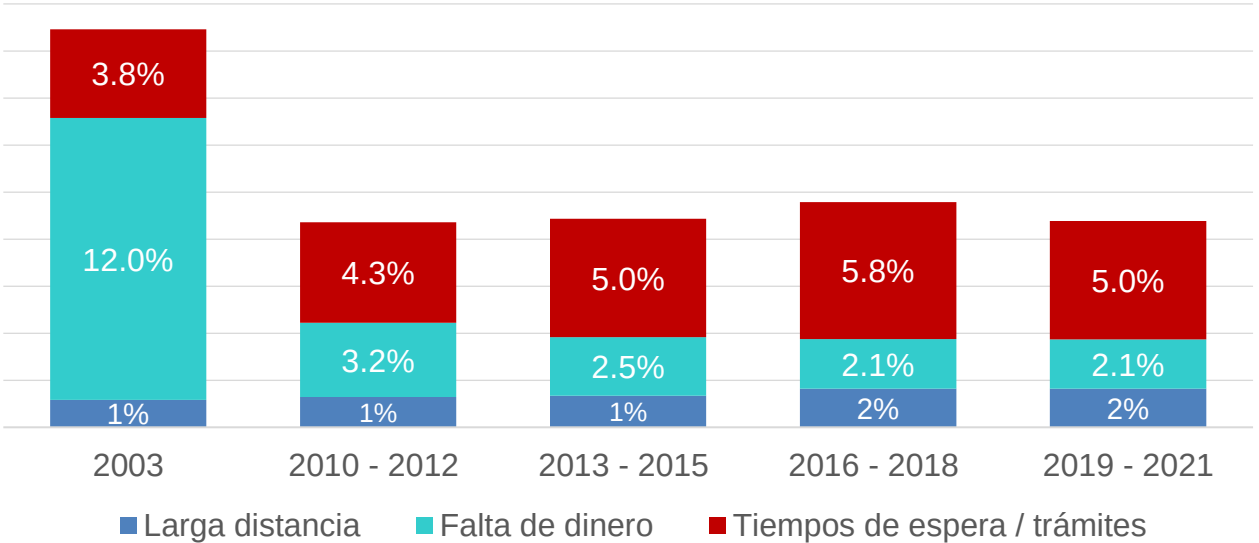
Fuente: elaboración propia según análisis de información recolectada en entrevistas a actores clave del SGSSS sobre barreras de acceso a servicios de salud en Colombia.

Según la ENCV el porcentaje de la población que no buscó atención debido a altos tiempos de espera y trámites pasó de un 3,8% en 2003, a un 5,0% en 2021 (Figura2). Los informes de los Estudios Nacionales de Evaluación de los servicios de las EPS de 2019 a 2021 muestran que el promedio de días de espera entre la solicitud de una cita para medicina familiar hasta el momento de que se hace efectiva aumentó de 24.9 días en 2019 a 31.3 días en 2020 y 44.4 días de espera en 2021<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Ministerio de de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - Informe de resultados 2019. 2019;172. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-servicios-salud-informe-final-II2019.pdf>

<sup>24</sup> Ministerio de de Salud y Protección Social. Encuesta de evaluación de los servicios de las EPS - Informe de resultados 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/evaluacion-eps-2020-minsalud.pdf>

**Gráfico 7. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesitaba, según tipo de razones seleccionadas, Colombia, 2003 a 2021.**

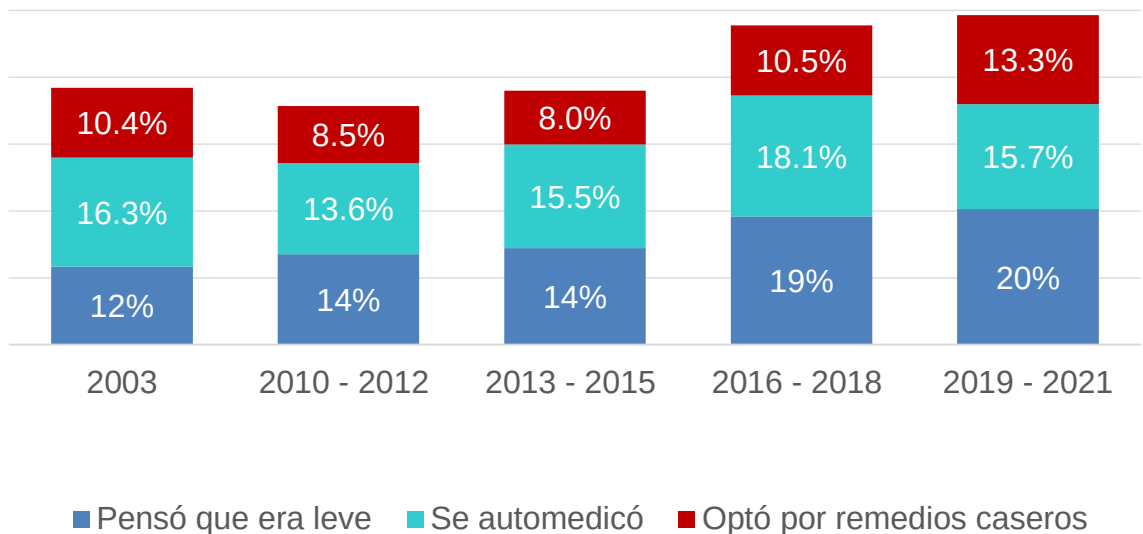


Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS a partir de datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Una barrera de acceso de crucial importancia es la baja capacidad de respuesta del SGSS a la diversidad cultural de la población, esto se traduce en problemas de aceptabilidad relacionados con las barreras del lenguaje, culturales y geográficas que persisten a pesar de los esfuerzos en la implementación del SISPI. Las adaptaciones de la información sobre el sistema de salud a los diferentes dialectos existentes en el territorio nacional no se han realizado en todos los casos, lo cual profundiza las brechas de acceso por diferencias culturales.

La complejidad del sistema y el desconocimiento de los ciudadanos de las formas en que este opera es también una importante barrera para el acceso de la población a la salud, “menos probable que usuarios sin conocimientos suficientes sobre el funcionamiento del sistema de salud puedan reclamar oportuna y eficazmente sus derechos y lograr un acceso efectivo” (OPS 1). Esta falta de conocimiento también podría estar relacionada con la resolución de problemas de salud por otras vías como se muestra en la figura 3, con la automedicación pasando de un 16,7% en 2003 y un 15,7% en 2003) y el uso de remedios caseros de un 10,4% a un 13,3% entre 2019 y 2021.

**Gráfico 8. Porcentaje de la población que no buscó atención cuando lo necesitaba, según tipo de razones seleccionadas, Colombia, 2003 a 2021.**



Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC: OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS a partir de datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) - Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV).

Sin duda los temas de acceso están directamente relacionados a la disponibilidad de talento humano calificado, estable y que tenga acceso a tecnología e infraestructura adecuada para garantizar una resolución de calidad en salud para la población, especialmente pensando en la diversidad geográfica y de niveles de desarrollo del territorio colombiano. Que decir de la capacidad de las autoridades locales de salud para planificar y coordinar todas las acciones que se requieren para cuidar la salud de la población.

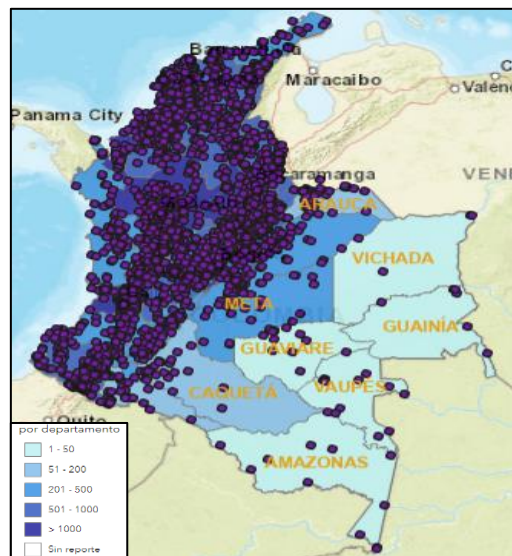
A nivel nacional, existe un importante déficit de recurso humano en salud en el país a lo largo del territorio colombiano, no solo por las posibles diferencias entre lo rural y lo urbano, sino por diferencias en los niveles de desarrollo y capacidad de atracción y fijación de profesionales en zonas complejas y de difícil acceso. Según el Observatorio Nacional de Calidad en Salud del MSPS, la diferencia del número combinado de médicos y enfermeras según departamento es de 6,2 por mil habitantes en Bogotá mientras en Choco es de 1,2 revelando las grandes diferencias y por tanto barreras para el acceso de los ciudadanos colombianos a los servicios y cuidados de salud. ES fundamental además considerar que el perfil de la fuerza de trabajo en salud del sistema es más bien especializado y urbano, con médicos generales con baja capacidad resolutoria debido a las limitaciones en su autonomía y regulación de la práctica, lo cual exige revisar el perfil resolutivo de la fuerza de trabajo en salud. Todo esto considerando la concentración de la formación profesional en salud en los centros urbanos y de mejores niveles de desarrollo.



Es fundamental también analizar el déficit de infraestructura existente que constituye una barrera de acceso determinante, el estudio de Restrepo citado por OPS 22, indica que “la razón de prestadores en 2019 fue de 1.3 por 1 000 habitantes en departamentos con un nivel del desarrollo robusto, mientras que la disponibilidad en departamentos con nivel de desarrollo temprano fue de 0.5 prestadores por 1 000 habitantes. En Colombia se encuentran habilitadas 20.312 IPS<sup>25</sup>. Existen diferencias regionales en la infraestructura disponible para la atención que requiere la población para promover, proteger y recuperar la salud; en las zonas rurales no se cuenta con infraestructura suficiente ni en cantidad, ni en distribución, ni en calidad en todo el territorio nacional (en 630 municipios no existen sedes esta zona y en 492 municipios se encuentra una sola),

La mayor concentración de sedes de IPS se encuentra en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga. La brecha de la infraestructura afecta las regiones de mayor rezago social, lo que ha impedido el acceso a la población más vulnerables para una atención efectiva en salud. la ENCV indican que la población indígena se ven particularmente afectada por esta situación, reportando que un 6.9% de estos grupos minoritarios no buscaron atención en salud por esta condición, en comparación con un 1.2% de aquellos que no se identifican como población indígena

**Mapa 5. Distribución de IPS habilitadas en Colombia**



<https://www.sispro.gov.co/central-gestion-del-conocimiento/Pages/Modulo-geografico-prestaciones.aspx>

Pese a los esfuerzos del país por avanzar en la descentralización la efectividad y eficiencia de las autoridades locales se ve muchas veces limitada por temas como la débil institucionalidad de las estructuras locales, la alta rotación e inestabilidad del personal, debilidad en el acceso a comunicación y tecnologías.

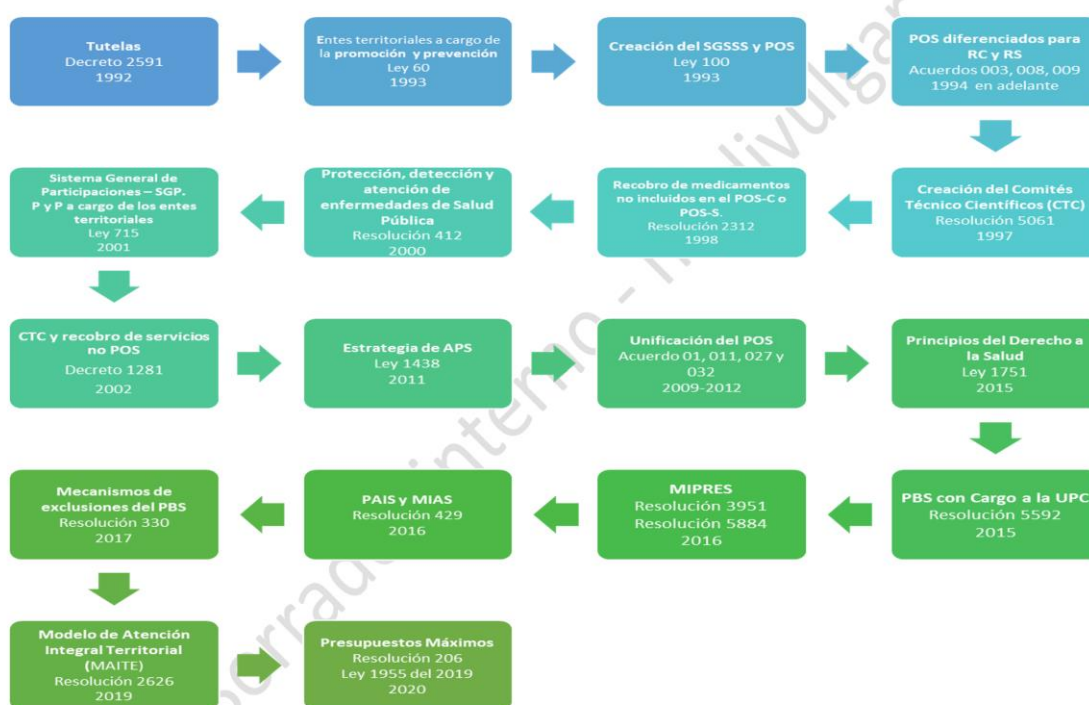
<sup>25</sup> Fuente: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS Fecha de corte: 2023-01-5

Importante considerar en el marco de las barreras financieras que aún existe un porcentaje de la población sin cobertura, específicamente la población migrante, la población pobre no asegurada (PPNA) que no alcanza la clasificación mínima para afiliarse al régimen subsidiado y poblaciones especiales que no se encuentra afiliadas a ningún régimen en salud<sup>26</sup>

En síntesis, analizado el esfuerzo realizado y reconociendo importantes avances en la cobertura, corresponde avanzar ahora al acceso universal (proporcionar atención de salud con calidad y seguridad para todas las personas, todos los servicios necesarios, sin barreras de pago).

Analizadas el conjunto de iniciativas y estrategias que han buscado fortalecer la salud pública y la atención primaria en salud (APS) en el país, el estudio identifica la dificultad que han tenido para concretarse, teniendo en cuenta la visión asistencial-curativa que ha acompañado al SGSSS y la heterogeneidad en las capacidades de los entes territoriales (5) Figura 1. Sin duda el incremento de las quejas y reclamos, así como de las tutelas solicitando el acceso a servicios de salud (7–12) evidencia que es a través de las estructuras legislativas que la ciudadanía busca protección especial para lograr ejercer su derecho a la salud (6).

Figura 1 Evolución de la normatividad en salud del SGSSS en Colombia



Fuente: Organización Panamericana de la Salud: Medición y Abordaje de las barreras de acceso que enfrentan poblaciones en situación de vulnerabilidad. Washington DC:OPS, 2023 (En preparación) elaboración equipo OPS

<sup>26</sup> Ministerio de Salud y Protección Social. Población pobre no asegurada [Internet]. [cited 2022 Oct 24]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubdiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx>



### 3. Evolución de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)

El SGSSS se financia básicamente con recursos fiscales y parafiscales. Los recursos fiscales se derivan de los aportes del Presupuesto General de la Nación, del Sistema General Participaciones, de las rentas cedidas a las entidades territoriales por la operación y explotación de monopolios rentísticos, y de los recursos propios de los departamentos y municipios. Por su parte, los recursos parafiscales comprenden los aportes de los cotizantes al régimen contributivo y los recursos del subsidio familiar que recaudan las Cajas de Compensación Familiar – CCF provenientes del aporte parafiscal<sup>27</sup> sobre la nómina.

Los ingresos del SGSSS representan en promedio 5,3% del PIB entre los años 2018 y 2023<sup>28</sup>. Los más representativos corresponden a las cotizaciones y los aportes de la Nación, seguidos de los recursos del Sistema General de Participaciones – SGP en salud.

Las cotizaciones de los afiliados al sistema incluyen los aportes del régimen contributivo y de solidaridad de los regímenes especiales y de excepción. En los últimos 6 años (2018-2023) han tenido una participación promedio del 37,8% sobre el total de ingresos, y para la vigencia 2023 es el rubro más representativo con el 34,0%. El Presupuesto General de la Nación - PGN corresponde a aportes para la universalización de la cobertura del aseguramiento y la unificación de los planes de beneficios e incluye los recursos de FONSAT<sup>29</sup> y contribución del SOAT<sup>30</sup>, así como recaudo por municiones y explosivos, que en conjunto representan en promedio el 34,9% de los ingresos en los últimos 6 años.

El Sistema General de Participaciones – SGP en salud, que corresponde a subsidios a la demanda de propiedad de las entidades territoriales, ha tenido una participación promedio de 17,1% del total de ingresos en el periodo 2018-2023, y en 2023 alcanza apenas el 14,6%. Adicionalmente, otros recursos conformados por rentas cedidas por entidades territoriales: Coljugos, aportes de las Cajas de Compensación Familiar, multas, sanciones e intereses de mora, el impuesto social a las armas. los aportes de USPEC<sup>31</sup>, FONPET<sup>32</sup>, FONSAET<sup>33</sup>; los recursos recaudados por la UGPP<sup>7</sup> y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes, los que alcanzaron en promedio el 9,0% de participación en el último sexenio y en la vigencia 2023 llegarán a solamente al 6,5%.

Por otro lado, en este periodo los proyectos de inversión sectoriales en salud financiados con Presupuesto General de la Nación tuvieron una participación promedio anual de 1,0% frente al total de recursos. A su turno, las fuentes recurrentes utilizadas por las entidades territoriales

<sup>27</sup> Eventualmente, bajo la denominación de parafiscales cabrían también los recursos provenientes del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que financian la atención de víctimas de accidentes de tránsito y de eventos catastróficos naturales y terroristas, a través de la cuenta ECAT del FOSYGA y que en algunos años han financiado el régimen subsidiado de salud.

<sup>28</sup> Para este cálculo, se excluyeron recursos provenientes del Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME.

<sup>29</sup> Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – FONSAT.

<sup>30</sup> Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito – SOAT.

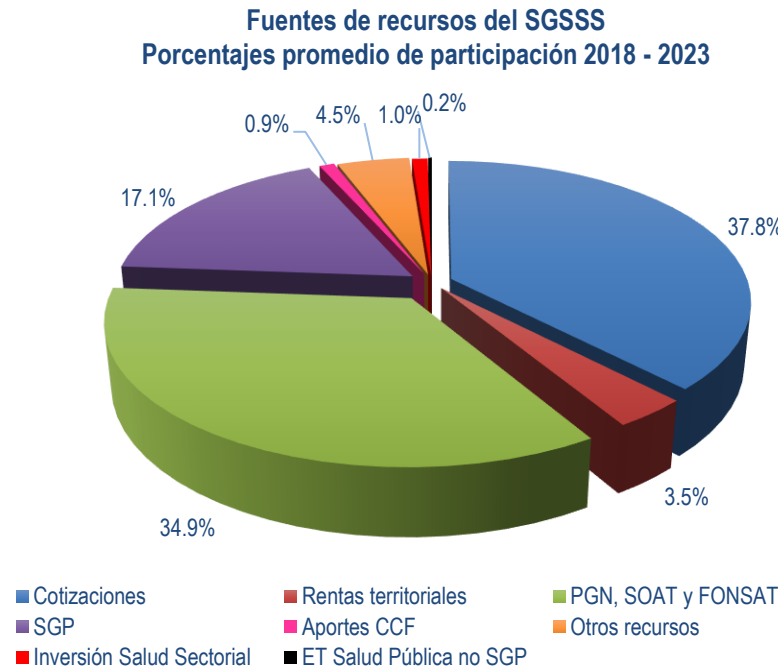
<sup>31</sup> Unidad De Servicios Penitenciarios y Carcelarios – USPEC.

<sup>32</sup> Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales – FONPET.

<sup>33</sup> Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud – FONSAET.

para financiar el componente de salud pública, diferentes al SGP, tuvieron una participación promedio anual de 0,2% (Gráfico 9).

**Gráfico 9. Fuentes de recursos del SGSSS**



**Fuente:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. No incluye Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME, ni Sistema Nacional de Residencias Medicas - SNRM. Otros recursos: multas, sanciones e intereses de mora; el impuesto social a las armas, aportes de USPEC, FONPET, FONSAET, los recursos recaudados por la UGPP y los rendimientos financieros generados por la administración de los recursos del sistema y sus excedentes.

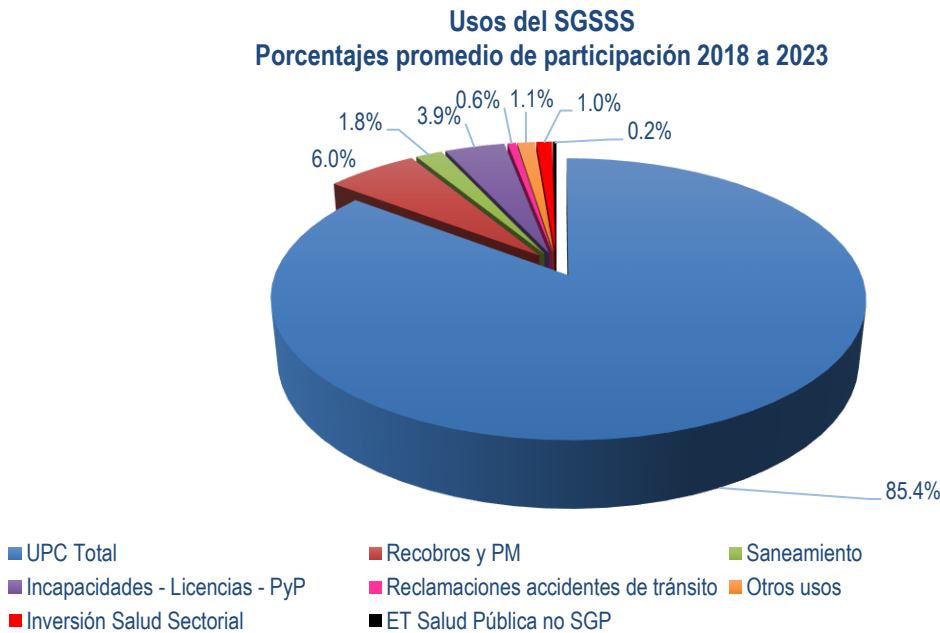
Los ingresos mencionados financian principalmente los gastos incluidos en el Plan de Beneficios en Salud que le otorga a la población del territorio nacional el acceso a los servicios y tecnologías en salud autorizadas en el país, mediante la Unidad de Pago por Capitación (UPC) así como los servicios y tecnologías financiados a través del reconocimiento de presupuestos máximos y recobros que se paga a las EPS.

La totalidad de usos del SGSSS representan en promedio el 5,3% del PIB en los últimos 6 años.

Para el periodo comprendido entre 2018 y 2023, los usos más representativos son los destinados para el reconocimiento de la UPC a las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado con un promedio del 85,4% del total, y un crecimiento anual promedio de 12,9% en dicho período. En 2023, la UPC representó el 88,2%. En segundo orden, los presupuestos máximos y los recobros representaron en promedio el 6,0% en este periodo, seguido por incapacidades, licencias y programas de promoción y prevención con una participación promedio del 3,9%.

Por último, los demás usos incluyen las reclamaciones con cargo al SOAT, programas del Ministerio de Salud y Protección Social, funcionamiento de la ADRES y la Supersalud, recursos de destinación específica, sentencias y conciliaciones, apoyo financiero y fortalecimiento patrimonial a las entidades del sector salud, entre otros, y en conjunto tienen una participación promedio de 6,5% (Gráfico 10).

**Gráfico 10. Usos de recursos del SGSSS**



**Fuente:** Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES. No incluye Fondo de Mitigación de Emergencias - FOME ni Sistema Nacional de Residencias Médicas - SNRM.

En los últimos seis años, las fuentes han dependido en su mayoría del aporte creciente del Presupuesto General de la Nación para lograr el cierre financiero al final de cada una de las vigencias, teniendo en cuenta el aumento anual promedio de 12,9% de la UPC frente al 8,6% de aumento anual promedio de las cotizaciones, y un crecimiento anual promedio de 21,4% del Presupuesto General de la Nación asignado al aseguramiento en salud y otros programas.

#### 4. Incremento progresivo de la UPC

Para entender la problemática del sistema de salud colombiano, sin caer en errores conceptuales, es necesario hacer una distinción entre el aseguramiento social y el aseguramiento privado. El aseguramiento privado es voluntario, se basa en la aversión al riesgo que las personas tienen por la incertidumbre derivada de eventos adversos de salud (Ruiz Gómez, 2013). La aversión al riesgo es una característica de la conducta de la mayor parte de las personas de cara a la ocurrencia de los previsible gastos por hechos catastróficos que ponen en riesgo la vida y afectan sus finanzas personales.



La Unidad de Pago por Capitación es la prima que se le reconoce a cada una de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) por la prestación de los servicios y tecnologías en salud establecidos en el correspondiente acto administrativo.

En el aseguramiento social, dado que las características de la cobertura son reguladas y el precio está previamente establecido a través de la Unidad de Pago por Capitación UPC, la operación del asegurador social se orienta a la afiliación de personas para mantener un pool de riesgo equilibrado y a efectuar la compra de servicios a la red prestadora.

Desde el punto de vista regulatorio, las condiciones de funcionamiento del aseguramiento social son determinadas desde los intereses de la función de bienestar social del Estado. Los aseguradores sociales deben orientarse hacia el cumplimiento de un conjunto de normas establecidas y determinadas a través de los planes de beneficios y de las condiciones reglamentarias de funcionamiento determinadas por el Estado.

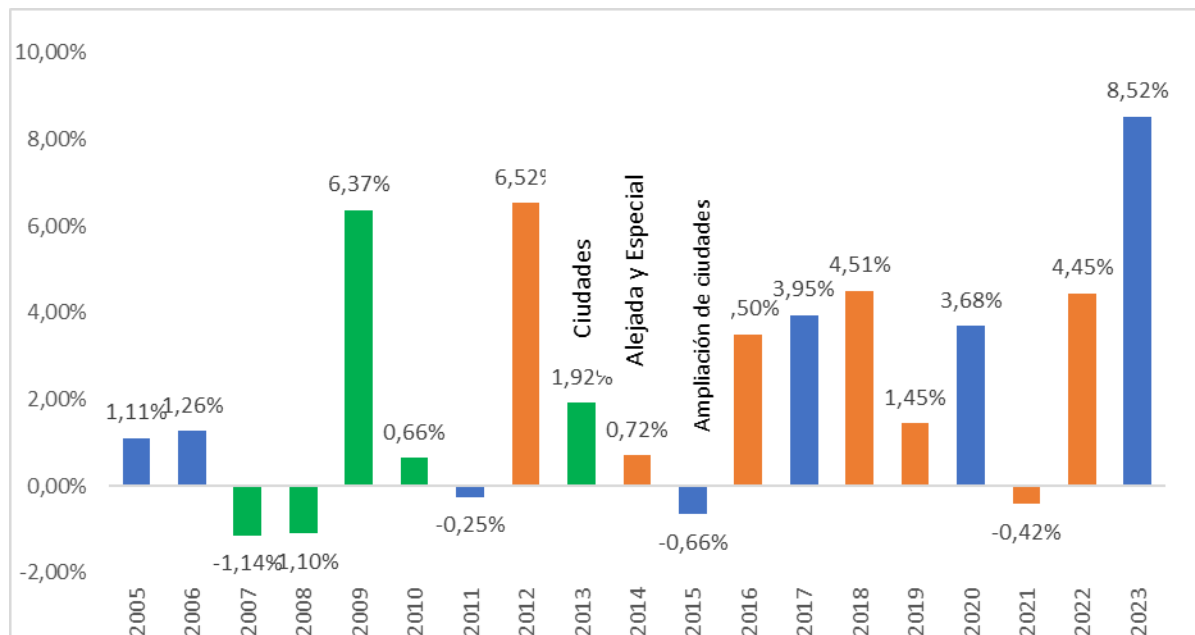
Ahora bien, la UPC se estima anualmente teniendo en cuenta las tecnologías y servicios de salud que deben ser financiados con dicha prima; así a lo largo de los años ha evolucionado con el fin de garantizar la oportunidad de la prestación de los servicios según las necesidades de los afiliados y que responda a las diferentes tecnologías que son necesarias para el tratamiento de las patologías, tal como se muestra en el Gráfico 7, donde se puede observar el crecimiento real, a precios constantes del 2023, de la Unidad de Pago por Capitación del régimen contributivo en periodo de tiempo comprendido entre el 2005 y 2023, es importante anotar que el modelo que estima la UPC es un modelo prospectivo razón por la cual se estima bajo los supuestos macroeconómicos del país, los cuales pueden diferir de la realidad al final del periodo, lo cual explica la variación negativa en los años 2007, 2008, y 2021.

La UPC tiene en cuenta ajustadores de riesgo como edad, sexo y ubicación geográfica; estos han sufrido modificaciones de la siguiente manera en el periodo comprendido entre el 2008 y 2010: se ajustaron los ponderadores de edad y sexo con el fin de reconocer mejor la situación de riesgo por condición etaria y según sexo del país. Este ajuste se repitió en el año 2013, además de que se modificó la zonificación del país, pasando de 8 municipios conurbados a 31 ciudades; en el 2014 se actualizaron las zonas por dispersión geográfica, pasando de 169 municipios a 363, y por las condiciones de geográficas de salud se introdujo la zona alejada que corresponde al Archipiélago de San Andrés y Providencia.

Así mismo, la Ley 1438 de 2011 estableció que debe realizarse una actualización integral cada dos años: 2012, 2014, 2016, 2018, 2019, 2021 y 2022, esta última fue una de las más grandes dado que la mayoría de tecnologías y servicios de salud financiados con el mecanismo de pago, denominados presupuestos máximos, pasaron a ser financiados con la UPC, en respuesta a la insostenibilidad del financiamiento previsto para la inclusión de nuevas tecnologías y al mandato de la Ley Estatutaria y la jurisprudencia de la Corte Constitucional



**Gráfico 11. Crecimiento de la Unidad de Pago por Capitacion UPC del Régimen Contributivo  
2005-2023  
(a precios constantes 2023)**



**Fuente:** Acuerdos del CNSSS, CRES y Resoluciones de Ministerio de Salud y Protección Social. DANE.

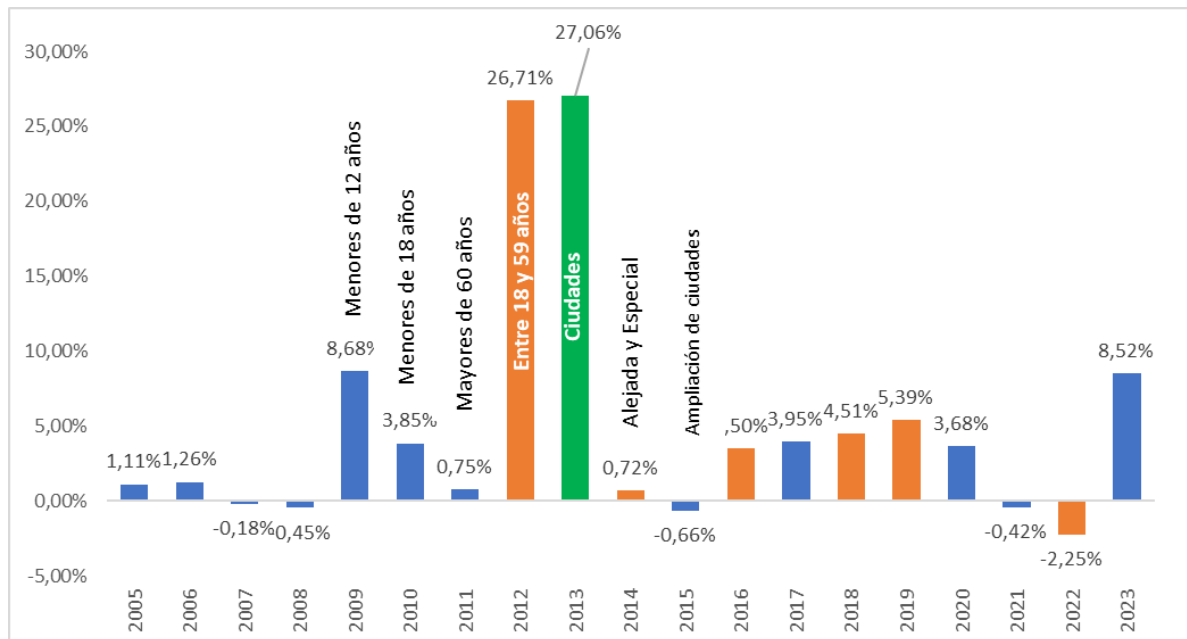
En cuanto al régimen subsidiado, desde la expedición de la Ley 100 de 1993 se planteó la unificación de los planes de beneficios, la cual debía realizarse al culminar el año 2000, sin embargo, fue hasta el año 2012 que se realizó la unificación total, entre otras razones, en respuesta a las órdenes emitidas por la Honorable Corte Constitucional mediante la Sentencia T-760-08. Así mismo, en aras de garantizar la prestación oportuna de los servicios de salud se ha definido la UPC necesaria para la financiación de las tecnologías y servicios de salud definidos en cada uno de los años. Así, se han observado importantes incrementos a precios constantes (Gráfico 12).

El grafico 12 presenta el crecimiento real, a precios del año 2023, de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la mayoría de los años con excepción del año 2011 y 2022 el crecimiento estuvo ligado al incremento del Régimen Contributivo, la razón principal fue la baja calidad de la información del Régimen Subsidiado, sin embargo presenta algunas diferencias debido a que en un año se promulgaron dos o más actos administrativos derivados de actualizaciones puntuales, como en el año 2008 donde se amplió el plan de beneficios para el régimen subsidiado, en los años 2009, 2010, 2011, y 2012 se unificaron los planes de beneficios y se realizó una actualización integral, lo anterior provocó diferencias en los crecimientos entre regímenes

Es importante aclarar que desde el año 2012 se unificaron los planes de beneficios entre regímenes, pero no fue así con la Unidad de Pago por Capitación, conservándose una diferencia entre los regímenes derivado de los gastos de administración que difieren entre el 8% para el régimen subsidiado y el 10% para el régimen contributivo.



**Gráfico 12. Crecimiento de la Unidad de Pago por Capitación UPC del Régimen Subsidiado 2005-2023  
(a precios constantes 2023)**



**Fuente:** Acuerdos del CNSSS, CRES y Resoluciones de Ministerio de Salud y Protección Social. DANE.

Actualmente, el cálculo de la UPC utiliza un modelo de ajuste de riesgo basado en Celdas y el método actuarial de razón de pérdida, con 56 grupos de riesgo para cada régimen, representados por 12 grupos de edad, sexo y cuatro regiones. El ajuste de riesgo es un mecanismo que tiene como objetivo lograr una distribución equitativa del presupuesto entre los diferentes aseguradores, dado el riesgo en salud de los afiliados.

En esa vía, Duncan, Mejía y Ahmed (2022) de la Universidad de California, Santa Barbara (UCSB), en convenio con ANIF, desarrollan una propuesta metodológica para evaluar el ajuste de riesgo actual en Colombia, frente a uno que incluya adicionalmente las condiciones de salud. Los autores concluyen que existe la posibilidad de selección adversa en el mercado de aseguramiento actual y la desprotección de las enfermedades más costosas. Así, el modelo de ajuste de riesgo basado en condiciones podría mejorar la distribución de recursos y una mejor gestión del riesgo en salud<sup>34</sup>. La discriminación de las pruebas realizadas y los modelos propuestos en este estudio se pueden observar con detalle en el anexo adjunto a este documento.

Es así como el documento presentado argumenta que: *“Los datos aportados por ANIF muestran que el presupuesto asignado al SGSSS para las reclamaciones del PBS parece ser suficiente en total y que el sistema actual de edad/sexo/territorio parece funcionar razonablemente bien.*

<sup>34</sup> El modelo propuesto es el siguiente:  $\hat{C}_i = f(x_i; \hat{\theta}) = x_i^T \hat{\beta} + \hat{\gamma}^{(c)}$ , donde  $\hat{C}$  corresponde al costo de los procedimientos  $x_i$  es una matriz con los componentes de riesgo a ser utilizados, que en este caso serían la edad, sexo, regiones, tal como en el modelo actual, más una serie de condiciones de salud (incluyeron cerca de 261 grupos de condiciones clínicas con algunas interacciones).  $\hat{\gamma}^{(c)}$  es un ajuste adicional que equivale a  $\hat{\gamma}^{(c)} = \frac{1}{MM} \sum_i m_i \max(0, C_i - c)$ .



*En total, distribuye cantidades a EPS y cubren los costos de reclamación, con márgenes tanto para la administración, como (en el caso de algunas EPS) ganancias ocasionales”.*

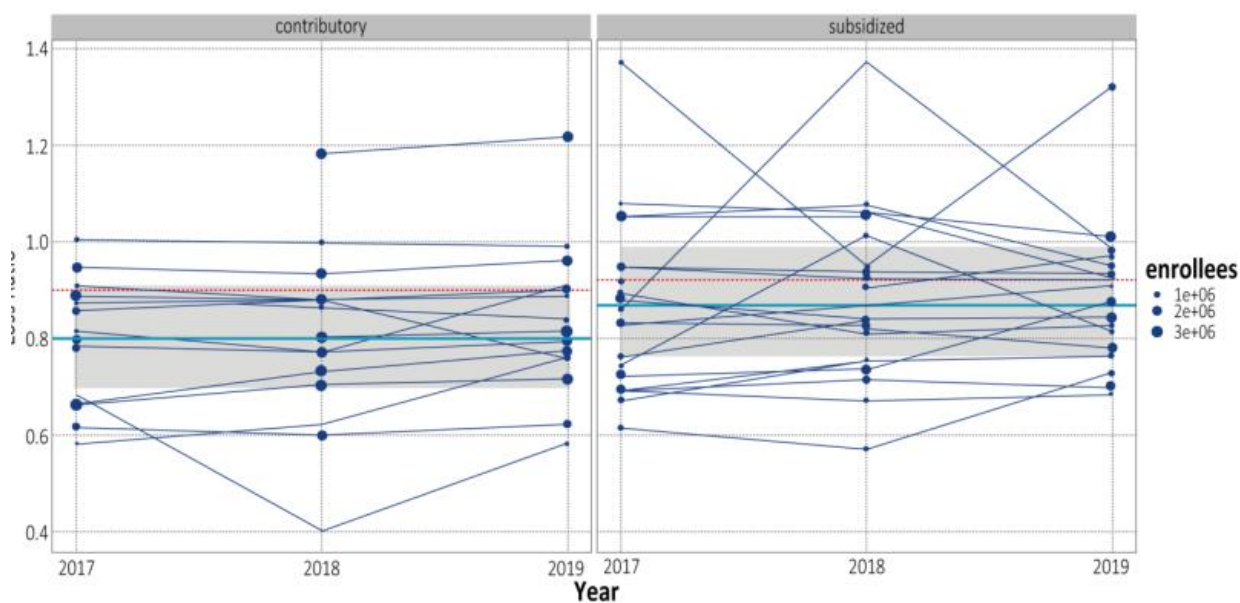
Lo anterior se sustentó de una mejor manera realizando un análisis de suficiencia basados en los índices de siniestralidad, a partir de información recogida en los estados financieros de la Superintendencia Nacional de Salud. Los índices de siniestralidad objetivo para el contributivo son del 90% y del 92% para el subsidiado. Utilizando un enfoque de Wald, concluyen que los índices de siniestralidad de las EPS del régimen contributivo tienden a caer por debajo del índice de siniestralidad objetivo del 90%. Así mismo, que las EPS del régimen subsidiado operan sistemáticamente con índices de siniestralidad inferiores al 92%.

En síntesis, el estudio concluye que las EAPB han estado suficientemente financiadas e incluso operan por debajo de sus índices de siniestralidad objetivos (90% y 92%). Así, entonces, los autores sugieren que el sistema actual reembolsa por encima de los índices de siniestralidad permisibles, y que las EPS tienden a enfrentar índices de siniestralidad constantes a través del tiempo, con cierto nivel de heterogeneidad entre EPS.

La siguiente imagen muestra un perfil de los índices de pérdida de las EPS en el conjunto de datos proporcionado por ANIF. La altura de los puntos negros de conexión corresponde a las relaciones de pérdida de cada EPS para los años 2017, 2018 y 2019, el tamaño de los puntos negros refleja el número de inscritos en cada EPS para los años correspondientes y las líneas naranjas discontinuas indican las relaciones de pérdida objetivo. Se puede observar que la mayoría de las EPS muestran índices de siniestralidad estables a lo largo del tiempo y que estos parecen tender a caer por debajo de los índices de siniestralidad permisibles.

Para poder probar estas hipótesis, se instaló un modelo de efectos mixtos sobre el logaritmo de las relaciones de pérdida observadas<sup>24</sup>. Los resultados más relevantes se muestran en el gráfico 13 Las líneas azules sólidas (80,33% para el régimen contributivo y 86,86% para el régimen subsidiado) y las bandas grises ([70,20%, 91,79%] para el régimen contributivo y [76,00%, 99,31%] para el régimen subsidiado) corresponden a predicciones a nivel de régimen del índice de siniestralidad e intervalos de predicción obtenidos respectivamente del modelo de efectos mixtos. Utilizando un enfoque de Wald, se concluyó que los índices de siniestralidad de las EPS del régimen contributivo tienden a caer por debajo del índice de siniestralidad objetivo del 90% (Duncan, Mejía y Ahmed, 2021).

**Gráfico 13. Índice de siniestralidad según régimen predicciones obtenidas por un modelo de efectos mixtos sobre el logaritmo de las relaciones de pérdida observadas**  
**Loss Ratios Profile**



Finalmente, el estudio al analizar los estados financieros reportados por las EPS evidencia que la relación Ingreso/Costo de estas entidades es suficiente, dando cumplimiento al artículo 23 de la Ley 1438 de 2011, en la cual se fija el porcentaje de gastos de administración, que no debe superar el 10% para el régimen contributivo y del 8% para el régimen subsidiado. Ahora bien, si se descuenta este porcentaje al ingreso de la UPC para gastos administrativos de las EPS, el cálculo de suficiencia de la UPC registrado en los estados financieros sí cubre los costos y gastos de la prestación de servicios de salud (el análisis detallado se presente en los anexos adjuntos al presente documento).

## 5. Situación Financiera de las EPS

Las Entidades Promotoras de Salud están obligadas a reportar la información con calidad, pertinencia, oportunidad y razonabilidad en los formatos normatizados para tal fin. Del análisis de tales reportes se presentan los siguientes hallazgos por grupos de EPS.

### 5.1. Situación Financiera de las EPS

De las EPS activas se presenta el detalle de las EPS y EPSI, clasificadas por tipo de riesgo:

**Riesgo Alto:** corresponde a las siete (7) EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial, que no cumplen indicadores de condiciones financieras y presentan alto nivel de endeudamiento, así:

| COMPONENTE FINANCIERO |         |                 |                 |                          |                   |                |                     |                     |      | Nivel de Riesgo | % Cumpl. Res. 497 | Nivel Riesgo en Salud |                                               |                                        |                                            |                           |  |
|-----------------------|---------|-----------------|-----------------|--------------------------|-------------------|----------------|---------------------|---------------------|------|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------|--|
|                       |         |                 |                 | Cumplimiento Condiciones |                   |                |                     |                     |      |                 |                   | Nivel Riesgo en Salud | 1. Gestión individual del riesgo en salud 25% | 2. Gestión de la atención en salud 40% | 3. Materialización del riesgo en salud 25% | 4. Modelo de atención 10% |  |
| No.                   | Régimen | Medida Especial | Entidad         | No. Afiliados            | Cuentas por Pagar | Capital Mínimo | Patrimonio Adecuado | Régimen Inversiones |      |                 |                   |                       |                                               |                                        |                                            |                           |  |
| 1                     | RS      | SI              | ASMET S.A.S.    | 1.993.259                | 989.128           | NO             | NO                  | NO                  | Alto | 32,84%          | 4. Bajo           | 4. Bajo               | 3. Moderado                                   | 4. Bajo                                | 3. Moderado                                |                           |  |
| 2                     | RS      | SI              | EMSSANAR S.A.S. | 1.920.977                | 1.103.747         | NO             | NO                  | NO                  | Alto | **              | 3. Moderado       | 3. Moderado           | 2. Medio Alto                                 | 4. Bajo                                | 4. Bajo                                    |                           |  |
| 3                     | RS      | SI              | SAVIASALUD      | 1.673.345                | 599.209           | NO             | NO                  | NO                  | Alto |                 | 2. Medio Alto     | 3. Moderado           | 1. Alto                                       | 3. Moderado                            | 2. Medio Alto                              |                           |  |
| 4                     | RC      | SI              | S.O.S           | 766.830                  | 504.222           | NO             | NO                  | NO                  | Alto | 26,87%          | 2. Medio Alto     | 3. Moderado           | 1. Alto                                       | 3. Moderado                            | 3. Moderado                                |                           |  |
| 5                     | RS      | SI              | ECOOPSOS S.A.S. | 362.357                  | 126.131           | NO             | NO                  | NO                  | Alto |                 | 3. Moderado       | 2. Medio Alto         | 2. Medio Alto                                 | 3. Moderado                            | 2. Medio Alto                              |                           |  |
| 6                     | RS      | SI              | CAPRESOCA       | 176.965                  | 204.425           | NO             | NO                  | NO                  | Alto | 17,91%          | 1. Alto           | 1. Alto               | 3. Moderado                                   | 1. Alto                                | 3. Moderado                                |                           |  |
| 7                     | RS      | SI              | COMFACHOCÓ      | 174.684                  | 25.229            | NO             | NO                  | NO                  | Alto | 22,39%          | 4. Bajo           | 1. Alto               | 4. Bajo                                       | 1. Alto                                | 2. Medio Alto                              |                           |  |
| TOTAL                 |         |                 |                 | 7.068.417                | 3.552.091         |                |                     |                     |      |                 |                   |                       |                                               |                                        |                                            |                           |  |

Fuente SNS

**Riesgo Medio:** corresponde a las tres (3) EPS que se encuentran en medida de vigilancia especial y cumplen dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras de las EPS que no se encuentran en medida de vigilancia especial y no cumplen como mínimo dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras y presentan un nivel medio de endeudamiento, las cuales se presentan a continuación:

|       |         |                 |               |               |                   | COMPONENTE FINANCIERO                |                     |                     |                 |                   | Nivel Riesgo en Salud |                                               |                                        |                                             |                           |
|-------|---------|-----------------|---------------|---------------|-------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------|
|       |         |                 |               |               |                   | Cumplimiento Condiciones Financieras |                     |                     | Nivel de Riesgo | % Cumpl. Res. 497 | Nivel Riesgo en Salud |                                               |                                        |                                             |                           |
| No.   | Régimen | Medida Especial | Entidad       | No. Afiliados | Cuentas por Pagar | Capital Mínimo                       | Patrimonio Adecuado | Régimen Inversiones |                 |                   | Nivel Riesgo en Salud | 1. Gestión individual del riesgo en salud 25% | 2. Gestión de la atención en salud 40% | 3. Materialización del riesgo en salud. 25% | 4. Modelo de atención 10% |
| 1     | RC      | NO              | FAMISANAR     | 3.012.013     | 833.460           | SI                                   | NO                  | NO                  | Medio           |                   | 1. Alto               | 3. Moderado                                   | 1. Alto                                | 2. Medio Alto                               | 1. Alto                   |
| 2     | RS      | NO              | CAPITAL SALUD | 1.177.474     | 324.893           | SI                                   | NO                  | NO                  | Medio           | *                 | 1. Alto               | 3. Moderado                                   | 1. Alto                                | 1. Alto                                     | 3. Moderado               |
| 3     | RS      | SI              | COMFAORIENTE  | 231.036       | 50.524            | SI                                   | SI                  | NO                  | Medio           | **                | 1. Alto               | 1. Alto                                       | 4. Bajo                                | 2. Medio Alto                               | 1. Alto                   |
| TOTAL |         |                 |               | 4.420.523     | 1.208.877         |                                      |                     |                     |                 |                   |                       |                                               |                                        |                                             |                           |

Fuente SNS

**Riesgo Bajo:** corresponde a las doce (12) EPS que no se encuentran en medida de vigilancia especial, cumplen al menos dos (2) de los tres (3) indicadores de condiciones financieras y presentan un nivel bajo de endeudamiento, como se detalla a continuación:

|       |         |                 |               |               |                   | COMPONENTE FINANCIERO                |                     |                     |                 |                       |                       |                                               |                                        |                                             |                           |
|-------|---------|-----------------|---------------|---------------|-------------------|--------------------------------------|---------------------|---------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------|
|       |         |                 |               |               |                   | Cumplimiento Condiciones Financieras |                     |                     | Nivel de Riesgo | Nivel Riesgo en Salud |                       |                                               |                                        |                                             |                           |
| No.   | Régimen | Medida Especial | Entidad       | No. Afiliados | Cuentas por Pagar | Capital Mínimo                       | Patrimonio Adecuado | Régimen Inversiones |                 | % Cmpl. Res. 497      | Nivel Riesgo en Salud | 1. Gestión individual del riesgo en salud 25% | 2. Gestión de la atención en salud 40% | 3. Materialización del riesgo en salud. 25% | 4. Modelo de atención 10% |
| 1     | RC - RS | NO              | NUEVA EPS     | 10.010.287    | 3.402.462         | SI                                   | SI                  | NO                  |                 | **                    | 3. Moderado           | 3. Moderado                                   | 3. Moderado                            | 1. Alto                                     | 4. Bajo                   |
| 2     | RC      | NO              | SANITAS       | 5.747.454     | 2.155.638         | SI                                   | SI                  | SI                  |                 | *                     | 4. Bajo               | 4. Bajo                                       | 2. Medio Alto                          | 3. Moderado                                 | 3. Moderado               |
| 3     | RC      | NO              | SURA          | 5.154.571     | 1.666.628         | SI                                   | SI                  | SI                  |                 |                       | 4. Bajo               | 4. Bajo                                       | 4. Bajo                                | 4. Bajo                                     | 4. Bajo                   |
| 4     | RC      | NO              | SALUD TOTAL   | 4.608.397     | 2.346.889         | SI                                   | SI                  | SI                  |                 |                       | 2. Medio Alto         | 2. Medio Alto                                 | 2. Medio Alto                          | 2. Medio Alto                               | 2. Medio Alto             |
| 5     | RC - RS | NO              | COOSALUD S.A. | 3.367.522     | 299.959           | SI                                   | SI                  | SI                  |                 |                       | 3. Moderado           | 2. Medio Alto                                 | 2. Medio Alto                          | 3. Moderado                                 | 4. Bajo                   |
| 6     | RC - RS | NO              | MUTUAL SER    | 2.555.780     | 383.228           | SI                                   | SI                  | SI                  |                 | 73,13%                | 2. Medio Alto         | 4. Bajo                                       | 2. Medio Alto                          | 4. Bajo                                     | 1. Alto                   |
| 7     | RC      | NO              | COMPENSAR     | 2.171.028     | 669.302           | SI                                   | SI                  | NO                  |                 |                       | 1. Alto               | 2. Medio Alto                                 | 1. Alto                                | 2. Medio Alto                               | 2. Medio Alto             |
| 8     | RS      | NO              | CAJACOPI      | 1.523.619     | 110.907           | SI                                   | SI                  | SI                  |                 | 35,82%                | 2. Medio Alto         | 4. Bajo                                       | 1. Alto                                | 2. Medio Alto                               | 2. Medio Alto             |
| 9     | RC      | NO              | CCF. VALLE    | 298.439       | 78.343            | SI                                   | SI                  | NO                  |                 | 38,10%                | 2. Medio Alto         | 1. Alto                                       | 2. Medio Alto                          | 4. Bajo                                     | 3. Moderado               |
| 10    | RC      | NO              | ALIANSA SALUD | 249.469       | 94.323            | SI                                   | SI                  | SI                  |                 |                       | 4. Bajo               | 4. Bajo                                       | 3. Moderado                            | 4. Bajo                                     | 2. Medio Alto             |
| 11    | RS      | NO              | EPS FAMILIAR  | 182.421       | 48.469            | SI                                   | SI                  | SI                  |                 |                       | NA                    | NA                                            | NA                                     | NA                                          | NA                        |
| 12    | RC      | NO              | SALUD MÍA EPS | 57.612        | 10.657            | SI                                   | SI                  | SI                  |                 |                       | 3. Moderado           | 2. Medio Alto                                 | 4. Bajo                                | 3. Moderado                                 | 1. Alto                   |
| TOTAL |         |                 |               | 35.926.599    | 11.266.803        |                                      |                     |                     |                 |                       |                       |                                               |                                        |                                             |                           |

Fuente SNS

Adicionalmente, se presenta en detalle el caso de las EPS indígenas clasificadas por tipo de riesgo, usando los mismos criterios de clasificación mencionados anteriormente. Así, dos (2) EPSI se encuentran en riesgo alto, dos (2) EPSI se encuentran en riesgo medio y una (1) en riesgo bajo, así:

| No.   | Medida Especial | Entidad    | No. Afiliados | Cuentas por Pagar | COMPONENTE FINANCIERO |                  |                     | Nivel de Riesgo | % Cmpl. Res. 1848/17 | Nivel Riesgo en Salud |
|-------|-----------------|------------|---------------|-------------------|-----------------------|------------------|---------------------|-----------------|----------------------|-----------------------|
|       |                 |            |               |                   | Patrimonio Mínimo     | Margen Solvencia | Régimen Inversiones |                 |                      |                       |
| 1     | NO              | AIC        | 564.464       | 264.378           | NO                    | SI               | NO                  | Medio           |                      | NA                    |
| 2     | NO              | MALLAMAS   | 376.717       | 154.891           | NO                    | SI               | NO                  | Medio           |                      | NA                    |
| 3     | NO              | PIJAOS     | 109.512       | 102.610           | NO                    | NO               | NO                  | Alto            |                      | NA                    |
| 4     | NO              | ANAS WAYUU | 263.251       | 56.237            | SI                    | SI               | NO                  | Bajo            |                      | NA                    |
| 5     | SI              | DUSAKAWI   | 269.069       | SD                | NO                    | NO               | NO                  | Alto            |                      | NA                    |
| TOTAL |                 |            | 1.313.944     | 578.116           |                       |                  |                     |                 |                      |                       |

Fuente SNS

## 5.2. Deudas reconocidas por EPS activas con IPS: Cuentas por pagar por edades y acreedores para fines de supervisión

La información que se presenta a continuación corresponde a la totalidad de las cuentas por pagar reportadas por las EPS y EPSI través del sistema NRVCC en el Archivo Tipo FT004 – Cuentas por pagar y acreedores a corte octubre de 2022–, en los campos cuentas por pagar en mora, donde se registran el valor nominal de las cuentas por pagar de acuerdo con el tiempo que ha transcurrido luego de vencido el plazo establecido por la entidad acreedora para su reconocimiento (Tabla 1).

**Tabla 1. Deudas vencidas de las EPS y EPSI según periodo de vencimiento**

*Cifras en Millones de Pesos*

| EPS - EPSI     | No Vencidas | Mora 30 días | Mora 60 días | Mora 90 días | Mora 180 días | Mora 360 días | Mayor 360 días | Total CxP |
|----------------|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------------|-----------|
| ASMET S.A.S    | 51.124      | 191.249      | 156.980      | 107.226      | 218.940       | 167.179       | 96.431         | 989.128   |
| EMSSANAR S.A.S | 544.683     | 115.381      | 101.507      | 71.182       | 140.922       | 123.969       | 6.103          | 1.103.747 |
| SAVIASALUD     | 23.515      | 147.049      | 120.614      | 63.396       | 30.281        | 43.020        | 171.335        | 599.209   |
| S.O.S.         | 303.547     | 23.983       | 24.371       | 6.985        | 48.678        | 37.423        | 59.234         | 504.222   |
| ECOOPSOS S.A.S | 38.007      | 28.215       | 15.668       | 7.261        | 12.345        | 6.733         | 17.901         | 126.131   |



| EPS - EPSI    | No Vencidas       | Mora 30 días     | Mora 60 días   | Mora 90 días   | Mora 180 días    | Mora 360 días  | Mayor 360 días | Total CxP         |
|---------------|-------------------|------------------|----------------|----------------|------------------|----------------|----------------|-------------------|
| CAPRESOCA     | -78.287           | 61.789           | 38.966         | 48.916         | 33.767           | 32.338         | 66.937         | 204.425           |
| COMFACHOCÓ    | 10.981            | 1.668            | 3.767          | 741            | 4.297            | 490            | 3.284          | 25.229            |
| FAMISANAR     | 256.237           | 171.159          | 155.055        | 54.416         | 45.836           | 45.314         | 105.443        | 833.460           |
| CAPITAL SALUD | 167.255           | 27.725           | 17.725         | 13.828         | 36.076           | 41.400         | 20.885         | 324.893           |
| COMFAORIENTE  | 21.683            | 11.688           | 5.730          | 4.032          | 1.601            | 5.338          | 452            | 50.524            |
| NUEVA EPS     | 2.875.798         | 125.439          | 96.054         | 48.596         | 68.743           | 61.680         | 126.150        | 3.402.462         |
| SANITAS       | 1.584.885         | 143.878          | 44.851         | 21.891         | 360.133          |                |                | 2.155.638         |
| SURA          | 1.054.359         | 462.311          | 113.023        | 2.550          | 4.942            | 8.051          | 21.391         | 1.666.628         |
| SALUD TOTAL   | 2.192.158         | 35.571           | 2.925          | 2.749          | 9.709            | 36.652         | 67.126         | 2.346.889         |
| COOSALUD S.A  | 169.712           | 20.180           | 12.560         | 23.159         | 25.369           | 15.014         | 33.965         | 299.959           |
| MUTUAL SER    | 284.469           | 33.442           | 12.204         | 9.273          | 7.102            | 14.043         | 22.694         | 383.228           |
| COMPENSAR     | 524.841           | 64.421           | 12.297         | 10.346         | 32.193           | 25.204         |                | 669.302           |
| CAJACOPI      | 37.701            | 18.625           | 7.269          | 16.058         | 18.440           | 12.174         | 640            | 110.907           |
| CCF. VALLE    | 60.290            | 7.499            | 1.602          | 399            | 1.707            | 6.425          | 421            | 78.343            |
| ALIANSA SALUD | 68.900            | 15.638           | 408            | 541            | 1.305            | 708            | 6.823          | 94.323            |
| EPS FAMILIAR  | 26.351            | 10.288           | 2.278          | 9.513          | 39               |                |                | 48.469            |
| SALUD MÍA EPS | 10.402            | 38               | 38             | 29             | 5                | 62             | 82             | 10.657            |
| AIC           |                   | 158.712          | 20.624         | 15.174         | 18.750           | 29.497         | 21.620         | 264.378           |
| MALLAMAS      | 9.069             | 138.917          | 2.473          | 254            | 1.034            | 2.120          | 1.024          | 154.891           |
| PIJAOS        | 38.245            | 11.503           | 9.259          | 7.103          | 11.513           | 16.566         | 8.420          | 102.610           |
| ANAS WAYUU    |                   | 35.365           | 9.290          | 6.652          | 4.930            |                |                | 56.237            |
| <b>TOTAL</b>  | <b>10.275.924</b> | <b>2.061.732</b> | <b>987.541</b> | <b>552.272</b> | <b>1.138.658</b> | <b>731.399</b> | <b>858.360</b> | <b>16.605.887</b> |

Fuente SNS

### 5.3. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas

En Tablas 2 a 4 se presenta la desagregación de las EPS que a la fecha de elaboración del presente informe corresponden a: i) EPS en proceso de liquidación, ii) EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (2016-2022), iii) EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados (2003-2015).

**Tabla 2. Deudas vencidas de las EPS en Proceso de Liquidación según periodo de vencimiento**

*Cifras en Millones de Pesos*

| N° | Razón Social         | Total            | Fuente de Información             |
|----|----------------------|------------------|-----------------------------------|
| 1  | Saludcoop EPS        | 2.506.726        | FT-015 CE016 2016                 |
| 2  | Saludvida S.A.       | 1.503.340        | Informe de gestión del liquidador |
| 3  | Emdisalud E.S.S. EPS | 204.923          | FT-015 CE016 2016                 |
| 4  | Comfacundi           | 8.539            | FT-015 CE016 2016                 |
| 5  | Comfacartagena       | 170.639          | FT-015 CE016 2016                 |
| 6  | Ambuq                | 118.375          | FT-015 CE016 2016                 |
| 7  | Comparta             | 330.993          | FT-015 CE016 2016                 |
| 8  | Coomeva              | 185.378          | FT-015 CE016 2016                 |
|    | <b>Total</b>         | <b>5.028.913</b> |                                   |

Fuente SNS

**Nota:** los valores pueden modificarse en decrecimiento a medida que avanza el proceso de liquidación





**Tabla 3. Deudas vencidas de las EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados  
(valores indexados 2016-2022)**

*Cifras en millones de pesos*

| Nº | Razón Social         | Total General    | Fecha Liquidación | Fuente de Información             | Valor indexado a Diciembre de 2022 CxP PSS |
|----|----------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|
| 1  | Manexca EPS          |                  | 23/03/2021        | FT015 CE016 2016                  | -                                          |
| 2  | Cafesalud S.A.       | 1.244.658        | 23/05/2021        | Informe de gestión del mandatario | 1.455.615                                  |
| 3  | Comfama              | 0                | 12/12/2018        | FT015 CE016 2016                  | -                                          |
| 4  | Comfenalco Antioquia | 0                | 11/05/2016        | FT015 CE016 2016                  | -                                          |
| 5  | Comfenalco Tolima    | 0                | 30/09/2016        | FT015 CE016 2016                  | -                                          |
| 6  | Cruz Blanca S.A.     | 222.358          | 7/04/2022         | Informe de gestión del mandatario | 241.049                                    |
| 7  | Comfaboy             | 0                | 23/05/2022        | Informe de gestión del mandatario | -                                          |
| 8  | Comfacor             | 274.904          | 29/01/2021        | Informe de gestión de la CCF      | 328.465                                    |
|    | <b>Total</b>         | <b>1.741.920</b> |                   |                                   | <b>2.025.130</b>                           |

Fuente SNS

**Tabla 4. Deudas vencidas de las EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados  
(valores indexados a diciembre de 2022, 2003-2015)**

*Cifras en millones de pesos*

| Núm | Nombre EPS                                                        | Régim en | Fecha Liquidación | Valor Revisado CxP PSS** | Fuente de Información         | Valor indexado a diciembre de 2022 CxP PSS |
|-----|-------------------------------------------------------------------|----------|-------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------|
| 1   | MUTUAL ESS DE ARMENIA AMESS                                       | RS       | 8/01/2003         | 36                       | Informe de Gestión Liquidador | 92                                         |
| 2   | MUTUAL CAMPESINA SALUD BOLIVAR                                    | RS       | 10/03/2003        | 4.086                    | Informe de Gestión Liquidador | 10.102                                     |
| 3   | FONDO PROSEGURIDAD SOCIAL DE LOTEROS Y VENDEDORES DE APUESTAS ESS | RS       | 19/05/2003        | 22                       | Informe de Gestión Liquidador | 52                                         |
| 4   | MUTUAL PARA EL BUEN VIVIR AMPEBIV                                 | RS       | 21/05/2003        |                          | Informe de Gestión Liquidador |                                            |
| 5   | MUTUAL PARA LA SALUD DESARROLLO Y FUTURO TIMBIANO                 | RS       | 20/06/2003        |                          | Sin información               |                                            |
| 6   | MUTUAL DE INZA                                                    | RS       | 20/06/2003        |                          | Sin información               |                                            |
| 7   | COOPERATIVA DE SALUD DEL NORTE "SALUD NORTE ESS"                  | RS       | 27/06/2003        | 1.592                    | Informe de Gestión Liquidador | 3.832                                      |
| 8   | COOPERATIVA DE SALUD ECOOPSALS ESS                                | RS       | 15/07/2003        | 7                        | Informe de Gestión Liquidador | 17                                         |
| 9   | COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD ESS COINSALUD                       | RS       | 30/09/2003        | 5                        | Otro                          | 11                                         |





|    |                                                                   |         |            |     |                               |       |
|----|-------------------------------------------------------------------|---------|------------|-----|-------------------------------|-------|
| 10 | MUTUAL PIENDASALUD ESS                                            | RS      | 5/10/2003  | 364 | Informe de Gestión Liquidador | 874   |
| 11 | COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DE CUNDAY ECOOPSCUNDAY          | RS      | 15/12/2003 | 8   | Informe de Gestión Liquidador | 20    |
| 12 | MUTUAL LA INMACULADA ESS                                          | RS      | 26/12/2003 | 103 | Informe de Gestión Liquidador | 247   |
| 13 | COOVIDA ESS CARTAGENA                                             | RS      | 30/12/2003 |     | Sin información               |       |
| 14 | COOPERATIVA DEL MUNICIPIO DE MONTERREY "ESS COOPREGIOSALUD LTDA." | RS      | 30/12/2003 |     | Sin información               |       |
| 15 | CALISALUD EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO                                | RC      | 30/12/2003 |     | Otro                          |       |
| 16 | ASOCIACIÓN PARA LA SALUD SOLIDARIA DE LA ARGENTINA ESS            | RS      | 1/02/2004  | 217 | Informe de Gestión Liquidador | 512   |
| 17 | COOEMSALUD ESS HUILA                                              | RS      | 31/03/2004 | 150 | Informe de Gestión Liquidador | 349   |
| 18 | MUTUAL DE LOS ANDES AMUANDES ESS                                  | RS      | 10/04/2004 | 401 | Informe de Gestión Liquidador | 923   |
| 19 | ASOCIACIÓN SOLIDARIA DE SALUD ASTREA                              | RS      | 16/04/2004 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 20 | COOPERATIVA "COOPSOLSA"                                           | RS      | 30/04/2004 | 464 | Otro                          | 1.069 |
| 21 | MUTUAL LA NUEVA ESPERANZA ESS DE GUAPI                            | RS      | 6/05/2004  | 37  | Informe de Gestión Liquidador | 84    |
| 22 | LA SUIZA DE AMÉRICA EPS                                           | RS      | 26/05/2004 | 1   | Informe de Gestión Liquidador | 2     |
| 23 | BONSALUD                                                          | RC      | 31/05/2004 |     | Sin información               |       |
| 24 | COOPERATIVA SALUD Y VIDA ESS COOPSAVID                            | RS      | 31/05/2004 | 224 | Otro                          | 514   |
| 25 | COOPERATIVA ALCATRAZ LTDA. ESS                                    | RS      | 18/08/2004 | 93  | Informe de Gestión Liquidador | 210   |
| 26 | ASOCIACIÓN EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE MAICAO                   | RS      | 7/09/2004  |     | Selecione                     |       |
| 27 | EPS BARRANQUILLA SANA                                             | RC - RS | 27/12/2004 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 28 | MUTUAL DE SALUD DE VALLEDUPAR                                     | RS      | 27/12/2004 | 30  | Informe de Gestión Liquidador | 69    |
| 29 | COOPERATIVA DE LA NUEVA ESPERANZA DE CURUMANI ESS                 | RS      | 27/12/2004 |     | Sin información               |       |
| 30 | CORPORACIÓN SALUD PARA PIVIJAÍ CORSAPIVÍ                          | RS      | 25/01/2005 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 31 | COOPERATIVA PARA SOLEDAD COOPSASOL                                | RS      | 25/01/2005 |     | Otro                          |       |
| 32 | COOPERATIVA LA MAGDALENA LTDA ESS                                 | RS      | 8/02/2005  |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 33 | COOPERATIVA DE BALBOA RISARALDA "ESSBALBOA"                       | RS      | 14/02/2005 | 2   | Informe de Gestión Liquidador | 3     |



|    |                                                                                      |    |            |       |                               |       |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------|----|------------|-------|-------------------------------|-------|
| 34 | MUTUAL DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL DE QUIMBAYA ESS                                | RS | 14/02/2005 | 41    | Informe de Gestión Liquidador | 91    |
| 35 | ASOCIACIÓN MUTUAL DE CHIA ESS                                                        | RS | 31/03/2005 | 11    | Informe de Gestión Liquidador | 24    |
| 36 | COOPERATIVA DEL ORIENTE DE CUNDINAMARCA ECOSORIENTE ESS                              | RS | 31/03/2005 |       | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 37 | MUTUAL ESS ASOMESS                                                                   | RS | 31/03/2005 | 12    | Informe de Gestión Liquidador | 27    |
| 38 | COOPERATIVA DE SALUD PARA EL BIENESTAR FAMILIAR COOSABFAM                            | RS | 13/04/2005 | 197   | Informe de Gestión Liquidador | 432   |
| 39 | COOPERATIVA MULTIACTIVA DEL CARIBE COOPSACARIBE                                      | RS | 15/04/2005 | 27    | Informe de Gestión Liquidador | 60    |
| 40 | EPS DE RISARALDA S.A.                                                                | RC | 12/05/2005 | 2.052 | Informe de Gestión Liquidador | 4.480 |
| 41 | EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ES MÁS SALUD ORGANIZACIÓN COOPERATIVA                     | RS | 31/05/2005 | 3.029 | Otro                          | 6.614 |
| 42 | ASOCIACIÓN FAMILIA Y SALUD "FAMISALUD"                                               | RS | 31/05/2005 |       | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 43 | CORPORACIÓN ESS DEL CARIBE SOLCARIBE                                                 | RS | 20/06/2005 | 792   | Informe de Gestión Liquidador | 1.722 |
| 44 | COOPERATIVA ESPECIALIZADA DE SALUD PARA LA FAMILIA COLOMBIANA SALUD FAMILIA LTDA ESS | RS | 23/06/2005 |       | Sin información               |       |
| 45 | COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD COOPDESA ESS                                          | RS | 23/06/2005 | 565   | Informe de Gestión Liquidador | 1.228 |
| 46 | COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL MUNICIPIO DE VERGARA ECOOPSVERGARA             | RS | 24/06/2005 |       | Sin información               |       |
| 47 | MUTUAL FAMILIAS UNIDAS DE ANTIOQUIA ESS                                              | RS | 24/06/2005 | 2.510 | Informe de Gestión Liquidador | 5.458 |
| 48 | COOPERATIVA DE SALUD DE LA COSTA SALUD COSTA ESS                                     | RS | 24/06/2005 |       | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 49 | COOPERATIVA DE SERVICIOS DE SALUD DEL ESPINAL ESS                                    | RS | 24/06/2005 | 149   | Otro                          | 324   |
| 50 | COOPERATIVA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE ARAUCA ESS COOPSOSALUD                         | RS | 27/06/2005 | 438   | Informe de Gestión Liquidador | 952   |
| 51 | COOPERATIVA DE SALUD DE ARAUQUITA COOPSA LTDA                                        | RS | 27/06/2005 | 143   | Informe de Gestión Liquidador | 310   |
| 52 | MUTUAL DE SALUD Y DESARROLLO                                                         | RS | 28/06/2005 |       | Sin información               |       |



|    |                                                                                  |    |            |     |                               |       |
|----|----------------------------------------------------------------------------------|----|------------|-----|-------------------------------|-------|
|    | INTEGRAL PARA FUNDACION AMSALUD                                                  |    |            |     |                               |       |
| 53 | CORPORACIÓN SALUD PARA PUEBLO VIEJO CORSAPUE                                     | RS | 29/06/2005 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 54 | MUTUAL PERMANENTE DE VALENCIA AMSAP                                              | RS | 30/06/2005 |     | Sin información               |       |
| 55 | MUTUAL EL BUEN VIVIR CAMPO DE LA CRUZ ATLÁNTICO ESS                              | RS | 7/07/2005  |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 56 | MUTUAL VIDA Y SALUD AMVISALUD ESS                                                | RS | 7/07/2005  | 383 | Informe de Gestión Liquidador | 829   |
| 57 | COOPERATIVA DE SALUD LA ESPERANZA DE SOGAMOSO COESPERANZA LTDA ESS               | RS | 29/07/2005 | 524 | Informe de Gestión Liquidador | 1.135 |
| 58 | MUTUAL SALUD Y PROGRESO DEL SUROCCIDENTE DE BARRANQUILLA ESS                     | RS | 4/08/2005  |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 59 | MUTUAL FUTURO ESS DE PIOJÓ LIQUIDADA                                             | RS | 2/09/2005  | 216 | Informe de Gestión Liquidador | 468   |
| 60 | MUTUAL EL BUEN VIVIR ESS DEL RIO QUITO                                           | RS | 17/09/2005 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 61 | MUTUAL ACTIVA SALUD                                                              | RS | 27/09/2005 |     | Otro                          |       |
| 62 | MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL DE SANTA MARTA ASMUSALUD | RS | 30/09/2005 | 699 | Informe de Gestión Liquidador | 1.512 |
| 63 | MUTUAL SOLIDARIA PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO INTEGRAL DE SABANA DE TORRES ESS  | RS | 13/10/2005 |     | Sin información               |       |
| 64 | ASOCIACIÓN GOLFO DE TRIBUGA ESS DEL MUNICIPIO DE NUQUI                           | RS | 26/10/2005 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 65 | COOPERATIVA INTEGRAL DE SALUD DE BUCARAMANGA LTDA COISBU LTDA ESS LIQUIDADA      | RS | 22/11/2005 | 121 | Informe de Gestión Liquidador | 261   |
| 66 | EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONDOR S.A.                                           | RC | 16/12/2005 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 67 | MUTUAL EL BUEN SAMARITANO DE SAN BERNARDO DEL VIENTO "AMBUSANBER" ESS            | RS | 31/12/2005 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 68 | MUTUAL DE SALUD DEL SINU AMUSS                                                   | RS | 30/01/2006 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |
| 69 | MUTUAL DE SALUD DE LORICA AMUSAL ESS                                             | RS | 30/01/2006 |     | Selecione                     |       |
| 70 | MUTUAL SOLIDARIA PARA EL DESARROLLO                                              | RS | 27/01/2006 |     | Informe de Gestión Liquidador |       |



|              |                                                                                      |         |            |                |                               |                |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------|----------------|-------------------------------|----------------|
|              | INTEGRAL DE ARACATACA AMUSAMAG ESS                                                   |         |            |                |                               |                |
| 71           | UNIMEC EPS S.A.                                                                      | RC - RS | 28/03/2006 |                | Informe de Gestión Liquidador |                |
| 72           | EMPRESA PROMOTORA DE SALUD SELVASALUD                                                | RC      | 19/04/2006 |                | Otro                          |                |
| 73           | COOPERATIVA PARA EL DESARROLLO SOCIAL EN SALUD LTDA COESSALUD LTDA SAN GIL SANTANDER | RS      | 6/05/2006  |                | Informe de Gestión Liquidador |                |
| 74           | CAPRESOCA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)                          | RC      | 23/06/2006 |                | Otro                          |                |
| 75           | ASOCIACION DE ENTIDADES TRADICIONALES EMMANUEL EMPRESA PROMOTORA DE SALUD            | EPSI    | 30/06/2006 |                | Sin información               |                |
| 76           | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR ASFAMILIAS                                             | RS      | 16/07/2006 |                | Informe de Gestión Liquidador |                |
| 77           | MUTUAL MILAGRO DE DIOS-RIO SUCIO CHOCÓ                                               | RS      | 26/07/2006 |                | Informe de Gestión Liquidador |                |
| 78           | MUTUAL PLAYAS DEL PACIFICO ESS DE BAHIA SOLANO                                       | RS      | 26/07/2006 |                | Informe de Gestión Liquidador |                |
| 79           | EMPRESA PROMOTORA DE SALUD CONVIDA (RÉGIMEN CONTRIBUTIVO)                            | RC      | 13/07/2006 | 212            | Informe de Gestión Liquidador | 442            |
| 80           | ASOCIACIÓN GUAVIARE 2000 ESS                                                         | RS      | 22/09/2006 |                | Sin información               |                |
| 81           | EPS CALDAS S.A.                                                                      | RC - RS | 31/03/2007 |                | Sin información               |                |
| 82           | CCF COMFENALCO QUINDIO (RÉGIMEN SUBSIDIADO)                                          | RS      | 30/06/2007 |                | Sin información               |                |
| 83           | COMCAJA A.R.S.                                                                       | RS      | 30/11/2012 | 121            | Otro                          | 196            |
| 84           | COMFENALCO SANTANDER                                                                 | RS      | 24/03/2014 |                | Informe de Gestión Liquidador |                |
| 85           | CALISALUD EPS                                                                        | RS      | 30/04/2014 | 36.508         | Informe de Gestión Liquidador | 56.959         |
| 86           | SOLSALUD S.A. EPS                                                                    | RC - RS | 6/06/2014  | 180.149        | Informe de Gestión Liquidador | 278.440        |
| 87           | COMFACA                                                                              | RS      | 26/03/2015 | 306            | Informe de Gestión Liquidador | 459            |
| 88           | CAMACOL                                                                              | RS      | 11/04/2015 | 2.945          | Informe de Gestión Liquidador | 4.395          |
| 89           | GOLDEN GROUP                                                                         | RC      | 15/07/2015 | 50.357         | Informe de Gestión Liquidador | 74.475         |
| 90           | SELVASALUD                                                                           | RS      | 18/09/2015 | 40.512         | Informe de Gestión Liquidador | 59.516         |
| 91           | SALUD COLOMBIA EPS                                                                   | RC      | 29/11/2015 | 3.074          | Informe de Gestión Liquidador | 4.454          |
| 92           | HUMANA VIVIR EPS                                                                     |         | 14/05/2015 | 73.901         | Informe de Gestión Liquidador | 109.688        |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                      |         |            | <b>407.836</b> |                               | <b>633.937</b> |

Fuente SNS



Tabla 5. Consolidado Cartera EPS

| TIPO DE EPS DEUDORA                                                           | VALOR                 |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| Riesgo Alto                                                                   | 3.552.091.000         |
| Riesgo Medio:                                                                 | 1.208.877.000         |
| EPSI                                                                          | 578.116.000           |
| EPS en Proceso de Liquidación                                                 | 5.028.913.000         |
| EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados y valores indexados (2016 – 2022) | 2.025.130.000         |
| EPS con Procesos Liquidatorios Finiquitados y valores indexados (2003-2015)   | 633.937.000           |
| <b>TOTAL, DEUDA</b>                                                           | <b>13.027.064.000</b> |

Fuente: Superintendencia de Salud – Ministerio de Protección en Salud

Si bien las deudas totales ascenderían a \$ 24'293.867 miles de millones, no obstante, se excluyen las deudas clasificadas como de “bajo riesgo” por parte de la Superintendencia de Salud, en virtud de que estas son inferiores a un año y, además, dichas obligaciones cuentan con respaldo en reservas y activos por parte de las EPS, para horrarlas durante la vigencia.

De esta forma, el consolidado de las obligaciones a cargo de las EPS clasificadas como de riesgo alto, riesgo medio, EPSI, EPS en proceso de liquidación; EPS con procesos liquidatorios finiquitados en el periodo 2003 – 2015 y, EPS con procesos liquidatorios del período 2016 – 2022, en pesos constantes a diciembre de 2022, ascienden a \$13,027 billones.

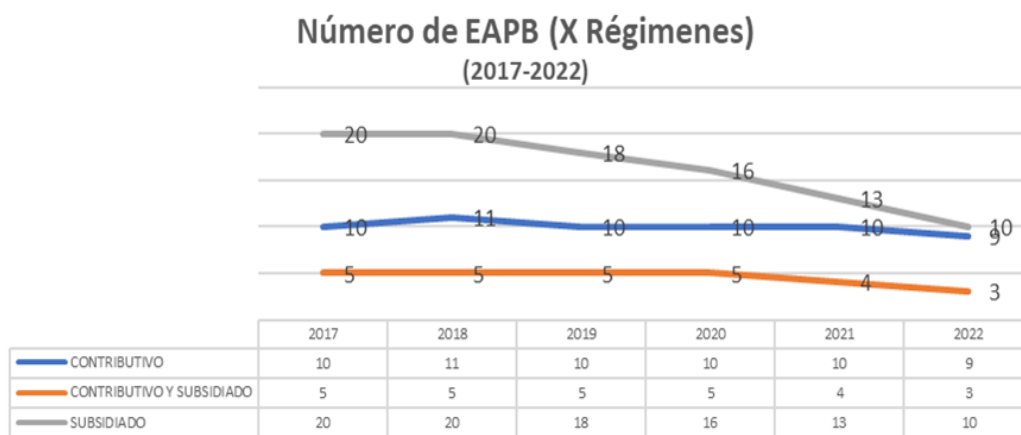
## 6. Sostenibilidad del sistema y deterioro progresivo de indicadores de permanencia de las EPS

### 6.1. Sostenibilidad

En 2017 existían 35 EAPB<sup>35</sup>. Sin embargo, por el incumplimiento de las condiciones financieras para la permanencia en el sistema de salud y luego de los procesos de liquidación definidos por la normatividad vigente, en la actualidad existen 22. El Gráfico 14 muestra la salida de 17 entidades en este periodo según el régimen de afiliación, y permite identificar que la salida fue mayor relativamente entre las entidades del Régimen Subsidiado (50%) (Gráfico 9). De las 10 EAPB que en 2022 están en el régimen subsidiado, ocho tienen alto riesgo financiero y están en seguimiento especial por la SNS: EPS SOS – Savia Salud – Asmet Salud – ComfaChocó – Ecoopsos – Capital Salud – Cofa Oriente y Emsanar.

Este proceso de salida de EAPB genera cambios en el sistema, que van desde el agravamiento de barreras en el acceso a los servicios por la incertidumbre ante los anuncios de intervención, hasta los observados en las EAPB receptoras de afiliados de las EAPB liquidadas, afectando la capacidad operativa, financiera y técnica.

**Gráfico 14. Evolución número de EAPB según régimen 2017-2020**



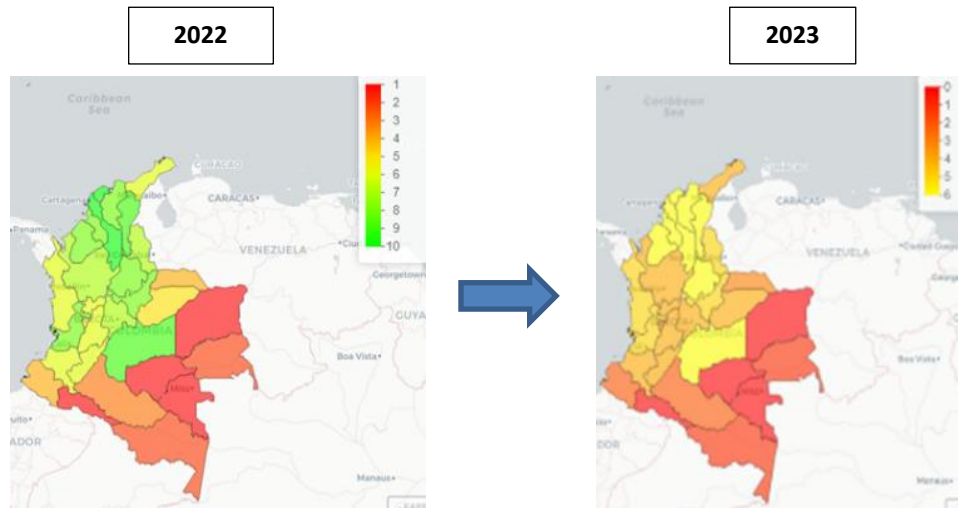
**Fuente:** OAPES-GESEPP (Fuente Superintendencia Nacional de Salud).

En el panorama descrito y tomando las condiciones hasta 2022, el grupo de estudios sectoriales de la oficina asesora de planeación del ministerio de salud realizó un estudio de simulación de los efectos de la liquidación de las EAPB intervenidas por razones de solvencia financiera, encontrándose como hallazgo central que para finales del año 2023 cinco (5) EAPB presentarían probabilidades de insolvencia mayores al promedio de las EAPB que se encontraban en proceso de liquidación en el año 2022. Por otro lado, el ejercicio de simulación

<sup>35</sup> Total, de EAPB para el año 2017, no incluye (5) EPSI ni (3) que entraron en liquidación el año anterior (Comfaboy – Cafesalud – Manexka. Fuente Superintendencia Nacional de Salud – FT001 y Listado de Entidades Liquidadas.

también mostró que el efecto sería mayor en los territorios con mayor proporción de EAPB en el régimen subsidiado. El Gráfico 15 muestra la variación departamental en el número de EAPB con solvencia financiera.

**Gráfica 15. Número de EAPB con solvencia financiera<sup>36</sup> por departamentos  
2022 - 2023**



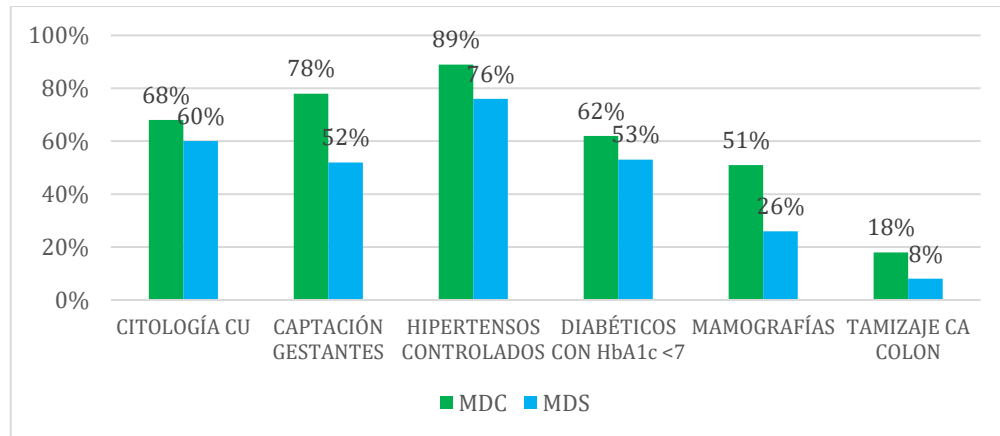
**Fuente:** OAPES-GESEPP (Fuente Superintendencia Nacional de Salud).

De manera complementaria a la evaluación de indicadores de solvencia financiera se analizó el cumplimiento de las metas de protección específica y de detección oportuna en coberturas en intervenciones trazadoras para cada régimen de afiliación. Los gráficos 16 y 17 muestran las proporciones de detección oportuna reportados para el año 2019 en ambos regímenes según el tipo de desempeño (mejor y peor) de las EAPB. De manera consistente los datos muestran no sólo el bajo cumplimiento de las metas, sino las inaceptables brechas entre entidades del régimen contributivo y subsidiado.

<sup>36</sup> El número de EAPB solventes por departamento, desde el menor número en color rojo, hasta el mayor número en color amarillo y luego verde

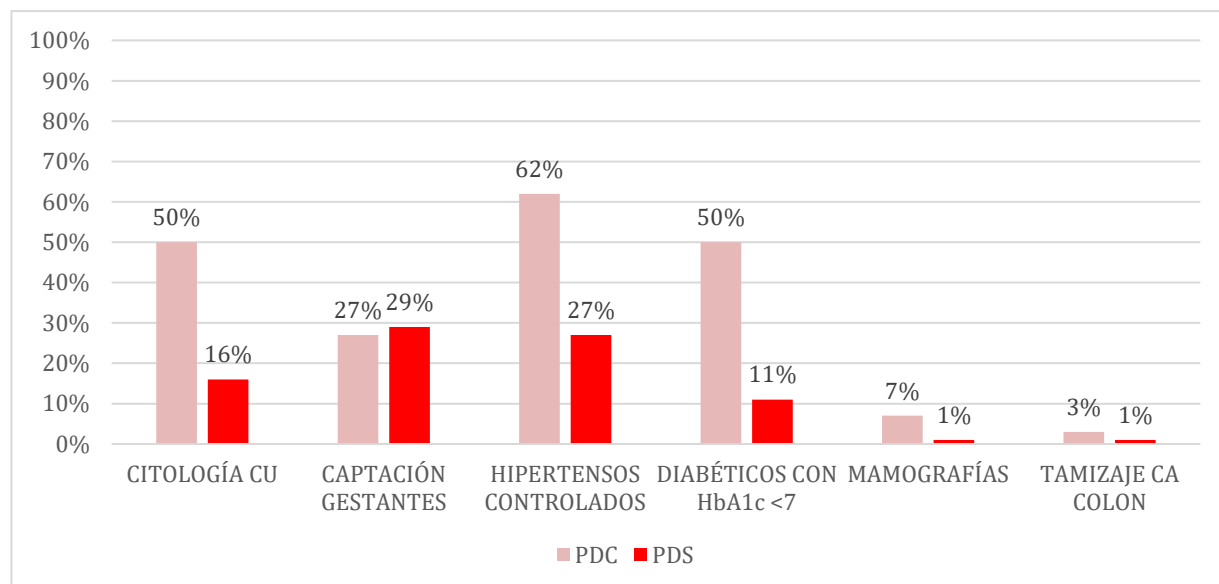


**Gráfico 16. Cumplimiento en metas de protección específica y detección oportuna en coberturas de intervenciones trazadoras en 2019**  
**EPS de mejor desempeño del régimen contributivo y del régimen subsidiado**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuente PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.

**Gráfico 17. Cumplimiento en metas de protección específica y detección oportuna en coberturas de intervenciones trazadoras 2019**  
**EPS de peor desempeño del régimen contributivo y régimen subsidiado**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes de información: 1) Reporte protección específica y detección temprana -PEDT-DED: Proporción de mujeres con toma de citología cérvico uterina, Proporción de gestantes con captación temprana al control prenatal (Fuente PEDT-DED), Proporción de mujeres con toma de mamografía (Fuente PEDT-DED). 2) Cuenta de alto costo: Proporción de hipertensos controlados (menor 140/90mm), Meta de HbA1c (menor 7%) en pacientes diabéticos. 3) RIPS-BDUA: Proporción de personas entre 50 años y 75 años con tamización para cáncer de colon y recto con colonoscopia en los últimos diez años.



## 6.2. Tendencia de los principales indicadores financieros de las EPS 2018 - 2032

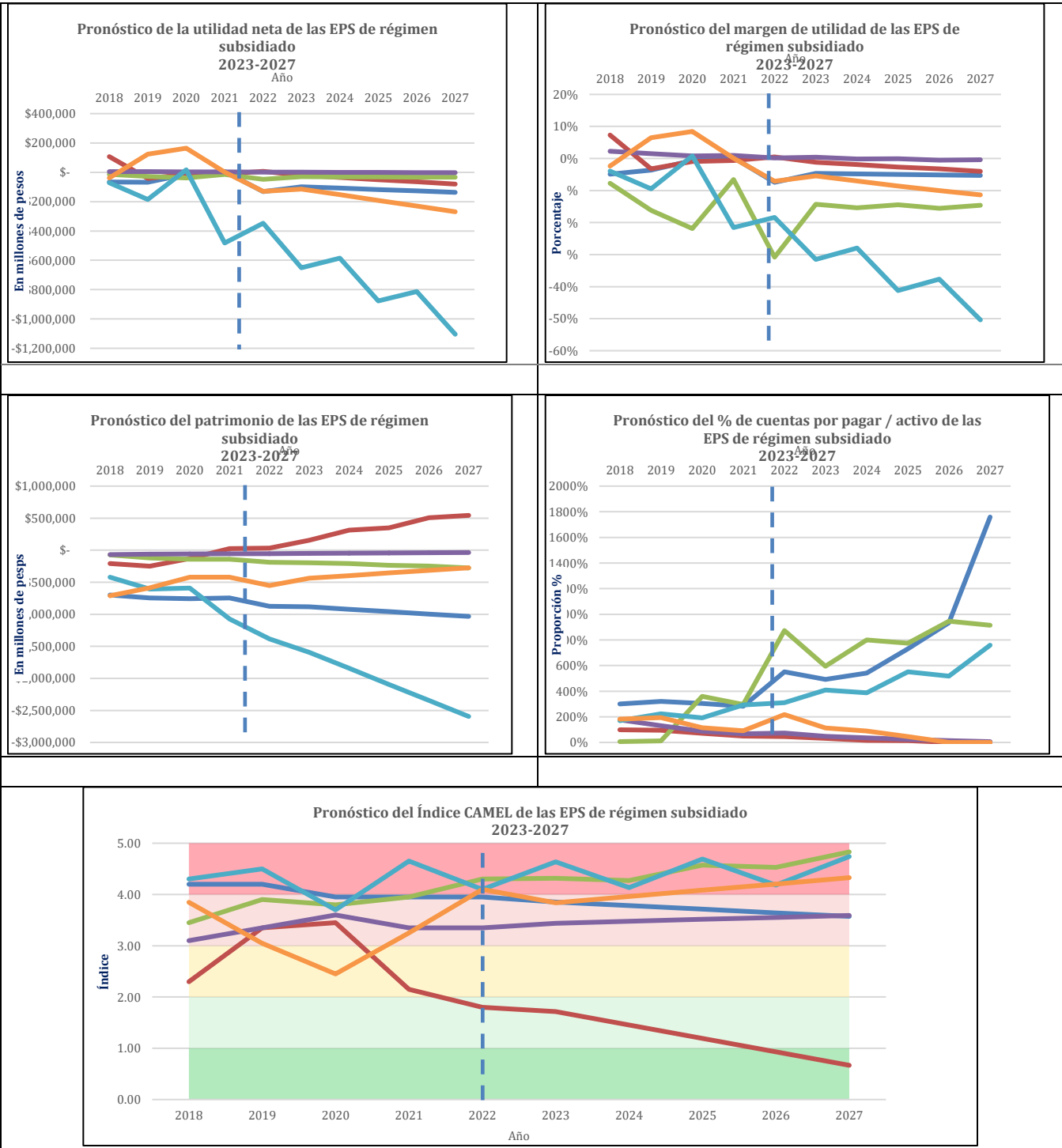
El presente análisis busca mostrar la tendencia que tendrían las EPS en algunos de sus principales indicadores, para así identificar su estabilidad en un periodo de 5 años. La metodología para la estimación de los indicadores se basa en información que proviene del catálogo de cuentas de las EPS publicado por la Superintendencia Nacional de Salud. Se utilizaron los datos entre 2018 y 2020 como base para los pronósticos de cada indicador. El pronóstico se realizó mediante la fórmula  $\text{pronostico.est}$ , que está basado en un algoritmo de suavizado exponencial triple, tomando los valores para los años entre 2018 y 2022 como base de cálculo de la tendencia que tendría el indicador en los próximos 5 años.

Las EPS se ordenan en cuatro grupos: régimen contributivo RC (9 EPS), régimen subsidiado RS (6 EPS), cajas de compensación familiar con programa de salud en RS (4 EPS) y EPS que operan en los dos regímenes de salud (3 EPS). Se analizan cuatro indicadores para cada EPS en cada grupo y se parecían las tendencias: 1. utilidad neta (valor apropiado por encima de 0); 2. margen de utilidad (valor apropiado por encima de 0); 3. Patrimonio (valor apropiado por encima de 0); 4. % de cuentas por pagar / activo (valor apropiado por debajo de 0%); y 5. El indicador CAMEL de riesgo financiero (calificación de 5 es muy alto riesgo financiero y 1 muy bajo)

Los resultados centrales del análisis son:

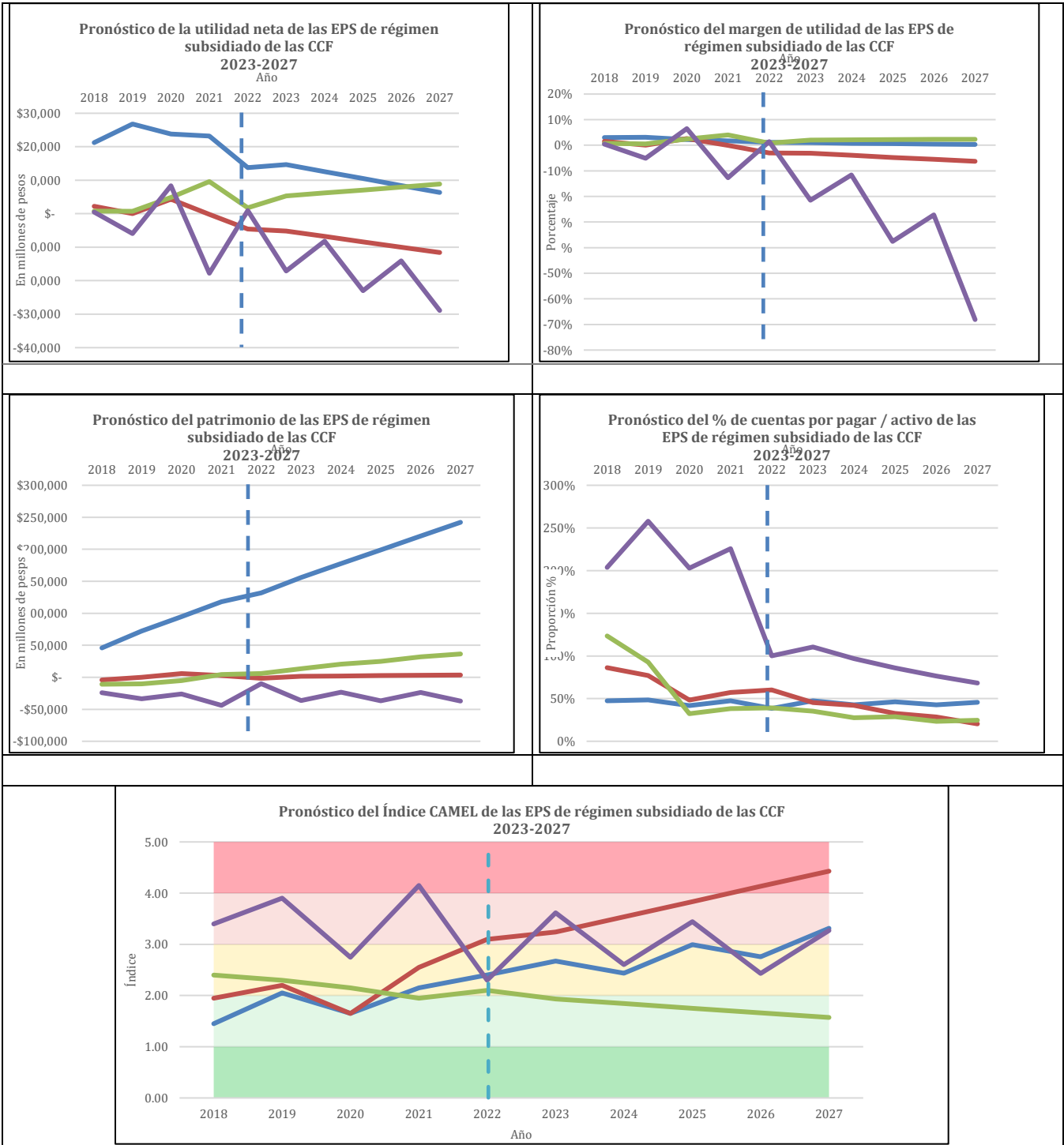
- En el grupo de las 8 EPS del RS, las tendencias muestran: al menos 7 de 8, tienen indicadores de inviabilidad actual y futura: pérdidas sostenidas, patrimonio negativo, incapacidad de pago de cuentas, y se ubican en la franja “roja” de inviabilidad por alto y muy alto riesgo financiero. En su conjunto este grupo resulta con tendencia a la inviabilidad franca.
- En el grupo de las 4 EPS de las CCF-RS, las tendencias muestran, resultados con tendencia similar a las del grupo anterior.
- En el grupo de 9 EPS del RC, se observa: una tendencia general a la pérdida en los próximo 5 años, aunque algunas mantengan patrimonios positivos, la capacidad de contar activos para solventar las cuentas por pagar se incumplen en la mayoría. El índice de riesgo financiero muestra una tendencia de 4 de ellas al alto riesgo, 2 lo mantienen estable y 3 en bajo riesgo. Este grupo tiene un comportamiento diverso, pero al menos 3 de ellas, tienen fuerte tendencia a la inviabilidad.
- En el grupo de las 3 EPS que operan en ambos regímenes de salud: es el grupo que muestra los mejores resultados en la tendencia, observándose que las 3 entidades tienen indicadores de sostenibilidad y bajo riesgo financiero en la tendencia.

Grupo de EPS del Régimen Subsidiado



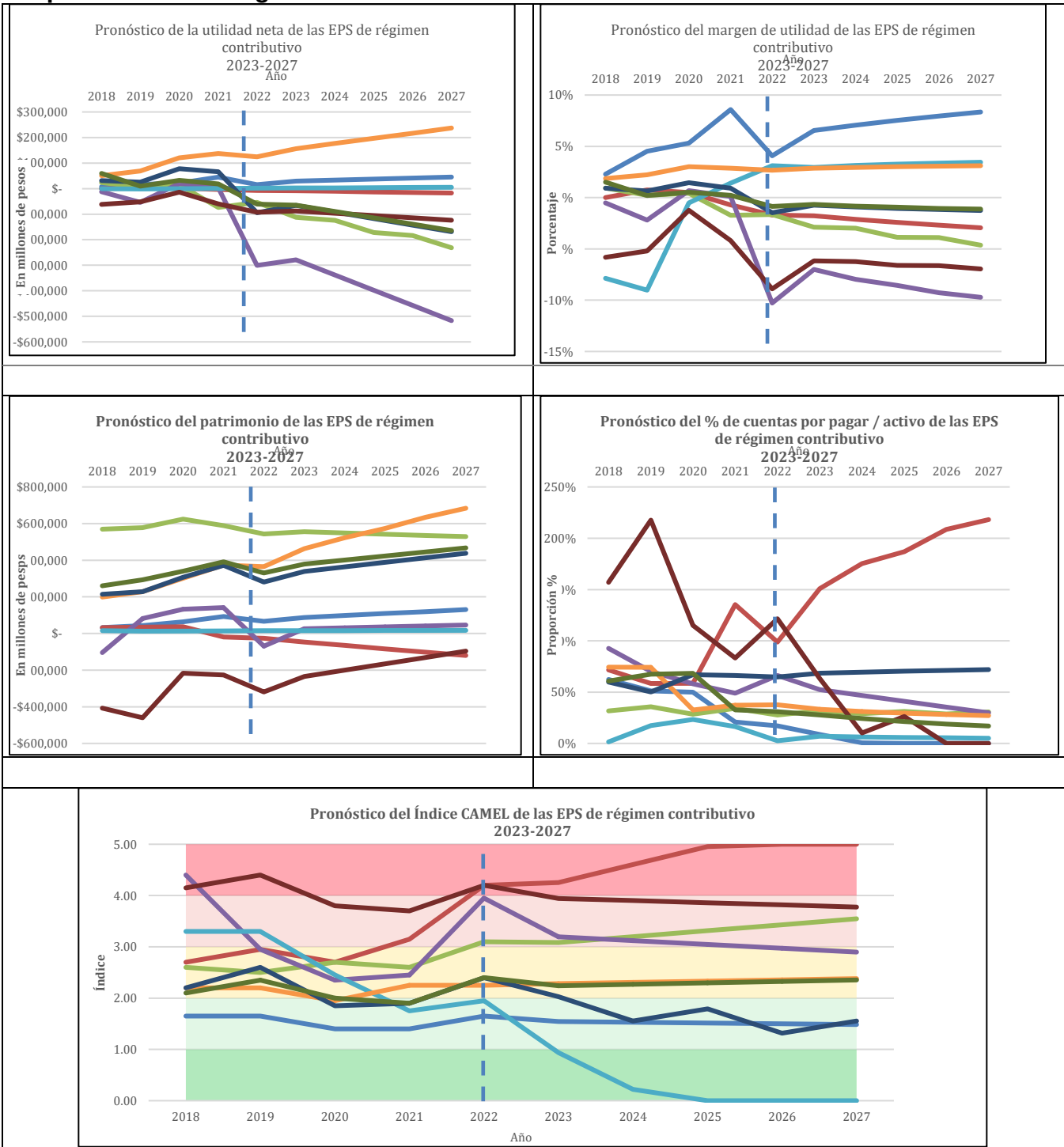
Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

**Grupo de EPS Cajas de Compensación Familiar con programas de salud en el Régimen Subsidiado**



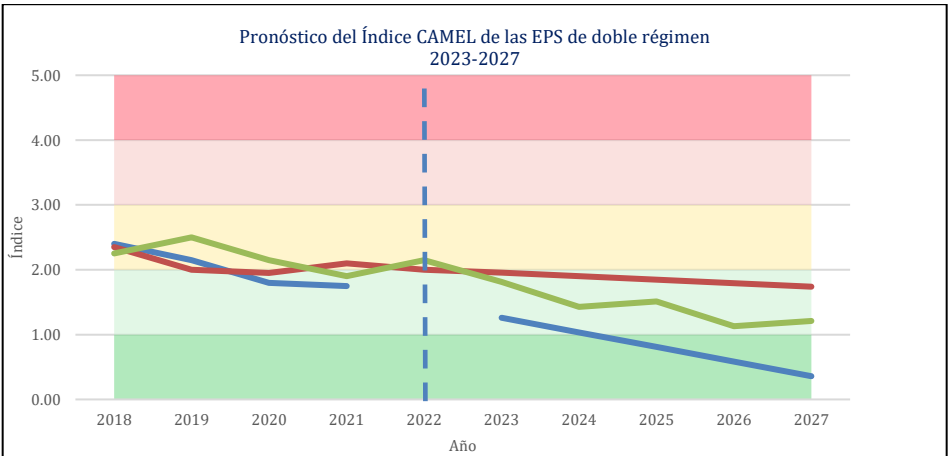
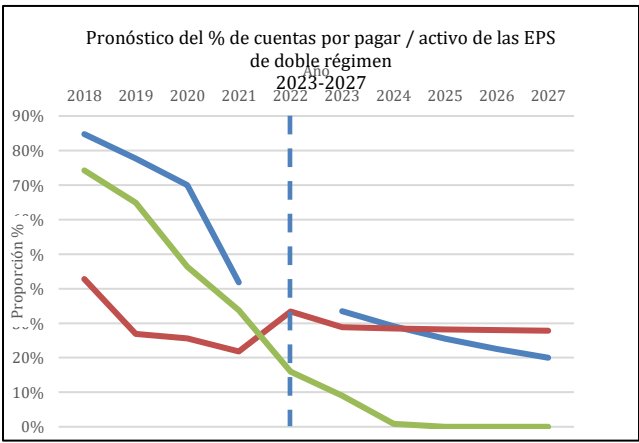
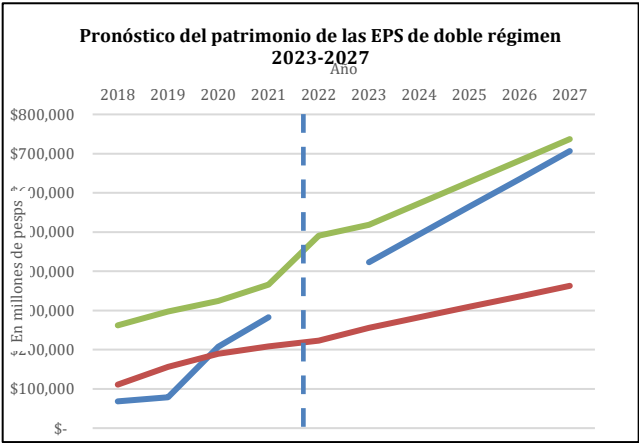
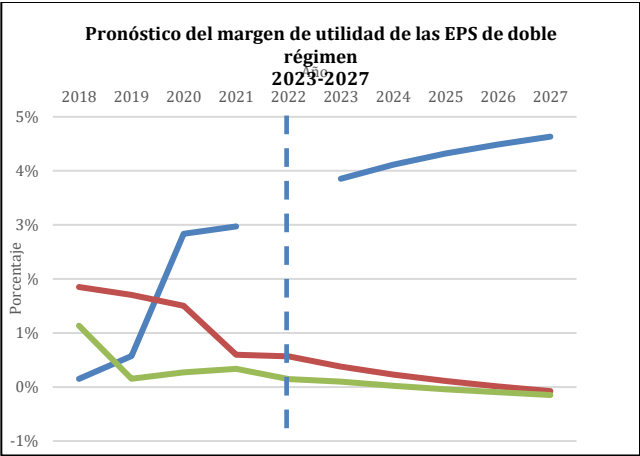
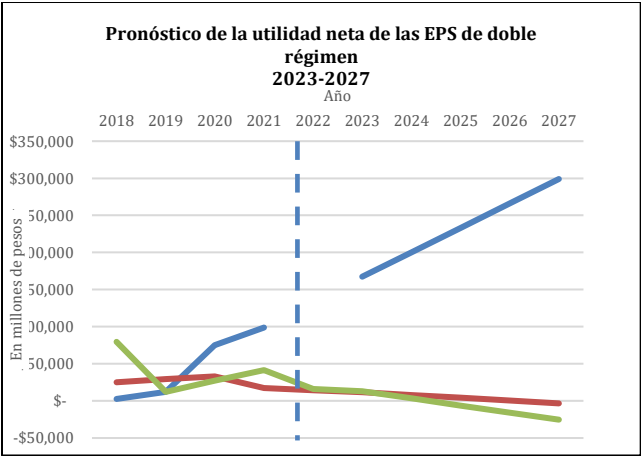
Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

### Grupo de EPS del Régimen Contributivo



Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.

# Grupo de EPS que operan en ambos regímenes



Fuente: catálogo de cuentas de las EPS Superintendencia Nacional de Salud.



## 7. Deudas acumuladas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

### 7.1. Cartera de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Con corte a septiembre de 2022, las Empresas Sociales del Estado registraron una cartera (cuentas por cobrar) de 11,7 billones de pesos con las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) y unos pasivos de 7,2 billones de pesos (Fuente: Reporte SIHO a septiembre de 2022) (Tabla 6).

**Tabla 6. Cartera Empresas Sociales del Estado por vigencias y edad (2016 a 2022)**

| Cartera (cuentas por cobrar) reportadas por las ESE<br>Corte: 2016 a septiembre de 2022<br>cifras en millones de pesos |               |              |               |                |               |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|----------------|
| Año                                                                                                                    | <60 días      | 61 a 90 días | 91 a 180 días | 181 a 360 días | > 360 días    | Total Cartera  |
| 2016                                                                                                                   | 1.178.098.031 | 500.491.438  | 1.008.720.864 | 1.360.150.263  | 3.628.721.542 | 7.676.076.224  |
| 2017                                                                                                                   | 1.219.743.925 | 587.043.488  | 1.110.377.762 | 1.520.354.876  | 4.078.489.020 | 8.516.009.440  |
| 2018                                                                                                                   | 1.321.802.035 | 554.752.397  | 1.133.744.292 | 1.417.588.433  | 4.763.658.808 | 9.191.545.968  |
| 2019                                                                                                                   | 1.533.947.816 | 638.514.727  | 1.263.537.748 | 1.584.728.492  | 4.999.983.214 | 10.021.487.284 |
| 2020                                                                                                                   | 1.473.822.143 | 556.057.518  | 966.727.793   | 1.485.188.207  | 5.549.064.405 | 10.030.859.991 |
| 2021                                                                                                                   | 1.848.582.199 | 696.977.286  | 1.470.010.449 | 1.704.861.985  | 5.449.526.072 | 11.169.957.994 |
| 2022                                                                                                                   | 1.756.520.605 | 700.478.637  | 1.356.367.756 | 1.900.968.711  | 6.046.606.011 | 11.760.941.722 |

Fuente SNS

**Tabla 7. Pasivos de las Empresas Sociales del Estado a septiembre de 2022**

| Pasivos acumulados adeudados por las Empresas Sociales del Estado -ESE<br>Millones de \$ corrientes |                  |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|
| Concepto                                                                                            | Total            | % Part.     |
| Préstamos por pagar                                                                                 | 109.653          | 1%          |
| Cuentas por pagar                                                                                   | 3.284.269        | 45%         |
| Beneficios a los empleados                                                                          | 1.101.057        | 15%         |
| Provisiones (Litigios y demandas, garantías y provisiones diversas)                                 | 1.171.711        | 16%         |
| Otros Pasivos                                                                                       | 1.648.973        | 23%         |
| <b>Total Pasivos</b>                                                                                | <b>7.315.663</b> | <b>100%</b> |

Si las entidades responsables de pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) pagaran la cartera que tienen con las ESE menor o igual a 360 días, las ESE podrían cancelar el 78% de sus pasivos.





A su vez, las Instituciones de Prestación de Servicios de Salud Privadas registraron una cartera de 32,4 billones de pesos con las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) y unos pasivos de 43,7 billones de pesos (Fuente: Reporte FT003 “Cuentas por Cobrar Deudores” y FT001 “Estados Financieros” a junio de 2022).

## 7.2. Cuentas por pagar a las ESE (reportadas por las EPS)

Las Cuentas por Pagar (CXP) de las EPS activas<sup>37</sup> a noviembre de 2022 con las ESE<sup>38</sup> asciende a \$2.4 billones, según información reportada por las EPS a la Supersalud a través del archivo Tipo FT004<sup>39</sup> - Cuentas por Pagar, acreedores. Las EPS con mayor participación en este total son *Nueva EPS* (28%), *Asmet* (15%), *Emssanar* (15%) y *Savia Salud* (10%) (Tabla 7).

**Tabla 7. Cuentas por Pagar de EPS Activas a ESE (Noviembre de 2022)**

*Cifra en millones de pesos*

| NIT       | EPS                      | Total CxP | No vencidas | Mora 30 días | Mora 60 días | Mora 90 días | Mora 180 días | Mora 360 días | Mora >360 días |
|-----------|--------------------------|-----------|-------------|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------|----------------|
| 800088702 | Sura EPS y EMP           | 20.038    | -           | 12.194       | 5.261        | 278          | 505           | 1.108         | 692            |
| 800130907 | Salud Total              | 16.414    | 14.807      | 179          | 95           | 90           | 115           | 1.128         | 0              |
| 800251440 | Sanitas                  | 44.993    | 31.094      | 7.287        | 1.644        | 519          | 4.449         | -             | -              |
| 805001157 | SOS                      | 10.593    | 8.437       | 66           | 81           | 40           | 88            | 690           | 1.190          |
| 806008394 | Asoc. Mutual SER         | 39.003    | 30.433      | 3.686        | 1.343        | 754          | 1.209         | 485           | 1.093          |
| 809008362 | Pijaos Salud             | 52.316    | 13.760      | 3.645        | 3.946        | 3.854        | 8.012         | 12.354        | 6.744          |
| 817001773 | Asoc. Indígena del Cauca | 62.683    | -           | 32.736       | 5.756        | 6.543        | 5.347         | 6.044         | 6.256          |
| 830003564 | Famisanar                | 76.275    | 25.014      | 32.099       | 6.315        | 2.973        | 4.039         | 2.492         | 3.343          |
| 830113831 | Aliansalud               | 2.583     | 2.031       | 486          | 5            | 25           | 10            | 12            | 15             |
| 837000084 | Mallamas                 | 44.917    | 1.811       | 42.351       | 108          | 88           | 93            | 52            | 414            |
| 839000495 | Anas Wayuu               | 5.589     | -           | 5.168        | 198          | 48           | 175           | -             | -              |
| 860066942 | Compensar                | 3.098     | 2.857       | 36           | 12           | 7            | 96            | 90            | -              |
| 890102044 | Cajacopi Atlántico       | 22.347    | 10.036      | 4.379        | 2.115        | 1.610        | 2.100         | 1.929         | 179            |
| 890303093 | Comfenalco Valle         | 1.642     | 18          | 381          | 208          | 457          | 376           | 89            | 113            |
| 890500675 | Comfaoriente             | 6.644     | 3.715       | 833          | 1.104        | 584          | 282           | 57            | 70             |
| 891600091 | ComfaChocó               | 1.960     | 1.646       | 119          | 99           | 49           | 42            | 1             | 3              |
| 891856000 | Capresoca                | 106.489   | -<br>9.967  | 21.353       | 9.934        | 10.821       | 10.963        | 20.843        | 42.540         |
| 892115006 | Comfamiliar Guajira      | 6.919     | 3.815       | 1.117        | 349          | 345          | 468           | 390           | 437            |
| 900156264 | Nueva EPS                | 678.497   | 646.879     | 6.121        | 4.107        | 2.655        | 5.969         | 3.377         | 9.388          |
| 900226715 | Coosalud                 | 84.383    | 40.820      | 10.564       | 7.638        | 1.494        | 6.939         | 10.032        | 6.896          |
| 900298372 | Capital Salud            | 116.472   | 74.814      | 5.651        | 3.728        | 2.645        | 5.768         | 14.674        | 9.192          |
| 900604350 | Savia Salud              | 233.317   | 72.452      | 61.217       | 33.513       | 27.496       | 7.643         | 6.149         | 24.848         |
| 900914254 | SALUD MIA                | 487       | 483         | 0            | -            | 1            | 0             | 2             | 1              |
| 900935126 | ASMET Salud              | 351.794   | 1.493       | 69.584       | 55.659       | 45.366       | 90.340        | 62.917        | 26.435         |
| 901021565 | Emssanar                 | 367.598   | 155.886     | 53.200       | 40.342       | 40.967       | 65.199        | 11.106        | 6.608          |

Fuente SNS

<sup>37</sup> No se incluye ESPP Dusakawi por que no se cuenta con el reporte.

<sup>38</sup> Se utiliza REPS para verificar las ESE activas.

<sup>39</sup> Para mayor referencia remitirse a la Circular 16 de 2016



### 7.3. Cuentas por cobrar a las EPS activas y liquidadas o en liquidación (reportadas por las ESE a fecha de corte: septiembre de 2022)

De la cartera que reportan las ESE con las EPS liquidadas, en liquidación o activas que asciende a \$4,5 billones de pesos ver tabla No 9. El 52,7% es cartera con EPS activas, el 43,7% corresponden a EPS liquidadas o en proceso de liquidación. Así mismo, si se analiza por régimen el 85% corresponden a las EPS del régimen subsidiado y EPS régimen contributivo y subsidiado.

**Tabla 8. Cuentas por cobrar a EPS según régimen**

| Régimen                      | Total Cartera    |
|------------------------------|------------------|
| EPS Contributivo             | 673.102          |
| EPS Subsidiado               | 2.064.945        |
| EPS Contributivo; Subsidiado | 1.747.853        |
| <b>Total general</b>         | <b>4.485.900</b> |

Fuente: SIHO a septiembre de 2022.

### 7.4. Cuentas por cobrar a las EPS activas por edades (reportadas por las ESE, corte: septiembre de 2022)

De las cuentas por cobrar que reportan las ESE con las EPS activas el 72,1% se concentran en 7 de las 27 y equivale a \$3.2 billones de pesos y de estos \$1,3 billones aproximadamente son con la Nueva EPS ver tabla 9. A continuación, se presenta las cuentas por cobrar por EPS activas de mayor a menor participación dentro de la cartera total.

**Tabla 9. Cuentas por cobrar según edad de las ESE a las EPS Activas**

| <i>Cifras en millones de pesos</i> |                          |           |              |               |           |           |           |
|------------------------------------|--------------------------|-----------|--------------|---------------|-----------|-----------|-----------|
| NIT                                | Razón Social             | < 60 días | 61 a 90 días | 91 a 180 días | 181 a 360 | >360 días | Total CXC |
| 800088702                          | Sura EPS y EMP           | 19.673    | 7.596        | 12.896        | 17.284    | 28.364    | 85.812    |
| 800130907                          | Salud Total              | 50.398    | 15.240       | 28.648        | 18.706    | 20.436    | 133.428   |
| 800251440                          | Sanitas                  | 55.538    | 23.975       | 44.263        | 29.805    | 26.033    | 179.614   |
| 805001157                          | SOS                      | 4.819     | 1.804        | 1.977         | 3.885     | 10.818    | 23.303    |
| 806008394                          | Asoc. Mutual SER         | 30.003    | 11.194       | 13.786        | 18.511    | 18.447    | 91.941    |
| 809008362                          | Pijaos Salud             | 7.133     | 3.789        | 9.522         | 11.026    | 11.912    | 43.383    |
| 817001773                          | Asoc. Indígena del Cauca | 22.344    | 5.746        | 6.486         | 6.848     | 13.541    | 54.964    |
| 824001398                          | Dusakawi                 | 2.918     | 2.050        | 1.894         | 2.268     | 4.037     | 13.166    |
| 830003564                          | Famisanar                | 54.815    | 23.214       | 29.732        | 28.252    | 46.274    | 182.287   |
| 830113831                          | Aliansalud               | 881       | 272          | 418           | 1.280     | 1.802     | 4.654     |
| 837000084                          | Mallamas                 | 17.277    | 7.324        | 12.522        | 8.613     | 10.868    | 56.604    |
| 839000495                          | Anas Wayuu               | 1.236     | 99           | 410           | 820       | 1.326     | 3.890     |
| 860066942                          | Compensar                | 15.903    | 6.009        | 9.871         | 8.048     | 16.239    | 56.071    |
| 890102044                          | Cajacopi Atlántico       | 35.750    | 21.025       | 40.349        | 40.192    | 64.743    | 202.058   |



|              |                  |                  |                |                |                |                  |                  |
|--------------|------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|------------------|------------------|
| 890303093    | Comfenalco Valle | 2.682            | 511            | 818            | 1.230          | 2.297            | 7.538            |
| 890500675    | Comfaorient      | 6.258            | 1.594          | 2.145          | 2.026          | 2.927            | 14.951           |
| 891600091    | ComfaChocó       | 5.606            | 1.964          | 3.379          | 3.234          | 10.537           | 24.720           |
| 891856000    | Capresoca        | 6.828            | 7.763          | 12.466         | 38.262         | 76.357           | 141.675          |
| 892200015    | ComfaSucre       | 529              | 497            | 3.650          | 2.891          | 5.063            | 12.630           |
| 900156264    | Nueva EPS        | 342.286          | 151.739        | 256.186        | 261.866        | 239.677          | 1.251.755        |
| 900226715    | Coosalud         | 133.628          | 44.190         | 62.902         | 57.762         | 105.676          | 404.157          |
| 900298372    | Capital Salud    | 37.030           | 11.523         | 19.129         | 13.270         | 40.086           | 121.038          |
| 900604350    | Savia Salud      | 122.656          | 16.859         | 18.961         | 19.712         | 78.540           | 256.728          |
| 900914254    | SALUD MIA        | 230              | 16             | 57             | 54             | 40               | 396              |
| 900935126    | ASMET Salud      | 100.206          | 42.021         | 100.195        | 82.809         | 106.931          | 432.162          |
| 901021565    | Emssanar         | 143.233          | 59.397         | 89.352         | 80.382         | 80.371           | 452.735          |
| 901093846    | Ecoopsos         | 29.537           | 13.381         | 42.403         | 47.124         | 101.795          | 234.240          |
| <b>Total</b> |                  | <b>1.249.395</b> | <b>480.792</b> | <b>824.416</b> | <b>806.159</b> | <b>1.125.137</b> | <b>4.485.900</b> |

**Fuente:** SIHO a septiembre de 2022.

A manera de síntesis se presentan los siguientes enunciados:

- El total de la cartera de las Entidades Responsables de Pago (EPS, SOAT, ADRES, Régimen Especial, entre otros) con las ESE a 30 de septiembre de 2022 ascendió a \$11,7 billones, la cual se incrementó en el 5,29% frente al 2021 y del 17,25 frente al año 2020.
- Cartera menor o igual a un año es de \$5,7 billones, que representa el 49%; de lograr el recaudo de esta cartera las ESE podrían pagar el 78% de su pasivo
- Cartera mayor a un año, la cual se considera de difícil cobro es de \$6,0 billones y equivale al 51%.
- De acuerdo con el comportamiento del recaudo de la cartera se puede inferir que las EPS estarían pagando deuda de vigencia anterior con la UPC de la vigencia
- Teniendo en cuenta que el recaudo de ingresos de las ESE por prestación de servicios a las EPS es en promedio del 65%, se sugiere que el MSP le solicite a las EPS les gire el 90% dentro de los 30 días siguientes a la radicación de la facturación por parte de las ESE. Esta decisión permitiría que las ESE reduzca su pasivo y cuente con la liquidez necesaria para financiar su capital de trabajo.
- Estudiar las posibilidades de financiamiento de las cuentas por cobrar de las ESE > a 360 días y la cual asciende a \$6,0 billones de pesos los cuales en mayor proporción son deudas de EPS liquidadas o en proceso de liquidación



## 8. Estado actual de los trabajadores en el sector y formalización del Talento Humano en Salud

Con la implementación de la Ley 100 de 1993, la contratación y condiciones laborales de los trabajadores del sector se deterioraron, esto debido a que las EPS establecieron controles sobre “la cantidad, la calidad y el costo de los servicios de salud (...) recurriendo a los paquetes de servicios y el establecimiento de una serie de protocolos administrativos y económicos de control de entrada y restricciones a los pacientes, que introdujeron cambios en el ejercicio de los recursos humanos”<sup>40</sup>. Teniendo como resultado una paulatina flexibilización laboral que condujo a contratos de corta duración, contratos tercerizados y el abuso de la figura del contrato por prestación de servicios.

El control de las EPS a través de los paquetes de servicios llevó a que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud públicas y privadas optaran por la subcontratación de trabajadores misionales, con el objetivo de reducir sus costos fijos. Trayendo como consecuencia un deterioro en las condiciones laborales y afectando la atención a los pacientes, como lo expone Gloria Molina en la investigación titulada *Dilemas en las decisiones en la atención en salud: Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*: “las deficientes condiciones laborales coartan la autonomía del personal de salud y genera dilemas éticos en las decisiones en salud”<sup>41</sup>.

En este contexto y para garantizar el trabajo digno, seguro y decente a los trabajadores de la salud, abandonando la intermediación laboral y la vulneración de derechos, se ha analizado la contratación en las 928 Empresas Sociales del Estado existentes, encontrando que el 27% (47.243) de los trabajadores misionales y administrativos se encuentran formalizados y el 73% (128.643) están vinculados por prestación de servicios.

Dado que la formalización laboral en todas las instituciones públicas es ya una decisión de gobierno para 2023, se debe incluir en el presupuesto 2023 y siguientes, los costos de la formalización. En las proyecciones financieras de la reforma, se consideraron estos costos desde la vigencia 2023 con 2.267.050.577 para formalización de los trabajadores de Hospitales públicos (segundo y tener nivel).

Por otra parte, en el presupuesto de los Centros de Atención Primaria se incluyó el costo de las prestaciones sociales de los trabajadores, por valor de 1.078.000. (los hospitales locales únicos de municipios pequeños se consideran centros de atención primaria con camas y se financian

---

<sup>40</sup> Florez Acosta, Jorge Hernán, Atehortúa Becerra, Sara Catalina, Arenas Mejía Alba Cristina. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009, 8(16), 107-131 (fecha de consulta 28 de enero de 2023). ISSN: 1657-7027.

<sup>41</sup> Molina G, Muñoz IF, Ramírez A, editores. Dilemas en las decisiones en la atención en salud: ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera. Universidad de Antioquia, Procuraduría General de la Nación, Instituto de Estudios del Ministerio Público, Universidad Industrial de Santander, Colciencias; 2009.

por esta vía). La partida destinada a la formalización de hospitales se proyecta con un crecimiento real permanente promedios del 5% anual.

La metodología del costeo del programa de formalización se realizó teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Se toma como fuente a la información reportada por las ESE, validada y presentada por las Direcciones Territoriales de Salud nivel Departamental y Distrital al Ministerio de Salud y Protección Social en virtud del Decreto 2193 de 2004 compilado en el Decreto 780 de 2016.
- Se tiene en cuenta la asignación básica mensual (8 horas) reportada por cada perfil de los cargos en planta de personal de las ESE, incluyendo factores prestacionales de los empleados públicos.
- Se basa en el reporte del número de personas contratadas por las ESE con persona natural o jurídica por actividad desarrollada, activas o vigentes a 30 de septiembre de 2022.
- Se realiza la estimación para nivel profesional, técnico y asistencial.
- No se tiene en cuenta la estimación de la formalización laboral de los profesionales de medicina y odontología especializado(a)s por su manifiesta renuencia a la formalización.
- La proyección se realiza para las categorías:
  - Trabajadores Operativos en su calidad de trabajadores misionales
  - Trabajadores de apoyo como trabajadores que realizan actividades administrativas

### 8.1. Costeo de los trabajadores de salud: Apoyo (administrativo) y Operativo (asistencial – misional)

Se propone formalizar a los trabajadores de las dos categorías operativos (42.784) y apoyo (85.859), iniciando por niveles de atención. La formalización requiere 9 billones de pesos.

Descripción de las actividades y perfiles de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)  
Datos en número de personas

| Actividad por número de personas según nivel de atención | Apoyo (Administrativo) |          |          | Total Apoyo (Administrativo) | Operativo (Asistencial) |          |          | Total Operativo (Asistencial) | Total general |
|----------------------------------------------------------|------------------------|----------|----------|------------------------------|-------------------------|----------|----------|-------------------------------|---------------|
|                                                          | 1° nivel               | 2° nivel | 3° nivel |                              | 1° nivel                | 2° nivel | 3° nivel |                               |               |
| Total general                                            | 23.206                 | 11.885   | 7.693    | 42.784                       | 38.322                  | 22.175   | 25.362   | 85.859                        | 128.643       |

Estimación de costos según las actividades y perfiles de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)  
(Cifras en billones de pesos)

| Actividad | Área                   |          |          |                              |                         |          |          |                               | Total general |
|-----------|------------------------|----------|----------|------------------------------|-------------------------|----------|----------|-------------------------------|---------------|
|           | Apoyo (Administrativo) |          |          | Total Apoyo (Administrativo) | Operativo (Asistencial) |          |          | Total Operativo (Asistencial) |               |
|           | Nivel de atención      |          |          |                              | Nivel de atención       |          |          |                               |               |
|           | 1° nivel               | 2° nivel | 3° nivel |                              | 1° nivel                | 2° nivel | 3° nivel |                               |               |
| Total     | 1,4                    | 0,8      | 0,5      | 2,7                          | 2,8                     | 1,6      | 1,9      | 6,2                           | 8,99          |



## 8.2. Estimación de la formalización laboral de los trabajadores de la salud: Operativo (asistencial) y Apoyo (administrativo)

En las tablas 11 y 12 se muestra tanto el número de trabajadores según categoría y nivel de atención como la proyección del costo con la formalización laboral. La Tabla 11 corresponde a un escenario de formalización por categoría.

**Tabla 11. Número de trabajadores sujetos de formalización por categoría y costo neto (escenario 1)**

| Numero de Personas |                        |                                     |                         |                                     |                |                            |
|--------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------------|----------------------------|
| Nivel de atención  | Apoyo (Administrativo) | % de participación por tipo de área | Operativo (Asistencial) | % de participación por tipo de área | Total general  | % de participación / Total |
| 1                  | 23.206                 | 37,7%                               | 38.287                  | 62,3%                               | 61.493         | 47,8%                      |
| 2                  | 11.885                 | 34,9%                               | 22.146                  | 65,1%                               | 34.031         | 26,5%                      |
| 3                  | 7.693                  | 23,3%                               | 25.332                  | 76,7%                               | 33.025         | 25,7%                      |
| <b>Total</b>       | <b>42.784</b>          | <b>33,3%</b>                        | <b>85.765</b>           | <b>66,7%</b>                        | <b>128.549</b> | <b>100,0%</b>              |

Fuente: Información reportada por las ESE, validada y presentada por la DTS Departamentales y Distritales al MSPS en virtud del Decreto 2193 de 2004, compilado en el Decreto 780 de 2016

| Valores en Billones de \$ constantes 2.023 |                        |                                     |                         |                                     |               |                            |
|--------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------|----------------------------|
| Nivel de atención                          | Apoyo (Administrativo) | % de participación por tipo de área | Operativo (Asistencial) | % de participación por tipo de área | Total general | % de participación / Total |
| 1                                          | \$ 1,4                 | 33,6%                               | \$ 2,8                  | 66,4%                               | \$ 4,1        | 46,1%                      |
| 2                                          | \$ 0,8                 | 32,5%                               | \$ 1,6                  | 67,5%                               | \$ 2,4        | 26,6%                      |
| 3                                          | \$ 0,5                 | 21,9%                               | \$ 1,9                  | 78,1%                               | \$ 2,5        | 27,3%                      |
| <b>Total</b>                               | <b>\$ 2,7</b>          | <b>30,1%</b>                        | <b>\$ 6,3</b>           | <b>69,9%</b>                        | <b>\$ 9,0</b> | <b>100,0%</b>              |

Fuente: Estimación realizada por Dirección de Desarrollo de THS y Dirección de Prestación de Servicios de Salud-MSPS, tomando como base información del SIHO

**Tabla 12. Número de trabajadores sujetos de formalización por nivel de atención y costo neto (escenario 2)**

| Valores en Billones de \$ constantes 2.023 |                      |               |               |               |               |
|--------------------------------------------|----------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Nivel de THS                               | Nivel de complejidad |               |               |               |               |
|                                            | 1                    | 2             | 3             | Total         | Proporción    |
| Profesional                                | \$ 2,4               | \$ 1,4        | \$ 1,5        | \$ 5,3        | 59,1%         |
| Técnico                                    | \$ 0,3               | \$ 0,1        | \$ 0,2        | \$ 0,6        | 7,2%          |
| Asistencial                                | \$ 1,4               | \$ 0,8        | \$ 0,8        | \$ 3,0        | 33,6%         |
| <b>Total general</b>                       | <b>\$ 4,1</b>        | <b>\$ 2,4</b> | <b>\$ 2,5</b> | <b>\$ 9,0</b> | <b>100,0%</b> |
| <b>Proporción</b>                          | <b>46,1%</b>         | <b>26,6%</b>  | <b>27,3%</b>  | <b>100,0%</b> |               |

| Numero de Personas   |                      |               |               |                |               |
|----------------------|----------------------|---------------|---------------|----------------|---------------|
| Nivel de THS         | Nivel de complejidad |               |               |                |               |
|                      | 1                    | 2             | 3             | Total          | Proporción    |
| Profesional          | 24.184               | 13.772        | 14.171        | 52.127         | 40,6%         |
| Técnico              | 5.229                | 2.410         | 3.801         | 11.440         | 8,9%          |
| Asistencial          | 32.080               | 17.849        | 15.053        | 64.982         | 50,6%         |
| <b>Total general</b> | <b>61.493</b>        | <b>34.031</b> | <b>33.025</b> | <b>128.549</b> | <b>100,0%</b> |
| <b>Proporción</b>    | <b>47,8%</b>         | <b>26,5%</b>  | <b>25,7%</b>  | <b>100,0%</b>  |               |



### 8.3. Comparación del costeo de trabajadores de la salud por OPS y con formalización laboral

Como se observa a continuación, a 2023 el costo de la contratación por Prestación de Servicios es de \$5,61 billones y la formalización laboral de estos trabajadores requiere \$9,0 billones. El costo fiscal neto de formalizar el talento humano en salud sería de \$3,39 billones.

| Vinculación por Prestación de Servicios                             |                        |                         |               |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------|
| Estimación gastos por servicios personales indirectos vigencia 2023 |                        |                         |               |
| Valores en Billones de \$ constantes 2.023                          |                        |                         |               |
| Nivel de atención                                                   | Apoyo (Administrativo) | Operativo (Asistencial) | Total general |
| 1                                                                   | 0,8                    | 1,4                     | 2,2           |
| 2                                                                   | 0,5                    | 1,1                     | 1,6           |
| 3                                                                   | 0,4                    | 1,4                     | 1,8           |
| <b>Total</b>                                                        | <b>1,6</b>             | <b>4,0</b>              | <b>5,61</b>   |

Nota: No incluye 1,5 billones corresponde a servicios personales directos de profesionales de Medicina y Odontología especialistas

| Formalización laboral                      |                        |                         |               |
|--------------------------------------------|------------------------|-------------------------|---------------|
| Valores en Billones de \$ constantes 2.023 |                        |                         |               |
| Nivel de atención                          | Apoyo (Administrativo) | Operativo (Asistencial) | Total general |
| 1                                          | 1,4                    | 2,8                     | 4,1           |
| 2                                          | 0,8                    | 1,6                     | 2,4           |
| 3                                          | 0,5                    | 1,9                     | 2,5           |
| <b>Total</b>                               | <b>2,7</b>             | <b>6,3</b>              | <b>9,0</b>    |

Nota: No incluye profesionales de Medicina y Odontología especializada

Incremento proyectado:  
Costo: 3,39 billones (62%)

### Propuesta de gradualidad de la formalización laboral de los trabajadores de la salud a 4 años por nivel de atención

| Nivel del THS                      | Nivel de atención    | 1° año       | 2° año       | 3° año       | 4° año |
|------------------------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------|--------|
| Profesional, Técnico y Asistencial | 1° nivel de atención | 4,1 billones |              |              |        |
| Profesional, Técnico y Asistencial | 2° nivel de atención |              | 2,4 billones |              |        |
| Profesional, Técnico y Asistencial | 3° nivel de atención |              |              | 2,5 billones |        |





## 9. Plan Nacional de Formación de Talento Humano en Salud

El estudio realizado por Florez, Atehortúa y Arenas en el año 2008, sobre las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993, puso en evidencia cambios importantes en la estructura del sector, que agruparon en las siguientes categorías: "1) oferta académica y calidad de la educación, 2) oferta y demanda de recurso humano, 3) poder de mercado, 4) nivel de ingresos y 5) contratación del recurso humano"<sup>42</sup>. Este último aspecto ya fue abordado y nos concentraremos la oferta académica y la calidad de atención. Para los investigadores, las precarias condiciones laborales en el sector, se derivan además de las ya mencionadas, por aumento desordenado en la oferta de programas de pregrado, posgrado y de formación para el trabajo y desarrollo humano, así como de la baja calidad de estos programas.

Se requiere el desarrollo de competencias en los trabajadores del sector que permita avanzar en la Atención Primaria en Salud, con abordaje territorial, intercultural e integral, para ello se requiere avanzar en el plan de formación del personal de salud que se presenta a continuación.

### Formación personal de salud

**Promotores de salud:** En el marco de la reforma al sistema de salud, la implementación del modelo preventivo, predictivo y resolutorio, y de las redes integrales e integradas de servicios de salud, se requiere de la participación activa de la comunidad. Es por ello necesario avanzar en la formación como promotor(a) de salud de personas pertenecientes a la comunidad de influencia, cuyos sujetos de atención sean las personas, las familias y la comunidad en su territorio, siendo articuladora entre la comunidad y los actores del Sistema de Salud, que contribuye al cuidado de la vida, la promoción de la salud y al bienestar integral de las poblaciones.

Se tiene prevista la conformación de cerca de 11.700 equipos territoriales y la vinculación a cada uno de ellos, de los promotores de salud, de acuerdo al número de familias y características de los territorios. Por esta razón se hace necesario, *formar cinco mil promotores de salud* durante el 2023, con recursos del Estado que se proyectan en 15.000 millones de pesos.

**Pregrados en áreas de la salud:** ante la escasez de profesionales de salud en las diferentes áreas, se definirá junto con el Ministerio de Educación el número de cupos que se priorizarán para el sector.

**Diplomado en Salud Pública y Atención Primaria en Salud:** Debido a que en las última tres décadas la formación de profesionales, técnicos y tecnólogos en salud se centró en la atención de la enfermedad con pobres contenidos en salud pública, atención primaria en salud, salud familiar y determinantes sociales de la salud y gobernanza, se hace necesario poner en marcha

---

<sup>42</sup> Florez Acosta, Jorge Hernán, Atehortúa Becerra, Sara Catalina, Arenas Mejía Alba Cristina. Las condiciones laborales de los profesionales de la salud a partir de la Ley 100 de 1993: evolución y un estudio de caso para Medellín. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2009, 8(16), 107-131 (fecha de consulta 28 de enero de 2023). ISSN: 1657-7027



un programa de educación continua en articulación con las Instituciones de Educación Superior. El diplomado tiene el objetivo de desarrollar conocimientos y habilidades requeridos para el abordaje poblacional en los diferentes territorios del país. Este diplomado está estimado en 4.500 millones de pesos.

**Incentivos para las Instituciones de Educación Superior:** como mecanismo institucional y regular de coordinación con las políticas de educación y trabajo para el establecimiento de un plan de formación adecuado a las necesidades de salud de la población según el territorio, que fortalezca en los currículos de formación los aprendizajes en las áreas mencionadas. Se estos incentivos se proyectan en 22.650 millones de pesos para el cuatrienio.

**Servicio social obligatorio:** se crearán 4000 nuevas plazas para el servicio social obligatorio, dando prioridad a los municipios PDET y zonas dispersas. Las nuevas plazas son 1000 para enfermería, 1000 para medicina, 1000 para odontología y 1000 para psicología. La financiación de estas nuevas plazas por un año es de: \$ \$ 250.275.690.636

**Becas-Crédito formación posgradual en APS profesiones no médicas:** con la finalidad de lograr en los trabajadores de salud no médicos mayor resolutivez, como estrategia para fortalecer las intervenciones de atención primaria en salud y las acciones orientadas a reducir la morbilidad materna e infantil. Se plantea la creación de 4.000 becas-crédito para el cuatrienio, correspondientes a dos (2) salarios mínimos legales vigentes (S.M.L.V.) mensuales. Además, estas becas-crédito son un incentivo para mejorar la distribución y cualificación de los trabajadores de salud en municipios PDET y zonas dispersas. La dinámica de estas becas-crédito se puede observar en el cuadro a continuación.

**Becas-Crédito Profesionales no médicos 2023-2026**  
**A costos de 2023**

| año/monto                | 2023            | 2024           | 2025           | 2026            |
|--------------------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Total recursos por año   | 13.920.000.000  | 48.441.600.000 | 74.923.008.000 | 108.638.361.600 |
| Total recursos 2023-2026 | 245,922,969,600 |                |                |                 |



## **SEGUNDA PARTE: los cambios estructurales propuestos por la Reforma**

En esta parte se avanza en la descripción de los principales componentes que abarcará la reforma, entre los cuales se destacan: la gobernanza con la arquitectura organizacional requerida, los mecanismos de asignación de recursos, un sistema de información único que permita la interoperabilidad y esté al servicio de un modelo preventivo y predictivo, así como la organización de la prestación en nivel primario y complementario que incluye un plan para Centros de Atención Primaria en Salud, un sistema de aseguramiento social con la prestación pública y privada de servicios de atención en red en los niveles de media y alta complejidad, un esquema del financiamiento del sistema con las proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma.



## 1. Nueva arquitectura institucional de gobernanza, territorializada con control centralizado

El concepto de gobernanza ha tomado una importancia creciente en estos últimos 25 años. Hace referencia a la evolución del estado contemporáneo hacia modelos de acción pública que involucran, sobre un modo más horizontal que vertical, a varias organizaciones. El Estado sigue siendo un actor importante, pero, debido a la complejidad misma de los problemas, es preciso contar con la cooperación de actores tanto públicos como privados para la realización de la intervención pública.

En esta continua definición del papel del Estado es fundamental tener presente la responsabilidad de la rectoría de la autoridad sanitaria que incluye varias dimensiones: Conducción Sectorial, Regulación, Modulación del Financiamiento, Garantía del Aseguramiento materializada en el acceso universal, Armonización de la Prestación de Servicios y la Ejecución de las Funciones Esenciales de Salud Pública que son competencia indelegable de la Autoridad Sanitaria<sup>43</sup>.

La nueva arquitectura requiere del fortalecimiento de instancias existentes, la creación de nuevas y construir mecanismos de articulación intra e inter-niveles.

- Nivel Nacional
  - Fortalecimiento del Ministerio de Salud y Protección Social
  - Fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Salud
  - Creación de la Comisión Intersectorial Nacional de Determinantes Sociales en Salud
  - Creación del Consejo Nacional de Salud
  - Fortalecimiento y desconcentración de la ADRES
  - Creación del Fondo Único Público de Salud
- Nivel Regional
  - Creación de Consejos de Administración del Fondo Regional de Seguridad Social en Salud
  - Creación del Consejo Regional de Planeación y Evaluación en Salud
  - Creación del Fondo Regional de Seguridad Social
- Nivel Territorial
  - Creación de las Comisiones Intersectoriales Departamentales, distritales y municipales de Determinantes Sociales en Salud
  - Consolidación de los Consejos Territoriales de Salud
  - Creación del Consejo Territorial de Planeación y Evaluación en Salud
  - Creación de las Unidades Zonales de Planeación y Evaluación en Salud del orden Departamental y Distrital
  - Fortalecimiento de las capacidades de la autoridad sanitaria territorial
  - Consolidación de los Fondos Territoriales de Salud

<sup>43</sup> Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013 Public health stewardship and governance regarding the Colombian healthcare system, 2012-2013. André N. Roth-Deubel y Gloria Molina-Marín



## 2. Estrategias para la asignación de los recursos: cuadro comparativo del modelo actual y el propuesto en cuanto a: control de costos, mecanismos anticorrupción e incentivos

| VARIABLES                                                             | Incentivos Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INCENTIVOS                                                            | RÉGIMEN ACTUAL                                                                                                                                                              | DESEMPEÑO PRÁCTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | RÉGIMEN PROPUESTO                                                                                                                                              |
| Macro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia | Incentivo global de carácter económico/Competencia/Maximizar utilidades                                                                                                     | Competir con base en el precio, predomina actualmente en detrimento de la calidad (resultados de salud)/Las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes de mercado se han flexibilizado colocando en riesgo la idoneidad de estos agentes lo cual afecta a proveedores y usuarios /El sistema nunca consideró los enormes boquetes de corrupción/Las IPS siempre que haya efectivas opciones de selección, son más vulnerables al desplazamiento de usuarios que las EPS de los suyos                                                                                                                                                                                                                                                                   | Incentivo basado en el logro de resultados de salud/goce efectivo del derecho a la salud/servicio público esencial/aseguramiento público universal y solidario |
|                                                                       | Criterios razonables de capital, tamaño y organización que suministren un mínimo de garantías (Administradores PB)                                                          | Las condiciones establecidas para la creación y funcionamiento de los agentes de mercado se han flexibilizado colocando en riesgo la idoneidad de estos agentes lo cual afecta a proveedores y usuarios del Sistema de Salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | El aseguramiento público, universal y solidario garantizado en forma integral y con referente territorial                                                      |
|                                                                       | Condiciones y parámetros para el manejo de los riesgos de selección                                                                                                         | Carteras asimétricas de clientes según riesgo o localización geográfica generando inequidades de acceso efectivo a los servicios de salud/Mayores quiebras en las aseguradoras del régimen subsidiado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | El aseguramiento público y universal evita la selección de riesgos de las poblaciones                                                                          |
|                                                                       | Requisitos Esenciales Permiten a los prestadores acceder al mercado                                                                                                         | Los desbalances de financiación terminan afectando la calidad y a los usuarios/La competencia entre proveedores se ve distorsionada por la integración vertical, por la afectación del sistema de pagos (cartera y pasivos)/ por la exclusión de oferentes en ciertas zonas o por rigideces institucionales en el caso de las ESE formalmente autónomas, pero dependen de un entorno institucional complejo y ajeno al mercado a pesar que se les confronta con el mismo)/En últimas las EPS seleccionan prestadores no con base en calidad sino con base en disminución de costos y en otros casos prestación de servicios con acumulación de cartera/ La participación comunitaria como control del desempeño de las ESE no ha tenido una medición de eficacia o resultados ciertos | Los prestadores de servicios se integran a una red bajo las reglas del sistema de salud                                                                        |
|                                                                       | Libertad de escoger la EPS cuyas características satisfagan de la mejor manera sus expectativas/Libertad de traslados/Libertad escogencia IPS/sanciones cuando se coacciona | Las crisis sistemáticas de EPS no dan libertad de elección, sino de asignar a los usuarios a quien esté en capacidad/El principio de libre elección de prestadores es limitado por oferta y por los contratos de la red, en especial cuando hay integración vertical                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | La libertad de escogencia es directa entre el hogar en el territorio y las redes integradas e integrales de servicios                                          |



|                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Se estandariza el producto (Plan de Beneficios) / Precio único/Estandarización de condiciones mínimas (Requisitos esenciales) | El producto no está estandarizado en la práctica (fallos de la Corte, y tutelas) por lo cual en la práctica es un sistema abierto a las prestaciones y el Estado paga/La igualación tardía del plan de beneficios en el sistema tiene el rezago de igualar la UPC/Los proveedores tienen dificultad para competir por razón de sus carteras variables y por las cuotas fijas de aseguramiento en el régimen subsidiado/El sistema de información a usuarios sigue siendo asimétrico/El Plan de Beneficios tiene grietas respecto a su estandarización como presupuestos máximos y reembolsos | La salud como derecho fundamental exige un conjunto de prestaciones, las más posibles para garantizar el goce efectivo/La contención de costos se basará en un enfoque basado en resultados de salud                                                                                                                                                                          |
| Límite capacidad de los agentes para seleccionar riesgos/No preexistencias y exclusiones                                      | Los agentes terminan seleccionando riesgos por vía indirecta (Publicidad por ejemplo para ofrecer planes gratuitos a población joven de acceso a gimnasio) /En la integración vertical y horizontal cuando los aseguradores tienen prepagadas, facilitan la afiliación de sus mismos asegurados en la prepagada y en la EPS                                                                                                                                                                                                                                                                  | La gestión del riesgo en salud es integral, tiene referente en el territorio/Determinantes sociales/atención Primaria en Salud resolutive/Modelo predictivo y preventivo/Sistema de incentivos entre el prestador alineado con resultados de salud/Rutas de atención definidas y operantes/Investigación y apropiación del conocimiento/Talento humano/Sistema de información |



| <b>Incentivos Meso (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud</b> |                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                     | <b>RÉGIMEN ACTUAL</b>                                                                                                                                                                                                                                   | <b>DESEMPEÑO PRÁCTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>RÉGIMEN PROPUESTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Incentivos Meso basados en las reglas sectoriales                                                                   | Competencia basada en calidad (dado el precio estándar UPC) /Generar utilidades en función de la contención de costos y la eficiencia (Dificultad de seleccionar riesgos e imposibilidad de manipular los márgenes de utilidad por el precio)           | La contención de costos ha generado un sesgo en detrimento de la atención primaria en salud y la promoción/La contención de costos no se traduce en mayor calidad/Los márgenes de UPC han sido superiores a los recursos de administración que se pagan a las APB                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | La contención de costos se realiza mediante la estandarización de costos de servicios de atención primaria/Manejo de una Unidad capitada para servicios de mediana y alta complejidad/sistema de información/Control de tecnologías costo efectividad/juntas médicas/sistemas de pagos adecuados/Gestión financiera en línea                                                               |
|                                                                                                                     | Los proveedores de servicios compiten por contratos con EPS/EPS incorporan calidad en escogencia de IPS (Pues EPS mantienen competitividad y minimizan costos) /Demanda de EPS se basan en servicios de costo y calidad al cual deben responder las IPS | La presión de las EPS está únicamente dirigida a bajar los costos/Contención de costos induce a caída en la calidad/ Las estrategias para atraer y retener usuarios referidas con mayor frecuencia, se centran en el mejoramiento de procesos de atención al cliente, tales como tiempos de espera, o en la ampliación de la oferta de servicios/Dados la estandarización del producto, el precio (UPC) y los requisitos esenciales de los proveedores, la calidad no es el centro de la competencia, sino la supervivencia de algunos agentes y la búsqueda de utilidad como fin esencial/Inflexibilidad en planes de cargos y presupuestos de las ESE públicas frente a las privadas/Insuficiencia de talento humano en salud para ciertas especialidades                                                                  | Los proveedores de servicios de salud venden servicios de salud de mediana y alta complejidad bajo un régimen tarifario y un sistema de pagos adecuados/La georreferenciación en la prestación de servicios para los proveedores públicos garantiza equidad en la oferta de servicios/en zonas marginadas se prevén recursos destinados a la solidaridad por dispersión y zonas marginadas |
|                                                                                                                     | Positivos: Promover la competencia por calidad/basada en la disponibilidad de la información                                                                                                                                                            | No se dispone de un sistema de información único e interoperable                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Todo el Modelo está basado en un sistema Único de Información/Plenamente interoperable/Basado en tecnologías de última generación e inteligencia artificial                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                     | Disponibilidad información: Transmitida del nivel macro al meso/Prestigio por información de posición                                                                                                                                                   | Los usuarios tienen limitaciones serias en el acceso a la información en el supuesto de su libre elección/La libre elección a EPS depende de su disponibilidad y un porcentaje limitado de libre elección/Desconocimiento de beneficios a los que se tiene derecho y de los procesos para acceder al sistema/La integración vertical supone acudir a red de la EPS incentivada por ella misma/Incide más que la libre elección, la acción de terceros: funcionarios locales, empleadores, EPS, al asignar a sus usuarios a un proveedor/Si la calidad no predomina en la selección no genera el incentivo económico de mejoramiento de calidad del prestador/El prestigio se asocia en las grandes ciudades en proveedores de servicios de salud "de marca", generándose asimetrías en las estructuras de acceso a servicios | En el nuevo modelo el sistema de Gobernanza multinivel se fundamenta en reportes e informes conducidos a través de un sistema de información robusto/Existen instancias en el modelo de gobernanza que verifican la información e indicadores y siguen rutas precisas de acción                                                                                                            |





|  | <b>Incentivos Meso (Regulaciones): Incentivos económicos basados en la competencia/ Gestión de riesgos de salud</b>                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>RÉGIMEN ACTUAL</b>                                                                                                                                                                                     | <b>DESEMPEÑO PRÁCTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>RÉGIMEN PROPUESTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|  | Negativos: Evitar acciones que disminuyan la competencia/Riesgo de sanciones e imagen pública/información para agentes del sistema/sanciones fuertes a los infractores/Supone buen sistema de información | El sistema de sanciones ha sido laxo/En la última etapa las liquidaciones encuentran barreras en la imposibilidad de reasignar la población a EPS/Resistencias políticas a la aplicación de sanciones/Las acciones de corrupción han sido reiterativas a lo largo de la vida del sistema | Se fortalece el sistema de Inspección Vigilancia y Control/No existe la intermediación financiera en el Sistema/Se estructura un sistema de control en varios niveles del Sistema que va desde las unidades micro, hasta las macros/Se fortalecen las previsiones para el ejercicio del control social/Se establecen términos y condiciones para no dejar prosperar las fallas en los servicios hasta las vías judiciales, estructurando rutas de resolución ágiles y expeditas |

| <b>VARIABLES</b>                    | <b>Incentivos Micro (Regulaciones): Incentivos económicos basados en el ámbito institucional</b>                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>INCENTIVOS</b>                   | <b>RÉGIMEN ACTUAL</b>                                                                                                       | <b>DESEMPEÑO PRÁCTICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>RÉGIMEN PROPUESTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Micro (ámbito institucional)</b> | Cada proveedor toma las acciones pertinentes para lograr sus objetivos/Grado de autonomía/Capacidad de gestión              | Las aseguradoras y prestadoras explotan la naturaleza heterogénea de los servicios de salud, para ofrecer productos diferenciados y eludir la competencia directa entre ellas/Riesgo moral en la relación asegurado-aseguradora y paciente medico/No alineación de incentivos entre aseguradores y prestadores/Autonomía limitada de los agentes por las reglas del sistema | Los proveedores de servicios de salud estarán habilitados para tener autonomía y flexibilidad para ajustar su escala de operación/Los proveedores no estarán segmentados por las preferencias de los aseguradores/El acceso de los proveedores privados y mixtos al sistema es abierto bajo las condiciones que aquél les exige                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                     | Profesionalización y expectativa de la sociedad desmotivan comportamientos basados en el fin único de la ganancia económica | Con pocos aseguradores las empresas pagan un precio más bajo generando niveles de producción de servicios de salud por debajo de lo socialmente deseable/Ciertas especialidades no cuentan con suficiente oferta/La expectativa de la sociedad ha sido rebasada por la asimetría de información/Los mecanismos de tutela han sido muy altos en el sistema de salud          | Habrà una política de formación y generación de competencias en las áreas críticas del Sistema de Salud/ las expectativas sociales son más informadas/ la participación social está en la base del sistema/ el criterio ordenador del Sistema de Salud es la garantía del goce efectivo del derecho fundamental a la salud/ el Sistema se fundamenta en el aseguramiento público y universal/ los comportamientos micro de los agentes proveedores se basa en el servicio público y en las reglas de contención de costos establecidos en todos los niveles de la gobernanza del Sistema |



| SITUACIÓN ACTUAL                                                                                                                                                                | DESEMPEÑO ACTUAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NUEVO MODELO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A cargo de los aseguradores y proveedores de servicios de salud/Precio regulado de UPC/Tarifas de administración para los aseguradores reguladas/Plan de beneficios establecido | No hay alineación de incentivos en la contención de costos entre aseguradores y proveedores/El recobro o presupuestos máximos de lo no POS es un incentivo perverso/En la relación EPS-Prestadores se identifican incentivos perversos asociados a monopolios/Problemas de incentivos en la industria farmacéutica, entre ellos: sesgos de publicación, problemas de replicabilidad de estudios, prácticas de sobornos/El poder de mercado por parte de aseguradoras y hospitales reduce el salario de médicos y enfermeras/ En el sector usuario más informado la EPS no conoce con certeza el estado de salud de este, por lo cual tiene incentivos a sobre utilizar el aseguramiento/En la relación prestador-paciente la asimetría de información lleva al fenómeno de la "demanda inducida" | a cargo de todos los niveles de gobernanza del sistema: Niveles Macro/Meso y Micro/Tarifas y formas de contratación de servicios adecuados a la contención de costos/evaluación de tecnologías y medicamentos costo efectivos/Unidades proveedoras con mecanismos internos de evaluación de costos/sistema de información y reportes analizados a todos los niveles del Sistema basado en el sistema Robusto de Información e inteligencia artificial /Gestión centralizada de recursos/auditorías estructuradas con base en Sistema Robusto de Información e IA |

### 3. Inversión para el Sistema de información

El nuevo sistema de salud desarrollará un sistema de información único, público, transparente, disponible en línea, que usando las últimos recursos tecnológicos de Big Data, Procesamiento Digital de Imágenes, cadena de bloques y demás recursos para Inteligencia Artificial, que permita recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, técnica y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento de soporte a la justicia para sancionar la corrupción y evitarla en el sector salud, conforme al artículo 17 de la Ley 1751 de 2015.

El Sistema incluirá los datos necesarios para garantizar la información sobre componentes individuales, demográficos, determinantes de salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, incluyendo información administrativa, financiera y contable útil para ejercer un adecuado control de los recursos dispuestos y utilizados en esa clase de procedimientos. El elemento principal de este sistema deberá ser la historia clínica única.

Para lograr lo anterior, es indispensable fortalecer el proceso de intercambio de información con los diferentes actores del sistema, lo cual implica el fortalecimiento de esta arquitectura en cuanto a componentes de tipo lógico (software), físico (hardware), seguridad en la transmisión de la información y demás herramientas y componentes tecnológicos que faciliten esa recopilación de información de los diferentes actores que intervienen en la construcción de la historia clínica de los ciudadanos usuarios del sistema de salud.

Así mismo es necesario validar los Sistemas de información existentes que se requieren adecuar o intervenir, implementar y unificar sistemas o servicios de información existentes (SISPRO, SAT, MIPRES, BDUA entre otros), adquirir y/o desarrollar y/o implementar nuevas



funcionalidades en tecnologías que ofrezcan mayor garantía de transparencia en la operación del sistema.

Es importante tener en cuenta que para lograr el sistema unificado en salud donde existen diversos actores del sector público y privado se debe fortalecer la estructura de gobernanza de la información, así como los aspectos referentes a seguridad de la información y protección de datos.

El enfoque de transformación digital planteado permite dirigir el modelo hacia la prestación de un mejor servicio al ciudadano y brindar una respuesta en salud preventiva, predictiva y resolutive, basados en los 8 principios para la transformación digital de la Salud Pública planteados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): conectividad universal, bienes públicos digitales, salud digital inclusiva, interoperabilidad, Derechos Humanos, Seguridad de la información, inteligencia artificial y arquitectura de la salud pública. A continuación, se describe de forma general los componentes del proceso de transformación digital.

**Consolidación de datos e información:** es necesario realizar procesos de consolidación de información, generación de maestras de datos (Personas, prestadores, medicamentos, procedimientos, tabla evolución) que permitan garantizar que la historia clínica digital sea la vía para que los colombianos obtengan una mejor prestación de los servicios de salud, a partir de la información que el Ministerio ha venido obteniendo y la disponible en las EPS de sus afiliados. Este proceso permitirá fortalecer la base de la información para la toma de decisiones que conlleven a la generación de políticas y lineamientos en materia de aseguramiento, atención y prestación de servicios de salud, cobertura y política pública para población vulnerable. Así como establecer la gobernanza del dato y la información del sistema de salud nacional. Presupuesto: 12 mil millones de pesos anuales

**Interoperabilidad e intercambio de información:** uno de los más relevantes procesos que el Ministerio debe fortalecer es la obtención y entrega de información a los diferentes actores que participan en el sistema de atención y prestación de servicios que conforman el expediente o historia clínica de los ciudadanos. En este sentido y enmarcado en una orientación de servicio al ciudadano como lo expresa la política de gobierno digital, es indispensable continuar fortaleciendo los mecanismos de intercambio de información con todos los actores que garanticen esa eficiencia para esta prestación de servicios. En este ámbito participan los prestadores de servicios, con toda la información que hace parte de la historia clínica, medicamentos, dispositivos clínicos, procedimientos, etc. En este contexto es importante fortalecer al Ministerio desde los aspectos técnicos que involucran este proceso: infraestructura, desarrollo de los servicios, implementación de procesos automatizados para intercambio de información, construcción de APP o aplicaciones web para la visualización de la información, incorporación a la carpeta ciudadana, etc. Presupuesto: 15 mil millones de pesos anuales.

**Análisis de información a nivel descriptivo y predictivo:** a partir de la consolidación de la información, la unificación de los sistemas de información, la generación de maestras de información, y el intercambio de información, es necesario fortalecer e incorporar procesos de análisis descriptivo, diagnóstica, predictiva y prescriptiva que le permita al Ministerio identificar qué está sucediendo, a partir de datos históricos determinar las causas, anticipar sucesos a



partir de tendencias, prescribir las probables medidas a tomar para prevenir un evento futuro, enmarcado en el modelo de atención de servicios. Presupuesto: 24 mil millones de pesos anuales

**Seguridad de la información:** adopción de instrumentos normativos sobre el tratamiento y la protección de datos sensibles de salud, así como implementación de herramientas de seguridad para los sistemas de información; generar una “cultura de manejo de datos seguros y confiables”, entendida como el equilibrio entre la necesidad de acceder a los datos y la privacidad. Presupuesto: 8 mil millones de pesos anuales

**Arquitectura e infraestructura:** con el fin de garantizar el funcionamiento continuo de los sistemas y servicios, se debe mantener y robustecer su infraestructura tecnológica. Presupuesto: 12 mil millones de pesos anuales.

**Uso y apropiación:** con respecto a los servicios implementados y conforme a la estrategia de plan de uso y apropiación para servicios y productos de TI, se elaborará el plan de implementación correspondiente, teniendo en cuenta que estos servicios tendrán un impacto en el ecosistema en salud. Presupuesto: 2 mil millones de pesos anuales

**Telesalud:** Con el fin de facilitar el uso y el acceso a la atención de salud, es importante la promoción por parte de los prestadores de servicios de salud, el acceso a través de Telesalud, lo cual también facilita la ampliación de cobertura, descongestión de centros de atención. Para esto el Ministerio deberá proponer la arquitectura tecnológica que soportará este servicio.

**Conectividad.** Este componente es fundamental fortalecer, en especial en las regiones donde aún no se tiene cobertura de conexión a internet. Este componente es clave en la implementación de los servicios que hacen parte del Sistema Único de Salud.

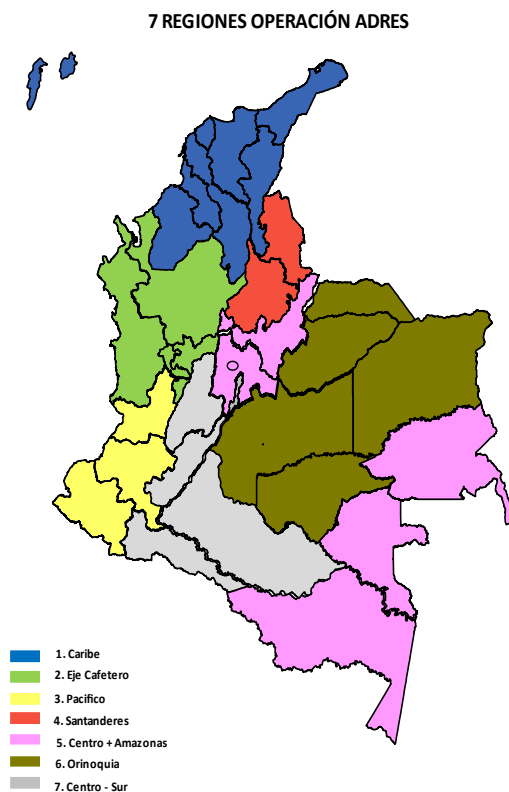
**Tabla Resumen de inversión en sistema de información**

| <b>Componente de la transformación digital</b> | <b>Presupuesto anual</b> |
|------------------------------------------------|--------------------------|
| Consolidación de datos e información           | 12.000.000.000           |
| Interoperabilidad e intercambio de información | 15.000.000.000           |
| Análisis de información                        | 24.000.000.000           |
| Seguridad de la información                    | 8.000.000.000            |
| Arquitectura e infraestructura                 | 12.000.000.000           |
| Uso y apropiación de la información            | 2.000.000.000            |
| <b>Total</b>                                   | <b>73.000.000.000</b>    |

#### **4. Costos de desconcentración del ADRES para asumir la función de pagador único**

La desconcentración de la ADRES para asumir la función de pagador único se basa en la conformación de siete regionales que contratarían la red y tendrían la asignación presupuestal para ordenar el pago de servicios de mediana y alta complejidad, y 33 oficinas departamentales, que recibirían y auditarían en primera instancia tanto cuentas médicas como incapacidades y licencias, además del SOAT, que actualmente se audita centralizadamente (ver mapa y cuadro anexo con población).

El componente de prestación Primaria será financiado por presupuestos tipo, de forma que no genera revisión de cuentas, aunque debe producir 200 millones de atenciones, con un promedio de tres a cuatro ítems por atención (con poca dispersión). Para el reconocimiento de servicios especializados y hospitalarios de mediana y alta complejidad en cada departamento se deben implementar las acciones de supervisión, seguimiento y control a la efectiva prestación de los servicios contratados en la red, por lo cual debe realizar auditoría integral: técnica, administrativa, financiera, contable, jurídica y de sistemas de información al 100% de las cuentas presentadas, validando la pertinencia médica, además de la auditoría concurrente. Incluye auditorías aleatorias a la red y auditorías para investigación de irregularidades en la prestación de servicios o facturación contra los Fondos del Sistema.



Fuente: elaboración propia ADRES

Para la estimación de los costos, los cálculos parten de la necesidad de revisar y reconocer un promedio de tres atenciones especializadas y hospitalarias por ciudadano al año, que a su vez incluyen un grupo de servicios (un promedio de seis a siete ítems, aunque con gran dispersión) como parte integral de la atención. El estimado supone en consecuencia aproximadamente 156 millones de cuentas médicas que deben ser auditadas y reconocidas anualmente en las 32 oficinas departamentales y el Distrito Especial; finalmente aprobadas y ordenado el pago por parte de los Fondos Regionales de Seguridad Social, que a su vez solicitarán los respectivos giros a la ADRES.



Para procesar ese gran volumen de cuentas y proceder al reconocimiento de las mismas o su glosa parcial o total, existen dos opciones.

- La primera, la tradicional, se caracteriza por una auditoría centrada en la revisión manual de los soportes de cada ítem detallado, de cada cuenta, correspondiente a una atención. Esta opción no ha demostrado la capacidad de entender las razones del incremento del gasto y los incentivos de los prestadores en la misma dirección, lo que no permite ajustar el régimen tarifario y de contratación para lograr mayor calidad de los servicios, acompañada de una racionalización del gasto del Sistema. (ver anexo)
- La segunda opción o forma de auditoría se centra en la inteligencia del análisis del gasto, el estudio de las desviaciones y el análisis comparativo del comportamiento de los prestadores en servicios comunes, para determinar aquellos que se desvían del promedio esperado para los protocolos de atención de una patología o servicio determinado, bien sea por mayor utilización de servicios y sus componentes por paciente, o bien sea por prolongar los tiempos de atención y resolución de los casos. Esta segunda opción se apoya en la modificación del Régimen Tarifario y de formas de pago único que determinará el Ministerio de Salud, dirigido a eliminar las tarifas detalladas y a determinar pagos integrales por tratamientos y servicios, así como formas de pago que impliquen riesgo compartido, tarifas que deben integrar factores adicionales por regiones geográficas y calidad de los servicios y acreditación institucional.

El costo de las oficinas de los Fondos Regionales de Seguridad Social también varía según las dos opciones señaladas, así. La primera opción con una nómina promedio de 780 personas y un costo de 70.232 millones de pesos al año y la opción dos con una nómina de 819 personas y un costo de 95.180 millones al año, por ser un personal más calificado para el análisis del gasto (ver anexo costos Fondos Regionales). Adicionalmente se contemplan los costos de oficinas y los costos logísticos en ambos escenarios, para 40 oficinas sobre un costo promedio (ver anexo). Igualmente, el costo de inversión en desarrollo de software y plataforma, con mayor exigencia y gasto en el segundo escenario, que soporta mayor desarrollo tecnológico y capacidad de análisis.

El cuadro final resultante es el siguiente, que permite decidir, sin duda, que la segunda opción debe ser la viable. Incluye el gasto central de la ADRES y su reorganización.

| Distribución                  | Propuesta 1                |                          | Propuesta 2                        |                          |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|
|                               | Auditoría: revisión manual |                          | Auditoría: validación con sistemas |                          |
|                               | Personas                   | Recursos / año (pesos)   | Personas                           | Recursos / año (pesos)   |
| 32 Departamentos y 1 Distrito | 30.327                     | 2.464.209.000.000        | 5.280                              | 405.999.000.000          |
| 7 Regiones                    | 780                        | 70.232.400.000           | 819                                | 95.180.400.000           |
| Instalaciones y Operación     |                            | 286.416.000.000          |                                    | 209.760.000.000          |
| Sede Nacional                 |                            | 200.000.000.000          |                                    | 200.000.000.000          |
| Plataforma Tecnológica        |                            | 50.000.000.000           |                                    | 100.000.000.000          |
| <b>Total</b>                  | <b>31.107</b>              | <b>3.070.857.400.000</b> | <b>6.099</b>                       | <b>1.010.939.400.000</b> |





## 5. Costos de prestación primaria, diseño y operación a nivel municipal y territorial

El valor total del costo de la prestación de servicios primarios para la población colombiana (49,2 millones de personas, sin incluir regímenes especiales) para 2023, se estimó en **\$ 24,86 billones de pesos**, a partir del valor per cápita costado para la prestación de servicios de salud primarios en hospitales públicos.

Este costo se estimó tomando como referencia el valor per cápita en hospitales públicos para 2023 de la prestación de servicios de salud primarios, para una población objetivo de 17,3 millones de personas, cuyo costo total es de **\$ 8,79 billones de pesos, y el valor per cápita año es de \$ 508.232 pesos**.

Ver cálculos finales en la tabla siguiente.

Tabla. Población objetivo asignada, según tipología municipal por partición pública en la prestación de servicios de salud primarios 2023

| Configuración de la Prestación de los Servicios en el Territorio  | perfil                        | % participación hospital público primario en Colombia | # de Municipios  | Población total       | %             | Población Objetivo | Total Costos y Gastos de Funcionamiento Estimados para el Componente Primario | Costo Per Cápita Anual | Costo Per Cápita Mensual |
|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|-----------------------|---------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO ÚNICO                            | monopolio público             | 100%                                                  | 504              | 3,257,406             | 6.6%          | 3,208,518          | 736.113'991.500                                                               | 436.854                | 36.404                   |
| MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO ÚNICO servicios "trazadores" (1) | monopolio público             | 100%                                                  | 372              | 6,873,801             | 14.0%         | 6,622,875          | 2"452.922'927.605                                                             | 370.371                | 30.864                   |
| MUNICIPIOS CON PRESTADOR PÚBLICO PRINCIPAL                        | oligopolio público            | 65%                                                   | 90               | 2,594,831             | 5.3%          | 1,685,035          | 1"529.735'854.822                                                             | 476.773                | 39.731                   |
| MUNICIPIOS CON MÚLTIPLES PRESTADORES (privados escasos públicos)  | Competencia pública y privada | 16%                                                   | 156              | 36,532,310            | 74.2%         | 5,785,673          | 4"074.705'577.710                                                             | 704.275                | 58.690                   |
| <b>Total general</b>                                              |                               |                                                       | <b>1,054 (2)</b> | <b>49,258,348 (3)</b> | <b>100.0%</b> | <b>17,302,101</b>  | <b>8"793.478'351.637</b>                                                      | <b>508.232</b>         | <b>42.353</b>            |

Fuente: cálculos propios

- Para realizar la estimación se tomaron como supuestos generales:
  - El valor estimado per cápita para una población objetivo en hospitales públicos (CAPS operados por prestadores públicos), es aplicable al resto de la población, con servicios provistos por prestadores privados o mixtos (se conoce que el costo de operación de prestadores privados, es menor que el de prestadores públicos, lo que podría terminar reduciendo el valor total, en análisis futuros de detalle).
  - Se toma como supuesto, que los costos de operación de los hospitales públicos, que operan como empresas sociales del estado, al ser transformados en instituciones de salud del estado, no tendrán que continuar desplegando procesos asociados a los costos de transacción (el costo de hacer negocios), y que la

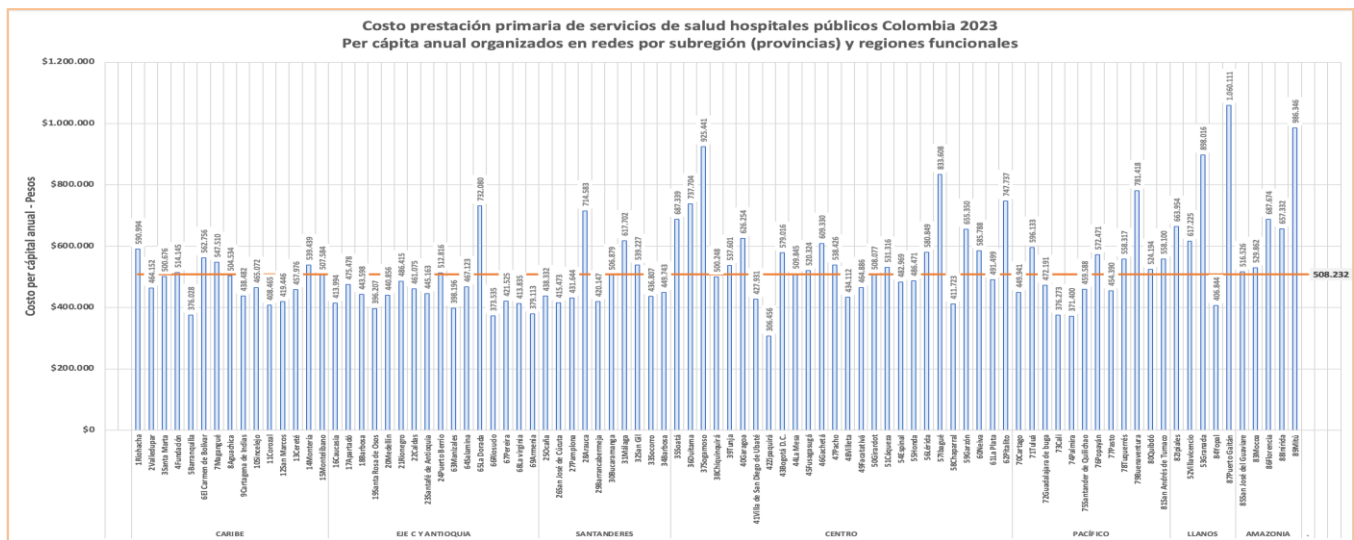


reducción de este costo, se recompone de nuevo, con el nuevo costo de los nuevos procesos asociados a la caracterización poblacional, la adscripción, el agenciamiento de usuarios dentro de la red. Esto requerirá estudios de detalle futuros.

- De acuerdo con el modelo de estimación de fuentes y usos de recursos propuesto en el proyecto de reforma, para la atención primaria integral en salud APIS, se alcanzaría el valor de financiamiento requerido en el año 2026, lo que, al igual que la implementación del modelo en un periodo de transición y el desarrollo de capacidades a partir de las actuales disponibles (públicas y privadas) en el país, tanto en talento humano en salud, sistemas de información y otras, permitirá considerar que en un periodo de 3 años, a partir de 2023, se podría tener el modelo completo de operación de prestación primaria en el marco de los CAPS (centros de atención primaria en salud) propuesto.

El siguiente gráfico, muestra el valor per cápita costado para cada una de las subregiones (provincias) del país:

Gráfico 18. Variaciones del valor per cápita costado por subregión (provincia) 2023.



Fuente: MSPS 2022 Estudio de modelación de la prestación de servicios primarios de salud en hospitales públicos ESE en Colombia.



## **6. Proyecciones de fuentes de recursos para la reforma para infraestructura y Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS**

Las Empresas Sociales del Estado, debido a las políticas de medición del riesgo fiscal a partir de indicadores financieros<sup>44</sup>, que privilegió las condiciones de mercado, de equilibrio y viabilidad financiera de las instituciones sobre la necesidad de garantizar una capacidad instalada física, ha contribuido al cierre de servicios que no son “rentables” económicamente, así como al deterioro en la infraestructura y en los equipos con que cuentan las instituciones, pues el déficit no ha permitido que se realicen los mantenimientos correspondientes, llevando a la reducción de la capacidad técnica y operativa de las ESE, así como a la falta de oportunidad y calidad en la atención.

La estrategia de intervención en Infraestructura, dotación y tecnología en salud plantea fortalecer el nivel primario, como un mecanismo de respuesta para facilitar el acceso a los servicios de salud en las comunidades, priorizando a las que viven en zonas rurales y rural dispersa fundamentada en la oferta, proceso que se materializará mediante la construcción, adecuación, ampliación, dotación de la infraestructura intramural requerida para proporcionar un alto nivel resolutivo con respaldo tecnológico de alto nivel, incentivar la innovación de atención domiciliaria, fortalecer las estrategias de telesalud y telemedicina, buscando mejorar el acceso en zonas rurales y apartadas.

Teniendo en cuenta las necesidades de infraestructura, dotación y tecnología para fortalecer la red pública de prestación de servicios (Empresas Sociales del Estado) a fin de desarrollar el modelo de atención preventivo, predictivo y resolutivo, basado en la atención primaria en salud, se plantea la necesidad de transformar los Centros y Puestos de salud en Centros de Atención Primaria de las Instituciones de Salud del Estado.

### **6.1. Centros de Atención Primaria en Salud - CAPS**

Los CAPS son unidades polifuncionales, como base organizativa de la red de servicios de salud con el talento humano capacitado y laboralizado, con infraestructura y dotación pertinentes al territorio y la población, que identifica y atiende las necesidades en salud con un enfoque preventivo, predictivo basado en Atención Primaria en Salud - APS. Las intervenciones para realizar son las siguientes:

- Reposición: construcción de Infraestructura en salud para reemplazar la existente en mal estado (entre el 75% y el 100%) o en zonas de alto riesgo no mitigable<sup>45</sup>. Incluye dotación que requiera ser reemplazada.
- Nuevos: construcción en zonas donde no existe o no es suficiente la infraestructura pública o privada o mixta.

<sup>44</sup> LEY 1438 DE 2011. ARTÍCULO 80. Determinación del riesgo de las Empresas Sociales del Estado.

<sup>45</sup>, Sistema de Información Hospitalaria -SIHO. Información reportada por las ESE, validada y presentada por las DTS al MSPS en cumplimiento del Decreto 2193/2004, compilado en el Decreto 780/2016-Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social



- Ampliación: incremento del área construida con su respectiva dotación, para completar el portafolio de servicios definidos para los Centros de Atención Primaria (consulta externa, urgencias y atención de partos), así como el espacio para la residencia de los integrantes de los equipos - ESIT.
- Adecuación: infraestructura en salud existente en mal estado (entre el 25% y el 75%)<sup>46</sup>, que requiere mejoramiento sin aumento del área construida.

## **6.2. Infraestructura hospitalaria intramural – nivel 1**

Se plantea el fortalecimiento del papel del Estado en la recuperación de la red pública para garantizar el acceso de la población a la prestación de los servicios, a través de la construcción, ampliación, adecuación, reforzamiento estructural y dotación de hospitales nivel 1 de complejidad, de manera prioritaria en comunidades que carecen de la infraestructura necesaria donde la existente requiere reposición dada la condición de riesgo no mitigable o el avanzado estado de deterioro en el que se encuentran. De igual manera, está orientado a la construcción de obras que posibiliten la ampliación de servicios y el mejoramiento de la dotación y tecnología en salud.

## **6.3. Infraestructura hospitalaria intramural – niveles 2, 3**

Las intervenciones están dirigidas a ampliar la capacidad instalada, mejorando la oferta del servicio a través de la adecuación o ampliación de la infraestructura física existente, así como la innovación en la dotación y provisión de tecnologías hospitalarias, que contribuyen a mejorar la resolutivez en la atención especializada y la adecuación de la infraestructura a la normatividad vigente en materia de reforzamiento estructural, accesibilidad a la población con movilidad reducida, de modernización de las instalaciones hidrosanitarias, de gases, red contra incendios y conectividad, entre otras.

## **6.4. Infraestructura nacional**

Se busca fortalecer el desarrollo de la infraestructura hospitalaria de Empresas Sociales del Estado de carácter nacional, de alta complejidad e impacto, estratégicas para el tratamiento de enfermedades que requieren de una atención altamente especializada, con tecnología médica de avanzada.

- Hospital San Juan de Dios: elevado a la categoría de monumento nacional<sup>47</sup> y reconocido como Bien de Interés Cultural (BIC), se realizarán acciones tendientes a mantener la vocación de los servicios que se encuentran en las edificaciones que lo conforman, para lo cual se requiere entre otras actividades, realizar el reforzamiento estructural bajo la normatividad que reglamenta la intervención del inmueble en el marco de la conservación contextual, en observancia del respectivo Plan Especial de Manejo y Protección (PEMP)<sup>48</sup>.

---

<sup>46</sup> Ibidem

<sup>47</sup> Ley 735 de 2002

<sup>48</sup> Resolución 0995 del 29 de abril de 2016



- Instituto Materno Infantil: se requiere ajustar los diseños a la norma, licenciar las obras y hacer los ajustes para mantener la vocación del edificio.
- Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta: se realizarán las obras necesarias para mejorar las condiciones de acceso al tercer piso, la separación y el tratamiento de aguas residuales, la modernización de las instalaciones de voz, datos, la construcción de la red contra incendios y dotación, con lo cual se pretende mejorar la prestación de los servicios de salud especializados.

### **Estimación General Costos Infraestructura**

| Componentes                                           | 2023                | 2024                | 2025                | 2026                | Totales              |
|-------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
|                                                       | Valor               | Valor               | Valor               | Valor               |                      |
| Centros de Atención Primaria                          | \$ 663.638          | \$ 2.900.000        | \$ 3.000.000        | \$ 400.000          | \$ 6.963.638         |
| Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 1     | \$ 200.000          | \$ 247.000          | \$ 300.000          | \$ 300.000          | \$ 1.047.000         |
| Infraestructura Hospitalaria Intramural - Nivel 2 y 3 | \$ 510.000          | \$ 600.000          | \$ 504.000          | \$ 500.000          | \$ 2.114.000         |
| Infraestructura Nacional                              | \$ 300.000          | \$ 300.000          | \$ 400.000          | \$ 200.000          | \$ 1.200.000         |
| <b>Subtotal</b>                                       | <b>\$ 1.673.638</b> | <b>\$ 4.047.000</b> | <b>\$ 4.204.000</b> | <b>\$ 1.400.000</b> | <b>\$ 11.324.638</b> |

\*Valores en millones de pesos

Los recursos proyectados para inversión de infraestructura parten de sostener los 1.5 billones aprobados para 2023 con destino al desarrollo de los Centros de Atención Primaria, a lo largo de los 10 años del ejercicio financiero, con un pequeño crecimiento del 1.1% anual.

Por otro parte, para el desarrollo del Sistema Hospitalario en el país se asignan los recursos de la contribución del 52% sobre la prima SOAT, contribución que fue creada con este propósito, más los recursos del impuesto de armas y municiones pensado en desarrollar las redes de urgencias. En conjunto suman 2.397.916.862.256 en 2023 y se proyectan con un crecimiento del 6% anual.

## **7. Proyecciones de fuentes y usos propuestos por la reforma**

La reforma plantea una destinación específica para abordar los principales gastos en salud asignando fuentes de financiación en cada una de las cuentas. Para el año 2023 se tomó como punta de partida los recursos de los presupuestos aprobados a la ADRES y a otras entidades que ejecutan recursos del sistema. La proyección de estas fuentes de financiación para el periodo 2024-2033 se realizó como se describe a continuación:

1. Presupuesto General de la Nación -PGN: desde la eliminación de las cotizaciones patronales y la puesta en marcha del CREE (Impuesto sobre la Renta para la Equidad), el PGN ha entrado a cubrir los costos del aseguramiento en salud y la tasa de crecimiento promedio 2017-2022 (excluido 2020) ha sido de 11,1% reales y 17,6% en términos nominales. No obstante, para la proyección de esta fuente se supuso un crecimiento real de 10,9% para 2024 y 4,5% para los años en adelante. El crecimiento de 10,9 % en 2024 aunque representa una desaceleración del crecimiento observado los últimos años, permite una inversión importante orientada a la atención primaria.

2. Sistema General de Participaciones - SGP: El crecimiento de los recursos del SGP se calcula con el promedio de la variación porcentual de los Ingresos Corrientes de la Nación -ICN recaudados en los últimos cuatro años<sup>49</sup>. La variación entre 2022 y 2023 arrojó con un crecimiento del 16,7%<sup>50</sup> real de los ICN, la variación entre 2023 y 2024 que incluye el efecto de la última reforma tributaria se proyectó con un crecimiento de 23,9% real y a partir de ese año un crecimiento real constante de 4,5%. De esta forma, los promedios de crecimiento real de SGP de los años 2025, 2026, 2027 y 2028 incluyen esta importante variación.
3. Las cotizaciones de seguridad social en salud se proyectaron con 3,6% de crecimiento real, correspondiente a la tasa promedio de variación de los años 2017-2022, excluyendo la variación del año 2020<sup>51</sup>.
4. Todas las demás fuentes se proyectaron con la tasa promedio de crecimiento de los años 2017-2022, excluyendo la variación del año 2020.

El gráfico 19 muestra las tasas de crecimiento proyectadas para las tres principales fuentes del SGSSS que describen el comportamiento de más del 80% de los recursos del sistema de salud.

Gráfica 19: Tasas reales de crecimiento anual de las principales fuentes que financian el SGSSS. 2019-2033



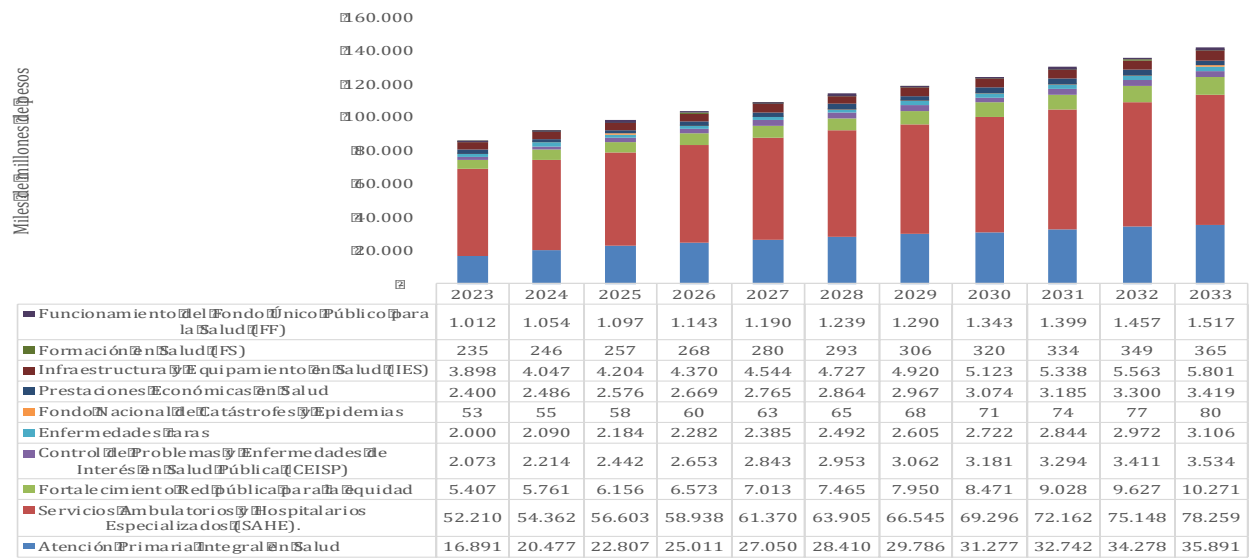
Fuentes citadas y cálculos propios.

De acuerdo con las fuentes de financiación asociadas a cada una de las subcuentas, la Atención Primaria en Salud en el escenario de la reforma pasaría de representar el 19,6% en el primer año (2023) a 25,2% en el 2033. El aumento de esta participación requeriría mantener el crecimiento del aporte de PGN al sistema en el 2024 y un crecimiento real del 4.6% hasta el

<sup>49</sup> En concordancia con el artículo 357 de la Constitución Política de Colombia.  
<sup>50</sup> Fuente: DNP, Dirección de Estudios Económicos  
<sup>51</sup> En la mayoría de las variables económicas el comportamiento correspondiente al año 2020 presenta una variación atípica por pandemia.

final de periodo. En general, las cuentas que dependen del SGP presentan incrementos al inicio de la serie, para los años comprendidos entre 2024 y 2028, ya que incluyen el efecto esperado de la reforma tributaria. Es decir, los recursos destinados no decrecen en ningún momento del tiempo para ninguna subcuenta, aunque presentan distintas variaciones según su fuente financiación, de manera que su participación porcentual se modifica según sus incrementos relativos.

**Gráfico 20 Proyecciones 2023 - 2033 de las fuentes de financiación por subcuentas del fondo de salud. Pesos constantes de 2023**

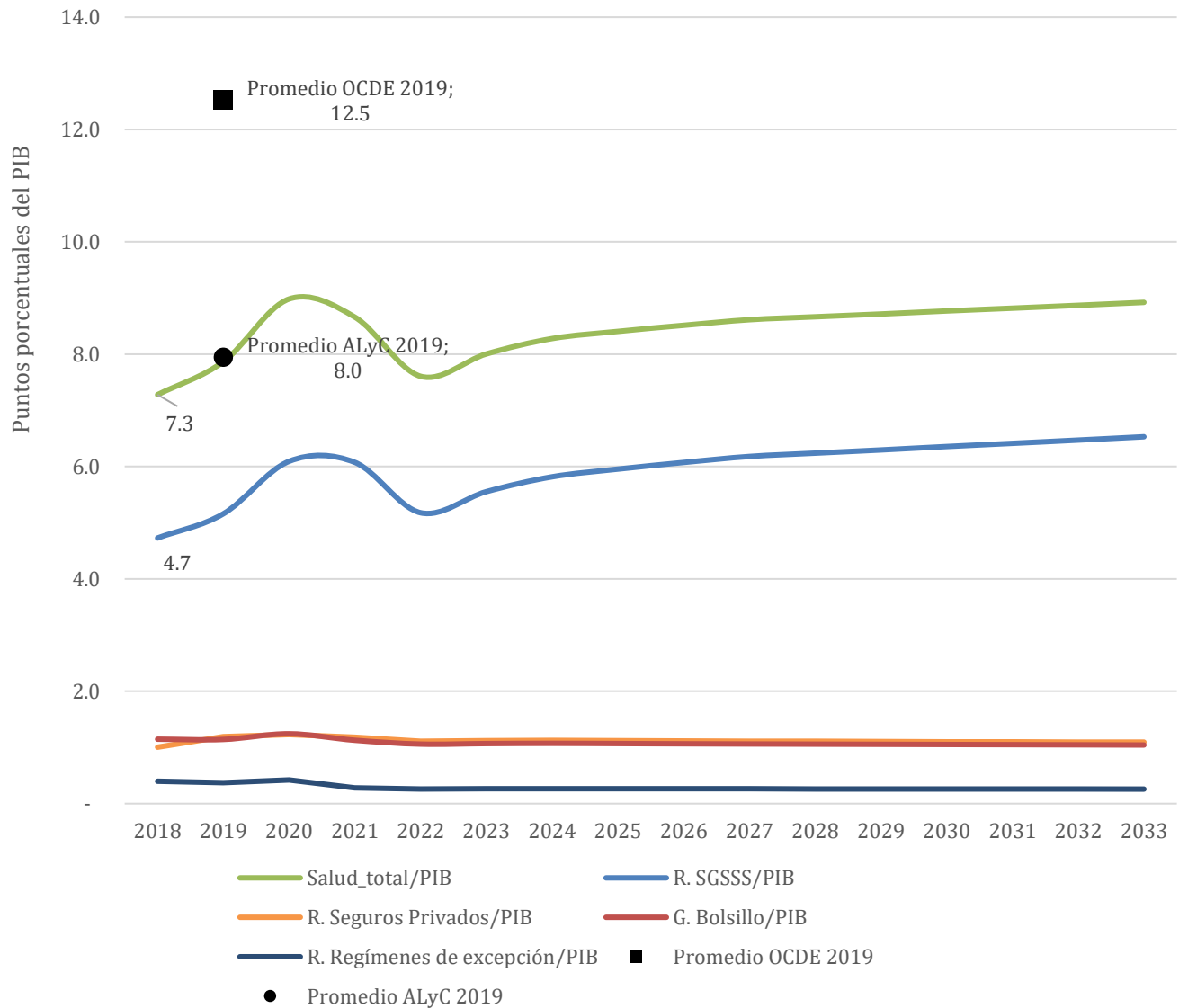


Fuente: Fuentes citadas - cálculos propios

Para el 2019, el promedio de gasto en salud de los países de la OCDE fue 12,5 puntos porcentuales del PIB y el de América Latina y el Caribe - ALyC de 8,0%, las fuentes de financiamiento del SGSSS pasaron de 4,7 puntos del PIB en 2018 a 5,7 puntos en 2023 (año de partida de la reforma) y ascenderían 6,5 en 2033. El total del gasto (público y privado) en salud de Colombia como porcentaje del PIB tiene una tendencia estable alrededor de 8,4 puntos porcentuales.



**Gráfico 21 Participación % de los recursos en Salud respecto al PIB 2018-2033**



Nota: \*Los recursos fuera del SGSSS incluyen SOAT, riesgos laborales, los seguros privados, prepagadas y planes complementarios. Fuente: Cálculos propios. Promedios OCDE y América Latina y el Caribe -ALyC, Banco Mundial.





## 8. Saneamiento de deudas

Se propone que en desarrollo de su objeto social, la Central de Inversiones S.A. CISA pueda gestionar, adquirir, administrar, comercializar, cobrar, recaudar, intermediar, enajenar y arrendar, a cualquier título, toda clase de bienes inmuebles, muebles, acciones, títulos valores, derechos contractuales, fiduciarios, crediticios o litigiosos, incluidos derechos en procesos liquidatorios, de las entidades promotoras de salud de propiedad de entidades públicas de cualquier orden, organismos autónomos e independientes previstos en la Constitución Política y en la ley, o sociedades con aportes estatales y patrimonios autónomos titulares de activos provenientes de cualquiera de las entidades descritas, así como de las entidades promotoras de salud que se llegaren a liquidar en cumplimiento de la presente Ley.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud de naturaleza pública, privada o mixta podrán ceder a la Central de Inversiones S.A. CISA, la cartera que se genere por el pago de servicios de salud prestados a las entidades promotoras que se encuentren en proceso de liquidación, o que se llegaren a liquidar. La Nación dispondrá los recursos necesarios para adelantar los procesos de cesión de créditos a favor de las instituciones prestadoras de salud y la Central de Inversiones S.A. -CISA podrá aplicar sus políticas de normalización de esta clase de activos; una vez adelante el recaudo de esta cartera la Central de Inversiones S.A. -CISA deberá girar el producto del recaudo de esta cartera al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, una vez descontada su comisión por la gestión de cobranza.

### 8.1. Pasivos de Empresas Sociales del Estado

A septiembre 30 de 2022 se estima que los pasivos de las ESE pueden ser 7,3 billones suma que incluye provisiones. Además de lo descrito arriba, para este componente se propone tener en consideración el Artículo sexto. Ley 1797 de 2016: "...b) Saneamiento directo de pasivos de las Empresas Sociales del Estado hasta el monto máximo de la cartera no pagada por las Empresas Promotoras de Salud liquidadas de conformidad con la disponibilidad de recursos para este fin, y ..."



## 8.2. Capitalización de EPS receptora

### 8.2.1. Simulación condiciones financieras EPS receptora – Primer Año

El presente documento, tiene como propósito presentar simulación de necesidad de capitalización de una EPS receptora de naturaleza mixta, con habilitación para la administración de los regímenes subsidiado y contributivo y Plan de Atención Complementaria (PAC), como lo es la Nueva EPS.

### 8.2.2. Antecedentes

El punto de partida del ejercicio, son las entidades clasificadas en riesgo alto o medio, que registran los siguientes afiliados por régimen:

**Tabla 1. Distribución población por régimen de EPS retiradas – Dic. 2022**

| Entidad         | Subsidiado       | Contributivo     | Total             |
|-----------------|------------------|------------------|-------------------|
| Emssanar E.S.S. | 1.761.510        | 145.332          | 1.906.842         |
| Asmet Salud     | 1.930.490        | 95.700           | 2.026.190         |
| Comfaorient     | 215.500          | 17.951           | 233.451           |
| Comfachocó      | 166.140          | 7.758            | 173.898           |
| Capital Salud   | 1.085.933        | 101.030          | 1.186.963         |
| Capresoca EPS   | 157.619          | 19.379           | 176.998           |
| Famisanar       | 803.289          | 2.231.871        | 3.035.160         |
| Ecoopsos        | 343.685          | 16.859           | 360.544           |
| EPS S.O.S. S.A. | 165.758          | 595.445          | 761.203           |
| Savia Salud EPS | 1.554.974        | 127.735          | 1.682.709         |
| <b>TOTAL</b>    | <b>8.184.898</b> | <b>3.359.060</b> | <b>11.543.958</b> |

Fuente: BDUA diciembre 2022

Cabe indicar que para el cierre del mes de diciembre Nueva EPS, registra la situación población:

**Tabla 2. Distribución población por régimen de EPS receptora – Diciembre 2022**

| Entidad   | Subsidiado | Contributivo | Total      |
|-----------|------------|--------------|------------|
| Nueva EPS | 5.322.965  | 4.750.940    | 10.073.905 |

Fuente: BDUA diciembre 2022

En primera instancia se señala que el Decreto 780 de 2016, en sus artículos 2.5.2.2.1.5 y 2.5.2.2.1.7, establece lo relacionado con el cumplimiento de condiciones financieras en lo relacionado con capital mínimo y patrimonio adecuado, indicando que para el primero resulta de la suficiencia de la sumatoria de algunas cuentas patrimoniales frente al capital requerido, que se ajusta anualmente con la variación del índice de precios al consumidor (IPC) y el segundo es la acreditación en todo momento un patrimonio técnico superior al nivel de patrimonio adecuado. Para el cumplimiento del indicador de patrimonio adecuado se verifica que el patrimonio técnico (capital primario menos capital secundario siempre y cuando este último sea positivo) sea mayor o igual al patrimonio adecuado (El 8% de la sumatoria de los últimos 12 meses).



En la siguiente tabla, se presenta el capital mínimo requerido que para la vigencia 2022, para entidades con las características descritas para la entidad receptora:

**Tabla 3. Requerimiento de Capital Mínimo de las EPS año 2022**

Miles de \$

| Capital Mínimo EPS                                            | 2022              |
|---------------------------------------------------------------|-------------------|
| Capital base                                                  | 13.666.000        |
| Capital adicional para cada régimen y por Plan Complementario | 1.357.000         |
| EPS con un solo régimen                                       | 13.666.000        |
| EPS con los dos regímenes ó RC + Plan Complementario          | 15.023.000        |
| <b>EPS con dos regímenes y Plan Complementario</b>            | <b>16.380.000</b> |

**Fuente:** Construcción propia, referencia Decreto 780 de 2016

Dada la disponibilidad de información, en virtud de la periodicidad de reporte que efectúan las entidades y que es la base para el cálculo de cumplimiento de condiciones financieras, se presenta el resultado de la entidad receptora, a noviembre de 2022:

**Tabla 4. Resultados evaluación cálculo condiciones financieras EPS receptora – Noviembre 2022**

Miles de \$

| Indicador      | Capital Mínimo Requerido (2 Regímenes y PAC) | Capital Mínimo Acreditado | Resultado Capital Mínimo | Deterioro de cuentas por cobrar NO UPC | Diferencia Presupuesto Máximos | Déficit o Supéravit de Capital Mínimo |
|----------------|----------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Capital Mínimo | 16.380.000                                   | 379.248.888               | 362.868.888              | 272.667.003                            | 407.870.417                    | 1.043.406.309                         |

| Indicador           | Patrimonio Técnico | Deterioro de cuentas por cobrar NO UPC | Diferencia Presupuesto Máximos | Patrimonio Técnico Neto | Patrimonio Adecuado | Resultado Patrimonio Adecuado |
|---------------------|--------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-------------------------|---------------------|-------------------------------|
| Patrimonio Adecuado | 318.182.031        | 272.667.003                            | 407.870.417                    | 998.719.451             | 701.689.829         | 297.029.623                   |

**Fuente:** Construcción propia, reporte de información Circular Externa 016 de 2016.

**Nota:** Datos en revisión por parte de la Dirección de Inspección y Vigilancia para EAS

Es pertinente indicar que para el presente ejercicio se toma los resultados del cálculo de condiciones financieras de capital mínimo y patrimonio adecuado del mes de noviembre de 2022, en revisión, dado el impacto negativo que obtuvo en el resultado de su operación, como se observa en la siguiente tabla:

**Tabla 5. Variación resultado Capital Mínimo y Patrimonio Adecuado – Octubre – Noviembre 2022**

Miles de \$

| Indicador                                  | octubre       | Noviembre     | Diferencia    |
|--------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Déficit o superávit de capital mínimo      | 1.160.848.933 | 1.043.406.309 | - 117.442.624 |
| Déficit o superávit de Patrimonio Adecuado | 414.539.182   | 297.029.623   | - 117.509.559 |

**Fuente:** Construcción propia, resultado cálculo de condiciones financieras DIV-EAS (noviembre en revisión).



Ahora bien, el cálculo presentado en la Tabla 4 y como allí se observa, se ve impactado por las condiciones transitorias definidas en el Decreto 1492 de 2022, relacionadas con: (i) Disminución temporal del porcentaje del cálculo de patrimonio adecuado (8%) hasta de 2.5 puntos porcentuales por recepción de afiliados, que se incrementará 0.5 anualmente partiendo de la fecha de recepción, (ii) Afectación de los ingresos UPC por inclusión de actividades que se financiaban con presupuestos máximos, (iii) NO inclusión del déficit de presupuestos máximos en el cálculo de los dos indicadores, indicando que estos dos últimos rigen hasta diciembre de 2024 y, (iv) Deducción del efecto del deterioro de las cuentas por cobrar asociadas a servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC de los servicios prestados hasta prestadas hasta 31 de diciembre de 2019, que rige hasta 31 de diciembre de 2022.

Es pertinente señalar que, la Nueva EPS se encuentra en ejecución de un Plan de Ajuste Financiero (PAF) aprobado en diciembre de 2021, en el que proyectó en su modelo financiero capitalizaciones por valor de \$454.000 millones, de los cuales materializó \$109.000 millones en febrero de 2022, quedando pendiente por capitalizar la suma de \$345.000 millones, que debe ser efectiva, si lo requiere, para el cumplimiento de condiciones financieras y de solvencia durante el período de transición del PAF que termina en el año 2024. Se anota que, al corte de noviembre de 2022, la EPS NO CUMPLE con el indicador de régimen de inversiones de la reserva técnica.

### **8.2.3. Escenario de condiciones financieras**

Para la elaboración del escenario de proyección de necesidades de capitalización de la EPS receptora, se toman dos elementos, que impactan en el resultado de la entidad: (i) El requerimiento adicional para el cumplimiento de los indicadores de condiciones financieras (capital mínimo y patrimonio adecuado) en el marco de lo establecido en el Decreto 780 de 2016 y (ii) La siniestralidad que afecta el resultado de la operación. Para realizar el ejercicio contenido en el presente documento, se toma como base la información reportada en los archivos tipo, establecidos en las diferentes circulares externas para efectos de supervisión, por las entidades a través de la plataforma nRVCC dispuesta por esta superintendencia para tal fin.

#### **8.2.3.1. Supuestos para el requerimiento adicional para cumplimiento de condiciones financieras**

- Las proyecciones del ejercicio se realizaron utilizando el detalle de afiliados BDUA (ADRES), mes de octubre, considerando que permite identificar las variables de género, grupo etario y geografía.
- Ajuste de los ingresos por concepto de UPC en la EPS receptora, tomando los valores definidos en la Resolución 2809 de 2022, de acuerdo con los territorios donde operan las EPS a retirar.
- Se tomaron los ingresos provenientes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (UPC y presupuesto máximo); sin embargo, se indica que producto de la operación la entidad receptora puede obtener resultados diferentes.
- Se fija como punto de partida los resultados de las condiciones financiera de la entidad receptora del mes de noviembre 2022, con aplicación plena de lo establecido en el Decreto 2702 de 2014.
- El traslado de afiliados se realizaría en el mismo momento y se mantiene en el tiempo.



## Proyección cálculo de condiciones financieras

### Condiciones plenas Decreto 2702 de 2014

Se presenta el cálculo de condiciones financieras en los términos establecidos en el Decreto 2702 de 2014, incluyendo lo relacionado con los ingresos de presupuesto máximo.

**Tabla 7. Resultado proyección condiciones financieras HOY (noviembre 2022) – Dec. 2702 pleno** Miles de \$

| Capital Mínimo | Patrimonio Técnico | Patrimonio Adecuado | Capital Mínimo Requerido | Defecto Capital Mínimo | Defecto Patrimonio Adecuado | Cumplimiento de Capital Requerido | Cumplimiento de Patrimonio o Adecuado |
|----------------|--------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|
| 379.248.888    | 318.182.031        | 1.098.228.869       | 16.380.000               | 362.868.888            | 780.046.838                 | Cumple                            | No Cumple                             |

**Fuente:** Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Con corte a noviembre de 2022.

Siguiendo las reglas del Decreto 2702, en la proyección realizada con resultado a noviembre de 2022, si bien la Nueva EPS cumple con capital mínimo, presentaría un defecto en el indicador de patrimonio adecuado en la suma de \$780 mil millones, por lo que debería capitalizarse como mínimo en este valor.

Si Nueva EPS recibe el traslado de 11.490.787 afiliados, tendría ingresos adicionales correspondientes a la UPC por un valor de \$16,7 billones, lo que llevaría a que la brecha del indicador de patrimonio adecuado se aumente en mínimo 173% y, por tanto, la entidad debería capitalizarse en \$2,1 billones de pesos, que representa alrededor de 6,7 veces el patrimonio técnico actual.

**Tabla 8. Resultado proyección condiciones financieras con nueva población (1 año) – Dec. 2702 pleno**

Miles de \$

| Capital Mínimo | Patrimonio Técnico | Patrimonio Adecuado | Capital Mínimo Requerido | Defecto Capital Mínimo | Defecto Patrimonio Adecuado | Cumplimiento de Capital Requerido | Cumplimiento de Patrimonio Adecuado |
|----------------|--------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 379.248.888    | 318.182.031        | 2.449.946.848       | 16.380.000               | 362.868.888            | - 2.131.764.817             | Cumple                            | No Cumple                           |

**Fuente:** Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Base noviembre de 2022 proyección 1 año, adicionando el ingreso por traslado de afiliados.

### Aplicación Decretos 1424 de 2019 y 1492 de 2022

Al hacer el cálculo del indicador de patrimonio adecuado, utilizando los Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022, exceptuando deterioro dado que lo establecido en el artículo 2.5.2.2.1.20 del Decreto 780 de 2016, cuya aplicación termina el 31 de diciembre de 2022.



**Tabla 9. Resultado proyección condiciones financieras (1 año) con aplicación Decreto 1424 de 2019 y 1492 de 2022**

| % Patrimonio | Patrimonio Técnico | Patrimonio Adecuado | Patrimonio Adecuado Adicional | Defecto Patrimonio Adecuado |
|--------------|--------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| 5,5%         | 726.052.448        | 711.937.557         | 962.494.101                   | - 948.379.209               |

**Fuente:** Elaboración propia cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud. Base noviembre de 2022 proyección 1 año, adicionando el ingreso por traslado de afiliados.

El patrimonio adecuado tendría un déficit de \$948,3 miles de millones, para el primer año de operación contado a partir de la recepción de la población, monto mínimo estimado a capitalizar en este período; sin embargo, hay que tener en cuenta que estos Decretos tienen ciertas fechas de cumplimiento, por ejemplo, el aumento en el patrimonio técnico por concepto de los costos en exceso del presupuesto máximo por valor \$407 mil millones a noviembre de 2002, ya no se tendría en cuenta a diciembre de 2024, es decir, que la entidad debe llegar al cumplimiento del Decreto 2702 de 2014.

### 8.2.3.2. Afectación de resultado por siniestralidad

El siguiente análisis presenta los posibles impactos en siniestralidad, definido como costos respecto a ingresos, que impactaría a la entidad receptora (NUEVA EPS) ante la recepción de los afiliados de 10 EPS definidas en la Tabla 1. Adicionalmente, se analiza la posible necesidad de capitalización que requeriría la NUEVA EPS para poder continuar con la operación y cumplir con las condiciones financieras descritas en el Decreto 780 de 2016, ante la asignación.

### Información Inicial

Para realizar este cálculo se analizar el traslado de afiliados de las entidades referidas en la Tabla 1, tomando el detalle de afiliados BDUA (ADRES), mes de octubre, considerando que permite identificar las variables de género, grupo etario y geografía.

**Tabla 10. Afiliados a trasladar por EPS**

| NIT          | Razón social  | Régimen habilitado | Afiliados         | Movilidad        | Total             |
|--------------|---------------|--------------------|-------------------|------------------|-------------------|
| 805001157    | SOS           | Contributivo       | 600.547           | 166.353          | 766.900           |
| 830003564    | FAMISANAR     | Contributivo       | 2.237.197         | 775.724          | 3.012.921         |
| 890500675    | COMFAORIENTE  | Subsidiado         | 215.293           | 15.796           | 231.089           |
| 891600091    | COMFACHOCÓ    | Subsidiado         | 166.758           | 8.181            | 174.939           |
| 891856000    | CAPRESOCA     | Subsidiado         | 157.843           | 19.151           | 176.994           |
| 900298372    | CAPITAL SALUD | Subsidiado         | 1.089.749         | 87.744           | 1.177.493         |
| 900604350    | SAVIA SALUD   | Subsidiado         | 1.543.822         | 129.589          | 1.673.411         |
| 900935126    | ASMET SALUD   | Subsidiado         | 1.901.205         | 92.358           | 1.993.563         |
| 901021565    | EMSSANAR      | Subsidiado         | 1.774.017         | 147.058          | 1.921.075         |
| 901093846    | ECOOPSOS      | Subsidiado         | 345.099           | 17.303           | 362.402           |
| <b>TOTAL</b> |               |                    | <b>10.031.530</b> | <b>1.459.257</b> | <b>11.490.787</b> |

**Fuente:** Elaboración propia DID - Superintendencia Nacional de Salud. Afiliados tomados de la Base de Datos Únicos de Afiliados (BDUA) de ADRES que tiene la información de cada uno de los afiliados con corte a octubre 2022.





### **Cálculo ingresos por unidad de pago por capitación (UPC) nueva población**

El cálculo de la UPC adicional que recibiría la EPS receptora de los afiliados se basa en la resolución 2809 del Ministerio de Salud y la Protección Social del 30 de diciembre de 2022 *“Por la cual se fija el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación - UPC que financiará los servicios y tecnologías de salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para la vigencia 2023 y se dictan otras disposiciones”*.

En este cálculo se toman en cuenta las diferencias que existen por género, grupo etario, régimen y geografía para el cálculo de la UPC anual. Se aclara que con la información de afiliados obtenida por BDUA no es posible obtener datos que identifiquen a los afiliados que presentan enfermedades de alto costo.

Una vez definidas las EPS de la Tabla 10, es decir, aquellas que serían liquidadas, se procede a definir el número de afiliados en los grupos según las diferencias descritas en el párrafo anterior. Una vez obtenidos estos grupos, se multiplica por la UPC que recibirían individualmente y se suman para obtener el valor total de la UPC que recibiría la EPS receptora de los afiliados.

Para este análisis, se presenta que la entidad receptora recibiría cerca de 11.490.787 afiliados, de los cuales 3.354.924 harían parte del régimen contributivo y los restantes 8.135.863 serían del régimen subsidiado. En total, la entidad recibiría alrededor de **\$16.7** billones (dieciséis billones setecientos mil millones) por concepto de UPC por estos nuevos afiliados, distribuidos \$5.1 billones por régimen contributivo y \$11.6 billones por régimen subsidiado.

#### **8.2.3.3. Cálculo de siniestralidad Total**

Una vez definidos los ingresos por concepto de UPC que recibiría la entidad por cuenta de la recepción de afiliados, se procede al cálculo de la siniestralidad. Para este caso, se plantean dos escenarios con supuestos diferentes, con el fin de obtener un rango de variación en el cálculo de este indicador.

##### **8.2.3.3.1. Primer escenario: Moderado**

El supuesto primario de este escenario es que los costos de los trasladados solo se ven afectados por la inflación.

#### **Supuestos**

- Los costos adicionales de la NUEVA EPS por recibir los afiliados son equivalentes a los costos de las EPS liquidadas ajustados con la inflación, más un incremento por la tasa de variación mensual de los costos de nueva EPS.
- No es posible identificar si hay sinergias o algún tipo de minimización de costos relacionados con economías de escala.
- Los ingresos adicionales de la NUEVA EPS por recibir los afiliados son aproximadamente equivalentes a lo establecido en la Resolución 2809 de 2022, que fijó el valor anual de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) para 2023.





- Única fuente de variación de la siniestralidad de la NUEVA EPS entre el último mes disponible y el mes de choque es la recepción de afiliados.

### **Cálculo**

- Una vez se ha obtenido la UPC, se calcularon los costos, tomando la suma de los costos reportados por las 10 EPS que se proyectan retirar y, dado que la NUEVA EPS sería la única receptora, recibiría todos los costos definidos en el último mes reportado, que sería noviembre de 2022. En este caso, los costos adicionales totales serían de \$1,48 billones mensuales que, con el ajuste de la inflación y el ajuste de la tendencia de los costos de la receptora, los costos adicionales serían \$1,74 billones.
- Finalmente, se calcula la siniestralidad con los incrementos de UPC y de costos partiendo del último dato disponible del Archivo Tipo FT001 – Catálogo de información financiera para efectos de supervisión reportado por la NUEVA EPS (noviembre de 2022). Con este incremento de afiliados, NUEVA EPS pasaría de una siniestralidad de 95.1% a 113% al momento de recibir los afiliados. Esto quiere decir que, en noviembre de 2022 NUEVA EPS gasta \$95 por cada \$100 que recibe, mientras que, con la recepción de 11 millones de afiliados, pasaría a gastar \$113 por cada \$100 que recibe por afiliado.

#### **8.2.3.3.2. Segundo escenario: Ácido**

Para este escenario se incorpora las variaciones promedio de las principales EPS receptoras que recibieron afiliados en 2022, producto de las decisiones adoptadas por esta superintendencia.

### **Supuestos**

- Durante el 2022 ninguna EPS recibió la totalidad de afiliados de las 5 EPS que entraron en proceso de liquidación.
- Cerca de 4 millones de afiliados fueron asignados con ocasión de las 5 EPS que entraron en proceso de liquidación en el año 2022, de estos, NUEVA EPS recibió aproximadamente 1,1 millones de afiliados, por tanto, los 11,4 millones representan cerca de 10 veces los afiliados recibidos en 2022.
- Las EPS SURA, SANITAS, COOSALUD, NUEVA EPS y SALUD TOTAL recibieron cerca de 3 millones de afiliados en 2022, lo que representa un pareto para calcular la variación de la siniestralidad posterior a la asignación afiliados.
- Se asume que la variación ponderada de la siniestralidad para las 5 EPS referidas en el punto anterior, posterior a la recepción de afiliados es una medida cercana al incremento que puede evidenciar una EPS en el escenario de recibir todos los afiliados de una liquidación.
- El efecto de la liquidación de Comfamiliar Guajira no se tiene en cuenta porque no hay información disponible de costos e ingresos para diciembre 2022 (mes posterior a su liquidación), considerando que los vigilados tienen plazo para reportar su información financiera de diciembre hasta febrero 20 de 2022.
- La variación de la siniestralidad de NUEVA EPS es equivalente a la variación ponderada de las liquidaciones de 2022 posterior a la asignación ajustado por la magnitud de afiliados que recibiría NUEVA EPS comparada a los afiliados recibidos en 2022.

### Cálculo

- Para las 5 EPS que han recibido la mayor cantidad de afiliados, se realiza el cálculo de la participación en la recepción de afiliados de las liquidaciones de Coomeva, Medimás, Comfamiliar Huila y Convida. Como el objetivo es identificar el posible impacto en la siniestralidad de la entidad receptora posterior a las liquidaciones, se procede a identificar la variación de siniestralidad posterior al choque. Con estos datos se calcula el promedio ponderado (Ver Tabla 11).

**Tabla 11. Promedio ponderado de la variación mensual de la siniestralidad mes posterior a las liquidaciones del 2022, 5 principales EPS receptoras**

| Mes liquidación | EPS liquidada | EPS receptora | Afiliados | Participación | Variación Siniestralidad posterior a la liquidación (*) | Multiplicación |
|-----------------|---------------|---------------|-----------|---------------|---------------------------------------------------------|----------------|
| Febrero         | Coomeva       | Coosalud      | 130.338   | 13,8%         | 1,02                                                    | 0,14           |
| Febrero         | Coomeva       | Nueva EPS     | 293.117   | 30,9%         | 1,00                                                    | 0,31           |
| Febrero         | Coomeva       | Salud Total   | 154.660   | 16,3%         | 1,00                                                    | 0,16           |
| Febrero         | Coomeva       | Sanitas       | 170.281   | 18,0%         | 1,07                                                    | 0,19           |
| Febrero         | Coomeva       | Sura          | 199.090   | 21,0%         | 1,04                                                    | 0,22           |
| Marzo           | Medimás       | Coosalud      | 96.299    | 7,6%          | 1,01                                                    | 0,08           |
| Marzo           | Medimás       | Nueva EPS     | 481.736   | 37,9%         | 0,95                                                    | 0,36           |
| Marzo           | Medimás       | Salud Total   | 245.500   | 19,3%         | 0,99                                                    | 0,19           |
| Marzo           | Medimás       | Sanitas       | 357.770   | 28,1%         | 1,29                                                    | 0,36           |
| Marzo           | Medimás       | Sura          | 91.381    | 7,2%          | 0,88                                                    | 0,06           |
| Agosto          | Comfahuila    | Coosalud      | 22.015    | 4,5%          | 1,02                                                    | 0,05           |
| Agosto          | Comfahuila    | Nueva EPS     | 204.075   | 41,5%         | 1,11                                                    | 0,46           |
| Agosto          | Comfahuila    | Salud Total   | 32.819    | 6,7%          | 0,99                                                    | 0,07           |
| Agosto          | Comfahuila    | Sanitas       | 231.957   | 47,2%         | 1,04                                                    | 0,49           |
| Agosto          | Comfahuila    | Sura          | 603       | 0,1%          | 1,04                                                    | 0,00           |
| Septiembre      | Convida       | Coosalud      | 15.084    | 5,7%          | 1,09                                                    | 0,06           |
| Septiembre      | Convida       | Nueva EPS     | 114.979   | 43,6%         | 1,09                                                    | 0,48           |
| Septiembre      | Convida       | Salud Total   | 65.685    | 24,9%         | 0,95                                                    | 0,24           |
| Septiembre      | Convida       | Sura          | 8.037     | 3,0%          | 1,02                                                    | 0,03           |
| Septiembre      | Convida       | Sanitas       | 59.976    | 22,7%         | 0,98                                                    | 0,22           |

**Fuente:** Elaboración propia, cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud.

(\*) Se considera el relativo, es decir,  $(\text{Siniestralidad posterior}) / (\text{Siniestralidad anterior})$  a la asignación.

El resultado del promedio ponderado del cambio en la siniestralidad de las principales EPS receptoras luego de cada una de las liquidaciones mencionadas se muestra en la Tabla 12. En promedio, posterior a la liquidación de Coomeva la siniestralidad para las 5 EPS receptoras aumentó 2,4%. El incremento promedio de la siniestralidad luego de la liquidación de Medimás es 5,4%, mientras que el incremento de la siniestralidad para las liquidaciones de ComfaHuila y Convida es 6,5% y 2,8% respectivamente.

Asimismo, en la Tabla 12 se muestra el resultado del promedio ponderado de la variación mensual posterior de las 4 liquidaciones. Para ello, se procede a calcular la participación de los afiliados de cada liquidación en el total, este valor se multiplica con el promedio ponderado obtenido en el paso anterior y finalmente, se suman los 4 valores, dando como resultado un incremento promedio en la siniestralidad posterior a la asignación de afiliados de 4,3%.

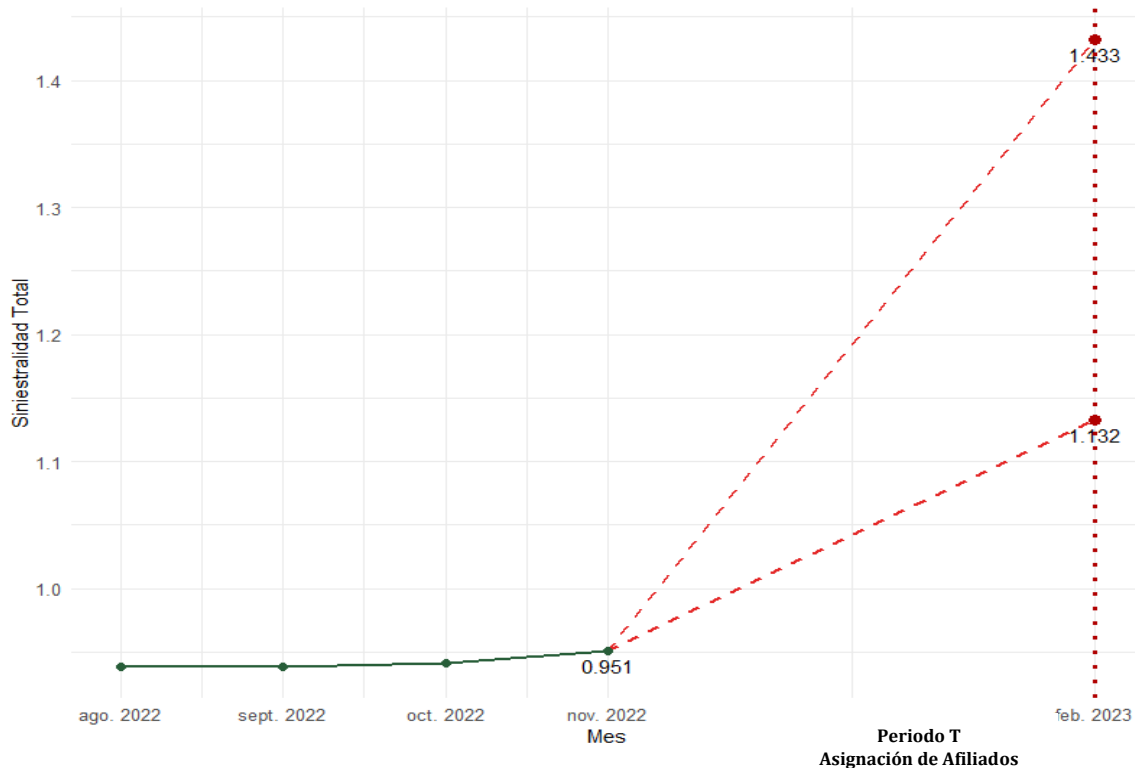
**Tabla 12. Promedio ponderado de la variación mensual de la siniestralidad mes posterior a las liquidaciones del 2022, tomando el promedio ponderado de las 5 principales EPS receptoras**

| EPS liquidada                 | Afiliados asignados | Promedio ponderado 5 EPS receptoras | Participación, total afiliados asignados 2022 | Multiplicación |
|-------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| Cooomeva                      | 1.169.172           | 1,024                               | 31,8%                                         | 0,326          |
| Medimás                       | 1.490.265           | 1,054                               | 40,5%                                         | 0,428          |
| Comfahuila                    | 539.985             | 1,065                               | 14,7%                                         | 0,157          |
| Convinda                      | 475.731             | 1,028                               | 12,9%                                         | 0,133          |
| <b>Total</b>                  |                     |                                     |                                               | <b>1,043</b>   |
| <b>Porcentaje (1.043 – 1)</b> |                     |                                     |                                               | <b>4,3%</b>    |

**Fuente:** Elaboración propia, cálculos DID - Superintendencia Nacional de Salud.

Para la proyección de la siniestralidad ante un incremento de afiliados se toma el último dato disponible, noviembre 2022. Por otro lado, como el número de afiliados a recibir por la entidad receptora (aproximadamente 10 veces los afiliados recibidos durante 2022), se considera esta magnitud en el cálculo, por tanto, la siniestralidad de NUEVA EPS ante el incremento de afiliados pasaría de 95% a 143%. La Figura 1 muestra la siniestralidad ante estos dos escenarios, partiendo que actualmente el indicador de Nueva EPS está por debajo del 100%, y ante un aumento de afiliados de más de 11 millones, su siniestralidad superaría el 100% posterior a la asignación.

**Figura 1. Cambio en la siniestralidad escenarios (Moderado – Ácido) descritos**



**Fuente:** Elaboración propia DID - Superintendencia Nacional de Salud.



De acuerdo con un estudio econométrico realizado por la Superintendencia de Salud en el año 2022, donde se analizó el efecto en las EPS receptoras de la asignación de afiliados posterior a las medidas de revocatoria parcial y total de 11 EPS entre 2019 y junio de 2022, se sugirió que el traslado de afiliados tiene un efecto temporal sobre la estructura de costos de las EPS receptoras, en términos de siniestralidad, con una duración aproximada de tres (3) meses antes de volver a su tendencia de siniestralidad. Este impacto trimestral muestra un efecto rebote en el segundo mes, lo que llevaría a una duración de hasta seis (6) meses antes de volver a dicha tasa, reconociendo el hecho que las EPS receptoras deben ampliar su red de atención para garantizar los servicios de salud.

En este caso, se trasladarían más afiliados que los que se han asignado en el último cuatrienio y solo se tendría una entidad receptora, por lo que se esperaría que el retorno a la tendencia de siniestralidad tenga una duración mucho mayor. La suavización del efecto va a depender de la capacidad que tenga la entidad para ampliar su red de atención, renegociar los contratos con las IPS que pertenecen a la red de atención de las EPS que serían liquidadas y de su propia red, la capacidad de ampliar los canales de atención, entre otras.

#### 8.2.4. Proyección cálculo de condiciones financieras

Considerando los escenarios del impacto que tendría en la siniestralidad analizados en la sección anterior, se realiza un ejercicio proyectando que la entidad podría tener una siniestralidad del 113,2% (escenario moderado), calculada en un momento inicial y se estima que en los siguientes meses crecerá la pérdida en 13,2%, en este escenario la entidad tendría que capitalizarse en \$2,3 billones, teniendo en cuenta que el cálculo de condiciones financieras se realizaría con lo dispuesto en los Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022 (Tabla 13).

**Tabla 13. Indicadores de Condiciones Financieras a un (1) año siguiendo lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, incluyendo los ingresos adicionales por traslado de afiliados y asumiendo una siniestralidad de 113%**

| Condiciones Financieras Noviembre de 2022<br>Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022 |                    |                                                               |                               |                     |                               |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| % Patrimonio                                                                     | Patrimonio Técnico | Perdidas acumuladas proyectadas con siniestralidad del 113,2% | Patrimonio técnico proyectado | Patrimonio Adecuado | Patrimonio Adecuado Adicional | Defecto Patrimonio Adecuado |
| 5,5%                                                                             | 726.052.448        | 1.309.987.908                                                 | - 583.935.460                 | 711.937.557         | 962.494.101                   | - 2.258.367.118             |

cifras en miles de \$

**Fuente:** Elaboración propia. Superintendencia Nacional de Salud. Base de cálculo resultados noviembre de 2022 adicionando el ingreso por traslado de afiliados y proyección de siniestralidad, Un (1) año.

Para el segundo escenario (Ácido), asumiendo una siniestralidad inicial del 143,3%, en este caso se hace el supuesto que esta siniestralidad disminuirá gradualmente hasta llegar a 113,2%, que es el valor del escenario moderado de siniestralidad, arrojándonos que se requeriría de un capital adicional de \$5.7 billones de pesos (Tabla 14).

**Tabla 14. Indicadores de Condiciones Financieras a un (1) año siguiendo lo establecido en el Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, incluyendo los ingresos adicionales por traslado de afiliados y asumiendo una siniestralidad de 143,3% que disminuye gradualmente hasta llegar a 113,2%**

| Condiciones Financieras Noviembre de 2022<br>Decretos 1424 de 2019, 1492 de 2022 |                    |                                                               |                               |                     |                               |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| % Patrimonio                                                                     | Patrimonio Técnico | Perdidas acumuladas proyectadas con siniestralidad del 143,3% | Patrimonio técnico proyectado | Patrimonio Adecuado | Patrimonio Adecuado Adicional | Defecto Patrimonio Adecuado |
| 5,5%                                                                             | 726.052.448        | 4.723.541.020                                                 | - 3.997.488.572               | 711.937.557         | 962.494.101                   | - 5.671.920.229             |
| cifras en miles de \$                                                            |                    |                                                               |                               |                     |                               |                             |

**Fuente:** Elaboración propia. Superintendencia Nacional de Salud. Base de cálculo resultados noviembre de 2022 adicionando el ingreso por traslado de afiliados y proyección de siniestralidad, Un (1) año.

### 8.2.5. Síntesis

Manteniendo las condiciones de cálculo de condiciones financieras, con la aplicación de los Decretos Decreto 2702 de 2014, 1424 de 2019 y 1492 de 2022, el monto mínimo estimado capitalizar de acuerdo con la proyección de condiciones financieras, sin el impacto de siniestralidad sería de \$948,3 miles de millones durante el primer año de operación, incluidos los recursos pendientes de capitalizar en el marco del Plan de Ajuste Financiero (PAF).

De acuerdo con los escenarios de impacto de la siniestralidad (moderado y ácido) se proyecta que las necesidades de capitalización de la entidad receptora oscilan entre \$2,4 billones y \$5.7 billones, para el primer año de operación, incluidos los recursos referidos en el punto anterior; indicando que el valor máximo requerido, puede variar producto de los resultados de la operación de la entidad.

El patrimonio técnico requerido por la entidad receptora, para dar cumplimiento a las condiciones financieras definidas en el Decreto 780 de 2016, es de \$2,4 billones, con una siniestralidad inferior al 100%.

Adicionalmente, en lo relacionado con el cumplimiento del régimen de inversiones de la reserva técnica, la entidad receptora al asumir la nueva población tendría una exigencia mayor de capitalización para cumplir con el requerimiento de este indicador.



## **Anexos**

- 1- Modelos de UPC**
- 2- Costeo Seccionales ADRES**



## Anexo 1 Modelos UPC

### Anexo 1A. Modelos de UPC

El estudio realizado llevo a cabo una serie de pruebas para comparar la capacidad de ajuste de diferentes modelos, resumidos en 7 especificaciones. La primera, es una en la cual se le asigna un ingreso per cápita plano a todos los individuos, el segundo corresponde al modelo actual, el siete es el modelo de condiciones propuesto por ellos y, los demás son intermedios entre el modelo 2 y el 7. Encontraron que el modelo actual (dos) es el mejor en términos de los R-cuadrados dado que presenta dicho estadístico en cerca de 71.2% frente al 8.62% del modelo 7. No obstante, en la prueba conjunta del área bajo la curva de tolerancia el modelo propuesto por ellos (7) muestra un mejor resultado. Por lo cual, concluyen que adicionar en los modelos de ajuste de riesgo variables relacionadas con las condiciones de salud de los afiliados podría mejorar el ajuste de riesgo, y por lo tanto la distribución de los recursos.

Para verificar, lo que tiene que ver con la distribución de recursos construyeron un indicador denominado relaciones predictivas, que es la razón entre los recursos efectivamente distribuidos a las EAPB y los que cada uno de los siete modelos predice. En el cuadro 1 se aprecia que en modelo actual (M2) en términos de los territorios, la razón de relaciones predictivas es siempre mayor a 100%, mostrando que el modelo oficial remunera por encima de lo predicho, representando una sobre financiación. Lo cual contrasta con el modelo de condiciones (M7) que es el que más mantiene una relación cercana al 100% optimizando la distribución de recursos.

Cuadro 1. Relaciones predictivas de tipo de territorio

| Tipo de territorio    | M1      | M2      | M3      | M4     | M5      | M6      | M7      |
|-----------------------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|
| <b>Ciudades</b>       | 97.88%  | 111.34% | 110.48% | 89.42% | 98.24%  | 98.64%  | 99.59%  |
| <b>Difícil acceso</b> | 144.89% | 127.03% | 145.87% | 79.21% | 102.41% | 123.30% | 102.52% |
| <b>Islas</b>          | 82.33%  | 109.31% | 108.40% | 84.88% | 90.72%  | 84.39%  | 91.31%  |
| <b>Otro</b>           | 111.08% | 112.29% | 116.27% | 88.00% | 106.28% | 105.15% | 99.86%  |

De igual manera, en la evaluación por EPS, encuentran que el modelo actual muestra valores superiores al 111%, es decir una sobrefinanciación, frente al modelo de condiciones (M7) que mantiene un equilibrio alrededor del 100%.

Cuadro 2. Relaciones predictivas para EPS sintéticas

| Tamaño sintético                      | M1      | M2      | M3      | M4     | M5      | M6      | M7      |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|
| <b>300000</b>                         | 101.25% | 111.16% | 112.56% | 89.49% | 100.34% | 100.75% | 100.60% |
| <b>500000</b>                         | 101.26% | 112.90% | 112.50% | 89.37% | 100.17% | 100.58% | 100.14% |
| <b>1000000</b>                        | 101.12% | 112.28% | 112.31% | 89.28% | 100.09% | 100.40% | 100.04% |
| <b>Ejemplo de validación completa</b> | 100.84% | 111.73% | 112.01% | 89.01% | 99.69%  | 100.10% | 99.65%  |





## Anexo 1B. Análisis Financiero y Estados Financieros

Ahora bien, al analizar la información de los estados financieros reportada por las Entidades promotoras de Salud – EPS, habilitadas en los regímenes contributivo y subsidiado clasificadas en los grupos de NIIF 1 y 2 que reportan información al 31 de diciembre en una serie comprendida entre el 2017 y 2021, se puede observar en los que las cuentas contables asociadas al ingreso de UPC, la de mayor peso sobre el total de los ingresos es la Ingresos por Unidad de Pago por Capitación -UPC, con un 95% durante los años 2019 y 2020 y un 90% para el año 2021.

Igualmente se observa que los ingresos registrados en los estados financieros de las EPS, tienen una tendencia creciente, incrementándose del año 2017 a 2018 en 23%, 2018 a 2019 el 11%, 2019 a 2020 el 8% y 2020 a 2021 el 13%.

| INGRESOS -UPC                                             | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------------------------------------|------|------|------|------|------|
| CONTRIBUTIVO                                              | 44%  | 41%  | 41%  | 44%  | 49%  |
| CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO (Medimás, Nueva EPS, Saludvida) | 25%  | 29%  | 27%  | 26%  | 26%  |
| SUBSIDIADO                                                | 31%  | 30%  | 31%  | 31%  | 26%  |

Fuente: Catalogo de información Financiera con fines de supervisión, Supersalud

En cuanto a los regímenes, se observa que, del total de los ingresos recibidos por los dos regímenes, las EPS del régimen contributivo tienen una participación promedio del 45% durante los últimos tres años (2019,2020 y 2021) seguido por el régimen subsidiado con una participación sobre el total de los ingresos es del 29% y finalmente las EPS habilitadas tanto en régimen contributivo como subsidiado (Medimás, Nueva EPS y Saludvida) con un peso promedio del 26% durante el mismo periodo,

De igual forma es necesario aclarar que la superintendencia Nacional de Salud establece la estructura de desagregación por número de dígito del Catálogo de información financiera con fines de supervisión, estableciendo como identificador de negocio los dígitos 7 y 8, que para el caso del informe se extrae el 01 régimen contributivo y 02 régimen subsidiado

En cuanto al costo, se puede evidenciar que se ve que los estados financieros registran que la cuenta de mayor peso sobre el total de los costos durante el periodo 2019 y 2020 es costo reservas técnicas-liquidadas pendientes de pago- servicio de salud (UPC) con un 85% y durante el año 2021 su participación fue del 80%, en segundo lugar encontramos costo reservas técnicas - conocidos no liquidados - servicios de salud (UPC), con un peso sobre el total del costo del 8% para el año 2019, 12% el 2020 y para el periodo 2021 el 16%.

De igual forma que los ingresos, en cada cierre de periodo se evidencian crecimientos de los costos con relación al año anterior, es así que durante el periodo de 2017 a 2018 su crecimiento fue del 32%; 2018 a 2019 el 13%; 2019 a 2020 el 9% y 2020 a 2021 el 12%.



| <b>COSTOS - UPC</b>              | <b>2017</b> | <b>2018</b> | <b>2019</b> | <b>2020</b> | <b>2021</b> |
|----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <b>CONTRIBUTIVO</b>              | 39%         | 35%         | 36%         | 43%         | 48%         |
| <b>CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO</b> | 25%         | 32%         | 31%         | 26%         | 26%         |
| <b>SUBSIDIADO</b>                | 36%         | 33%         | 33%         | 30%         | 26%         |

Fuente: Catalogo de información Financiera con fines de supervisión, Supersalud

De igual forma se observa que del total de los costos registrados por las EPS en los dos regímenes, las EPS del régimen contributivo tienen una participación promedio sobre el total de los costos del 42% durante los últimos tres años (2019, 2020 y 2021), el régimen subsidiado tiene un peso del 30% y las EPS habilitadas en los dos regímenes (Medimás, Nueva EPS y Saludvida) su participación promedio es del 28% en los mismos periodos.

Finalmente se observa que la relación de costo ingreso en los periodos de análisis es positiva, evidenciando una participación del costo sobre el ingreso para los años 2017 del 73.26%, 2018 de 78.66%, 2019 de 79.87%, 2020 de 80.26% y 79.27% durante el periodo de cierre del año 2021, así mismo se observa que la EPS Famisanar, es la única EPS que presenta un peso promedio de los costos sobre el ingreso del 94% durante los últimos tres años(2019,2020,2021).

| INGRESOS Y COSTOS ASOCIADOS A LA UPC<br>2017 – 2021<br>Valores en miles de pesos |                |                |                |                |                |
|----------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| INGRESOS                                                                         | 2017           | 2018           | 2019           | 2020           | 2021           |
| UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN - UPC                                              | 28.307.208.100 | 34.800.625.552 | 38.629.478.790 | 41.657.129.372 | 44.876.727.676 |
| UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN ADICIONAL                                          | 20.882.336     | 24.992.304     | 28.665.212     | 33.425.448     | 67.935.946     |
| LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES Y CONOCIDAS                 | 499.912.970    | 641.690.047    | 899.393.174    | 1.198.564.283  | 1.165.650.430  |
| LIBERACIÓN RESERVAS TÉCNICAS-OBLIGACIONES PENDIENTES NO CONOCIDAS                | 130.811.737    | 81.263.319     | 101.931.968    | 259.102.929    | 144.283.305    |
| CUOTA MODERADORA POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON LA UPC              | 340.947.785    | 388.752.711    | 468.599.418    | 341.957.615    | 461.417.935    |
| COPAGOS POR SERVICIOS Y TECNOLOGÍAS FINANCIADOS CON LA UPC                       | 222.487.831    | 252.064.142    | 276.935.394    | 243.037.077    | 249.856.842    |
| SANCIÓN POR INASISTENCIA                                                         | 208.357        | 106.400        | 48.001         | 17.231         | 2.958          |
| INGRESOS POR DUPLICADO DE CARNÉ Y CERTIFICACIONES                                | 174.165        | 180.988        | 84.706         | 35.298         | 22.369         |
| OTRAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD                                      | 110.190.843    | 141.168.432    | 82.396.561     | 188.747.338    | 2.630.320.314  |
| TOTAL, INGRESOS                                                                  | 29.632.824.123 | 36.330.843.894 | 40.487.533.223 | 43.922.016.591 | 49.596.217.775 |
| COSTOS                                                                           |                |                |                |                |                |
| COSTO RESERVAS TECNICAS-LIQUIDADAS PENDIENTES DE PAGO- SERVICIO DE SALUD (UPC)   | 18.462.796.444 | 24.826.027.951 | 27.496.436.782 | 29.788.850.890 | 31.569.775.920 |
| COSTO RESERVAS TECNICAS - CONOCIDOS NO LIQUIDADOS - SERVICIOS DE SALUD (UPC)     | 1.851.693.939  | 2.097.285.195  | 2.615.667.850  | 4.305.976.558  | 6.376.744.584  |
| RESERVAS TECNICAS-CONOCIDAS NO LIQUIDADAS-SERVICIOS DE SALUD                     | 1.071.394.159  | 1.261.389.337  | 1.573.048.239  | 0              | 0              |
| COSTO RESERVAS TECNICAS - PENDIENTES NO CONOCIDAS - SERVICIOS DE SALUD (UPC)     | 314.500.772    | 392.262.869    | 652.119.817    | 1.156.444.444  | 1.369.605.966  |
| TOTAL, COSTOS                                                                    | 21.700.385.314 | 28.576.965.353 | 32.337.272.688 | 35.251.271.892 | 39.316.126.470 |
| PARTICIPACION COSTO SOBRE EL INGRESO                                             | 73,23%         | 78,66%         | 79,87%         | 80,26%         | 79,27%         |



## **Anexo 1C. Funciones y Obligaciones de las EPS**

### **FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO.**

Las Entidades Promotoras de Salud serán responsables de ejercer las siguientes funciones:

- a) Promover la afiliación de los habitantes de Colombia al Sistema General de Seguridad Social en Salud en su ámbito geográfico de influencia, bien sea a través del régimen contributivo o del régimen subsidiado, garantizando siempre la libre escogencia del usuario y remitir al Fondo de Solidaridad y Garantía la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios;
- b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas en el Sistema.
- c) Se exceptúa de lo previsto en el presente literal a las entidades que por su propia naturaleza deban celebrar contratos de reaseguro;
- d) Movilizar los recursos para el funcionamiento del Sistema de Seguridad Social en Salud mediante el recaudo de las cotizaciones por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantía; girar los excedentes entre los recaudos, la cotización y el valor de la unidad de pago por capitación a dicho fondo, o cobrar la diferencia en caso de ser negativa; y pagar los servicios de salud a los prestadores con los cuales tenga contrato;
- e) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con Instituciones Prestadoras y con Profesionales de la Salud; implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud;
- f) Organizar la prestación del servicio de salud derivado del sistema de riesgos laborales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia;
- g) Organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan Obligatorio de Salud, según lo prevea su propia naturaleza.

### **FUNCIONES Y OBLIGACIONES DE LAS EPS DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO.**

Son obligaciones de las entidades EPS del régimen subsidiado, las siguientes, conforme las disposiciones vigentes:

- a) Promover la afiliación de la población beneficiaria del régimen subsidiado, garantizando la libre elección por parte del beneficiario.



- b) Administrar el riesgo en salud de sus afiliados, como aseguradoras y administradoras que son, procurando disminuir la ocurrencia de eventos previsibles de enfermedad o de eventos de enfermedad sin atención, evitando en todo caso la discriminación de personas con altos riesgos o enfermedades costosas.
- c) Informar al beneficiario sobre aquellos aspectos relacionados con el contenido del POS, procedimientos para la inscripción, redes de servicios con que cuenta, deberes y derechos dentro del SGSSS, así como el valor de las cuotas moderadoras y copagos que debe pagar.
- d) Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud previstos en el Plan Obligatorio de Salud, con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus afiliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. Con este propósito gestionarán y coordinarán la oferta de servicios de salud, directamente o a través de la contratación con instituciones prestadoras de servicios y con profesionales de salud, implementarán sistemas de control de costos; informarán y educarán a los usuarios para el uso racional del sistema; establecerán procedimientos de garantía de calidad para la atención integral, eficiente y oportuna de los usuarios en las instituciones prestadoras de salud.
- e) Asegurar los riesgos derivados de la atención de enfermedades de alto costo, calificadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, de acuerdo con las condiciones señaladas en el presente Título.
- f) Suministrar oportunamente a las Direcciones de Salud la información relacionada con sus afiliados y verificar en el momento de la afiliación que estas personas se encuentran dentro de la población prioritaria para la asignación de subsidios, conforme los listados entregados por las entidades territoriales.
- g) Establecer el sistema de administración financiera de los recursos provenientes del subsidio a la demanda.
- h) Organizar estrategias destinadas a proteger la salud de sus beneficiarios que incluya las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación dentro de los parámetros de calidad y eficiencia.
- i) Informar a la Superintendencia Nacional de Salud, al Ministerio de Salud y Protección Social, a las entidades territoriales y demás autoridades correspondientes las irregularidades que se presenten en la operación del régimen subsidiado, en especial aquellos aspectos relacionados con los procesos de identificación, afiliación, carnetización de los beneficiarios de subsidios y deficiencia en la red prestadora de servicios, independientemente de las acciones internas que adelante para establecer las responsabilidades personales o institucionales y para la adopción de los correctivos correspondientes.



## Anexo 2. Seccionales ADRES

| DISTRIBUCION 7 REGIONES |                    |            |                        |
|-------------------------|--------------------|------------|------------------------|
| REGION                  | DEPARTAMENTOS      | POBLACION  | POBLACION TOTAL REGION |
| 1 CARIBE                | LA GUAJIRA         | 1,096,432  | 12,130,230             |
|                         | CESAR              | 1,344,819  |                        |
|                         | MAGDALENA          | 1,473,721  |                        |
|                         | ATLANTICO          | 2,906,853  |                        |
|                         | BOLIVAR            | 2,432,406  |                        |
|                         | SUCRE              | 1,022,020  |                        |
|                         | CORDOBA            | 1,790,640  |                        |
|                         | SAN ANDRES         | 63,338     |                        |
| 2 EJE CAFETERO          | ANTIOQUIA          | 7,211,853  | 10,338,391             |
|                         | CALDAS             | 969,708    |                        |
|                         | RISARALDA          | 1,091,566  |                        |
|                         | QUINDIO            | 596,792    |                        |
|                         | CHOCO              | 468,473    |                        |
| 3 PACIFICO              | VALLE DEL CAUCA    | 4,817,049  | 7,780,659              |
|                         | CAUCA              | 1,408,428  |                        |
|                         | NARIÑO             | 1,555,183  |                        |
| 4. SANTANDERES          | NORTE DE SANTANDER | 1,758,193  | 4,122,981              |
|                         | SANTANDER          | 2,364,788  |                        |
| 5 CENTRO +<br>AMAZONAS  | BOYACA             | 1,239,162  | 12,369,019             |
|                         | CUNDINAMARCA       | 2,725,893  |                        |
|                         | BOGOTA D.C.        | 8,234,723  |                        |
|                         | VAUPES             | 35,484     |                        |
|                         | GUAINIA            | 54,218     |                        |
|                         | AMAZONAS           | 79,537     |                        |
| 6 ORINOQUIA             | ARAUCA             | 316,018    | 2,028,252              |
|                         | CASANARE           | 441,387    |                        |
|                         | META               | 1,094,080  |                        |
|                         | GUAVIARE           | 89,889     |                        |
|                         | VICHADA            | 86,877     |                        |
| 7 CENTRO - SUR          | TOLIMA             | 1,229,733  | 3,386,721              |
|                         | HUILA              | 1,372,356  |                        |
|                         | CAQUETA            | 437,731    |                        |
|                         | PUTUMAYO           | 346,901    |                        |
| Fuente: BDUA            |                    | 52,156,254 | 52,156,254             |

| PROPUESTA AJUSTE OPERACIÓN TALENTO HUMANO MAS COSTO FUNCIONAMIENTO<br>(ESCENARIO 1 - AUDITORIA 100% SOPORTES) |                                       |                        |                    |                    |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|--------------------|--------------------------|
|                                                                                                               | DEPARTAMENTAL                         | Varia por Departamento |                    |                    |                          |
| Cantidad                                                                                                      | Equipo Directivo base:                | honorario mes x Dep    | Factor Salaria 1,5 | salarios año x Dep | salarios x 33            |
| 1                                                                                                             | Director x Departamento               | 12,000,000             | 18,000,000         | 216,000,000        | 7,128,000,000            |
| 1                                                                                                             | Líder de Auditoria                    | 9,000,000              | 13,500,000         | 162,000,000        | 5,346,000,000            |
| 1                                                                                                             | Auditor medico Lider                  | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 1                                                                                                             | Auditor Administrativo financiero     | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 1                                                                                                             | Auditor Jurídico                      | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 1                                                                                                             | Auditor Sistemas de Información       | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 5                                                                                                             | Atención al Ciudadano                 | 3,500,000              | 5,250,000          | 315,000,000        | 10,395,000,000           |
| 10                                                                                                            | Técnico o tecnólogo en Sistemas       | 3,000,000              | 4,500,000          | 540,000,000        | 17,820,000,000           |
| 5                                                                                                             | Gestor Documental                     | 3,000,000              | 4,500,000          | 270,000,000        | 8,910,000,000            |
| 10                                                                                                            | Apoyo Administrativo                  | 3,000,000              | 4,500,000          | 540,000,000        | 17,820,000,000           |
| 300                                                                                                           | Auditores profesionales               | 6,500,000              | 9,750,000          | 35,100,000,000     | 1,158,300,000,000        |
| 450                                                                                                           | Analistas                             | 3,000,000              | 4,500,000          | 24,300,000,000     | 801,900,000,000          |
| 3                                                                                                             | Abogados x linea auditoria            | 7,000,000              | 10,500,000         | 378,000,000        | 12,474,000,000           |
| 10                                                                                                            | Analistas de Información              | 7,000,000              | 10,500,000         | 1,260,000,000      | 41,580,000,000           |
| 2                                                                                                             | Estadísticos                          | 7,000,000              | 10,500,000         | 252,000,000        | 8,316,000,000            |
| 2                                                                                                             | Ingenieros sistemas                   | 6,000,000              | 9,000,000          | 216,000,000        | 7,128,000,000            |
| 1                                                                                                             | Líder Financiero                      | 8,000,000              | 12,000,000         | 144,000,000        | 4,752,000,000            |
| 1                                                                                                             | Lider Contabilidad                    | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 1                                                                                                             | Lider Presupuesto                     | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 5                                                                                                             | Apoyos Financieros                    | 5,000,000              | 7,500,000          | 450,000,000        | 14,850,000,000           |
| 1                                                                                                             | Lider Prestaciones Economicas         | 8,000,000              | 12,000,000         | 144,000,000        | 4,752,000,000            |
|                                                                                                               | Profesionales Prestaciones Economicas | 5,000,000              | 7,500,000          | 9,000,000,000      | 297,000,000,000          |
| 3                                                                                                             | Abogados cobro coactivo               | 5,000,000              | 7,500,000          | 270,000,000        | 8,910,000,000            |
| 1                                                                                                             | Lider Administrativo                  | 7,000,000              | 10,500,000         | 126,000,000        | 4,158,000,000            |
| 2                                                                                                             | Profesional de apoyo                  | 5,000,000              | 7,500,000          | 180,000,000        | 5,940,000,000            |
| 1                                                                                                             | Apoyo Administrativo                  | 3,000,000              | 4,500,000          | 54,000,000         | 1,782,000,000            |
| 919                                                                                                           | 30,327                                | Total personas         |                    |                    |                          |
| <b>TOTALES</b>                                                                                                |                                       |                        |                    |                    | <b>2,464,209,000,000</b> |

| PROPUESTA AJUSTE OPERACIÓN TALENTO HUMANO MAS COSTO FUNCIONAMIENTO<br>(Escenario 2 - AUDITORIA basada en análisis) |                                       |                        |                     |                    |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|---------------------|--------------------|------------------------|
|                                                                                                                    | DEPARTAMENTAL                         | Varia por Departamento |                     |                    |                        |
| Cantidad                                                                                                           | Equipo Directivo base:                | Honorarios mes x Dep   | Factor Salarial 1,5 | Salarios año x Dep | Honorarios x 33        |
| 1                                                                                                                  | Director x Departamento               | 12,000,000             | 18,000,000          | 216,000,000        | 7,128,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Líder de Auditoría                    | 9,000,000              | 13,500,000          | 162,000,000        | 5,346,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Auditor medico Lider                  | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Auditor Administrativo financiero     | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Auditor Jurídico                      | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Auditor Sistemas de Información       | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 5                                                                                                                  | Atención al Ciudadano                 | 3,500,000              | 5,250,000           | 315,000,000        | 10,395,000,000         |
| 5                                                                                                                  | Técnico o tecnólogo en Sistemas       | 3,000,000              | 4,500,000           | 270,000,000        | 8,910,000,000          |
| 5                                                                                                                  | Gestor Documental                     | 3,000,000              | 4,500,000           | 270,000,000        | 8,910,000,000          |
| 10                                                                                                                 | Apoyo Administrativo                  | 3,000,000              | 4,500,000           | 540,000,000        | 17,820,000,000         |
| 30                                                                                                                 | Audidores Profesionales               | 7,000,000              | 10,500,000          | 3,780,000,000      | 124,740,000,000        |
| 45                                                                                                                 | Analistas                             | 3,000,000              | 4,500,000           | 1,620,000,000      | 53,460,000,000         |
| 3                                                                                                                  | Abogados x linea auditoria            | 7,000,000              | 10,500,000          | 378,000,000        | 12,474,000,000         |
| 6                                                                                                                  | Analistas de Información              | 5,000,000              | 7,500,000           | 540,000,000        | 17,820,000,000         |
| 3                                                                                                                  | Estadísticos                          | 7,000,000              | 10,500,000          | 378,000,000        | 12,474,000,000         |
| 5                                                                                                                  | Ingenieros sistemas                   | 6,000,000              | 9,000,000           | 540,000,000        | 17,820,000,000         |
| 1                                                                                                                  | Líder Financiero                      | 8,000,000              | 12,000,000          | 144,000,000        | 4,752,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Lider Contabilidad                    | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Lider Presupuesto                     | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 5                                                                                                                  | Apoyos Financieros                    | 5,000,000              | 7,500,000           | 450,000,000        | 14,850,000,000         |
| 1                                                                                                                  | Lider Prestaciones Economicas         | 8,000,000              | 12,000,000          | 144,000,000        | 4,752,000,000          |
| 20                                                                                                                 | Profesionales Prestaciones Economicas | 5,000,000              | 7,500,000           | 1,800,000,000      | 59,400,000,000         |
| 3                                                                                                                  | Abogados cobro coactivo               | 5,000,000              | 7,500,000           | 270,000,000        | 8,910,000,000          |
| 1                                                                                                                  | Lider Administrativo                  | 7,000,000              | 10,500,000          | 126,000,000        | 4,158,000,000          |
| 2                                                                                                                  | Profesional de apoyo                  | 5,000,000              | 7,500,000           | 180,000,000        | 5,940,000,000          |
| 2                                                                                                                  | Apoyo Administrativo                  | 3,000,000              | 4,500,000           | 108,000,000        | 3,564,000,000          |
| <b>160</b>                                                                                                         | <b>5,280</b>                          | <b>Total personas</b>  |                     |                    |                        |
| <b>TOTALES</b>                                                                                                     |                                       |                        |                     |                    | <b>405,999,000,000</b> |





| 7 FONDO REGIONAL- ESCENARIO 1 |                                   |                |                     |                       |                |
|-------------------------------|-----------------------------------|----------------|---------------------|-----------------------|----------------|
| Cantidad                      | Equipo Directivo base:            | Honorarios mes | Factor Salarial 1,5 | Salarios año x Región | Gasto RH x 7   |
| 1                             | Director x Departamento           | 14,400,000     | 21,600,000          | 259,200,000           | 1,814,400,000  |
| 1                             | Jefe de Contratación red          | 10,800,000     | 16,200,000          | 194,400,000           | 1,360,800,000  |
| 3                             | Expertos contratacion salud       | 8,400,000      | 12,600,000          | 453,600,000           | 3,175,200,000  |
| 4                             | Abogados Contratación             | 6,000,000      | 9,000,000           | 432,000,000           | 3,024,000,000  |
| 3                             | Técnicos sistemas                 | 3,600,000      | 5,400,000           | 194,400,000           | 1,360,800,000  |
| 2                             | Apoyo administrativo              | 3,600,000      | 5,400,000           | 129,600,000           | 907,200,000    |
| 1                             | Líder de Auditoría                | 10,800,000     | 16,200,000          | 194,400,000           | 1,360,800,000  |
| 1                             | Auditor medico Lider              | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 1                             | Auditor Administrativo financiero | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 1                             | Auditor Jurídico                  | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 1                             | Auditor Sistemas de Información   | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 1                             | Atención al Ciudadano             | 4,200,000      | 6,300,000           | 75,600,000            | 529,200,000    |
| 3                             | Técnico o tecnólogo en Sistemas   | 3,600,000      | 5,400,000           | 194,400,000           | 1,360,800,000  |
| 1                             | Gestor Documental                 | 3,600,000      | 5,400,000           | 64,800,000            | 453,600,000    |
| 2                             | Apoyo Administrativo              | 3,600,000      | 5,400,000           | 129,600,000           | 907,200,000    |
| 30                            | Auditorías especiales             | 6,000,000      | 9,000,000           | 3,240,000,000         | 22,680,000,000 |
| 6                             | Analistas                         | 10,800,000     | 16,200,000          | 1,166,400,000         | 8,164,800,000  |
| 30                            | Revisores calidad                 | 3,600,000      | 5,400,000           | 1,944,000,000         | 13,608,000,000 |
| 5                             | Abogados x línea auditoria        | 8,400,000      | 12,600,000          | 756,000,000           | 5,292,000,000  |
| 6                             | Analistas de Información          | 8,400,000      | 12,600,000          | 907,200,000           | 6,350,400,000  |
| 3                             | Estadísticos                      | 8,400,000      | 12,600,000          | 453,600,000           | 3,175,200,000  |
| 3                             | Ingenieros sistemas               | 7,200,000      | 10,800,000          | 388,800,000           | 2,721,600,000  |
| 1                             | Líder Financiero                  | 9,600,000      | 14,400,000          | 172,800,000           | 1,209,600,000  |
| 1                             | Líder Contabilidad                | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 1                             | Líder Presupuesto                 | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 7                             | Apoyos Financieros                | 6,000,000      | 9,000,000           | 756,000,000           | 5,292,000,000  |
| 1                             | Líder Prestaciones Economicas     | 9,600,000      | 14,400,000          | 172,800,000           | 1,209,600,000  |
|                               | Profesionales Prestaciones        |                |                     |                       |                |
| 6                             | Economicas                        | 6,000,000      | 9,000,000           | 648,000,000           | 4,536,000,000  |
| 1                             | Abogados cobro coactivo           | 6,000,000      | 9,000,000           | 108,000,000           | 756,000,000    |
| 1                             | Líder Administrativo              | 8,400,000      | 12,600,000          | 151,200,000           | 1,058,400,000  |
| 1                             | Profesional de apoyo              | 6,000,000      | 9,000,000           | 108,000,000           | 756,000,000    |
| 1                             | Apoyo Administrativo              | 3,600,000      | 5,400,000           | 64,800,000            | 453,600,000    |
| 130                           | 780                               |                |                     |                       |                |
| TOTAL                         |                                   |                |                     |                       | 70,232,400,000 |



| 7        | FONDO REGIONAL -ESCENARIO 2           |                     |                    |                    |                |
|----------|---------------------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| Cantidad | Equipo Directivo base:                | Honorario mes x Dep | Factor Salaria 1,5 | Salarios año x Dep | Gasto RH x 7   |
| 1        | Director x Regional                   | 14,400,000          | 21,600,000         | 259,200,000        | 1,814,400,000  |
| 1        | Jefe de Contratación red              | 10,800,000          | 16,200,000         | 194,400,000        | 1,360,800,000  |
| 3        | Expertos contratacion salud           | 8,400,000           | 12,600,000         | 453,600,000        | 3,175,200,000  |
| 4        | Abogados Contratación                 | 6,000,000           | 9,000,000          | 432,000,000        | 3,024,000,000  |
| 3        | Técnicos sistemas                     | 3,600,000           | 5,400,000          | 194,400,000        | 1,360,800,000  |
| 2        | Apoyo administrativo                  | 3,600,000           | 5,400,000          | 129,600,000        | 907,200,000    |
| 1        | Líder de Auditoria                    | 10,800,000          | 16,200,000         | 194,400,000        | 1,360,800,000  |
| 1        | Auditor medico Lider                  | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 1        | Auditor Administrativo financiero     | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 1        | Auditor Jurídico                      | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 1        | Auditor Sistemas de Información       | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 1        | Atención al Ciudadano                 | 4,200,000           | 6,300,000          | 75,600,000         | 529,200,000    |
| 3        | Técnico o tecnólogo en Sistemas       | 3,600,000           | 5,400,000          | 194,400,000        | 1,360,800,000  |
| 1        | Gestor Documental                     | 3,600,000           | 5,400,000          | 64,800,000         | 453,600,000    |
| 2        | Apoyo Administrativo                  | 3,600,000           | 5,400,000          | 129,600,000        | 907,200,000    |
| 20       | Auditorias especiales                 | 6,000,000           | 9,000,000          | 2,160,000,000      | 15,120,000,000 |
| 10       | Analistas                             | 10,800,000          | 16,200,000         | 1,944,000,000      | 13,608,000,000 |
| 20       | Revisores calidad                     | 3,600,000           | 5,400,000          | 1,296,000,000      | 9,072,000,000  |
| 5        | Abogados x linea auditoria            | 8,400,000           | 12,600,000         | 756,000,000        | 5,292,000,000  |
| 6        | Analistas de Información              | 8,400,000           | 12,600,000         | 907,200,000        | 6,350,400,000  |
| 3        | Estadísticos                          | 8,400,000           | 12,600,000         | 453,600,000        | 3,175,200,000  |
| 3        | Ingenieros sistemas                   | 7,200,000           | 10,800,000         | 388,800,000        | 2,721,600,000  |
| 1        | Líder Financiero                      | 9,600,000           | 14,400,000         | 172,800,000        | 1,209,600,000  |
| 1        | Lider Contabilidad                    | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 1        | Lider Presupuesto                     | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 7        | Apoyos Financieros                    | 6,000,000           | 9,000,000          | 756,000,000        | 5,292,000,000  |
| 1        | Líder Prestaciones Economicas         | 9,600,000           | 14,400,000         | 172,800,000        | 1,209,600,000  |
| 5        | Profesionales Prestaciones Economicas | 6,000,000           | 9,000,000          | 540,000,000        | 3,780,000,000  |
| 3        | Abogados cobro coactivo               | 6,000,000           | 9,000,000          | 324,000,000        | 2,268,000,000  |
| 1        | Lider Administrativo                  | 8,400,000           | 12,600,000         | 151,200,000        | 1,058,400,000  |
| 2        | Profesional de apoyo                  | 6,000,000           | 9,000,000          | 216,000,000        | 1,512,000,000  |
| 2        | Apoyo Administrativo                  | 3,600,000           | 5,400,000          | 129,600,000        | 907,200,000    |
| 117      | 819                                   |                     |                    |                    | 95,180,400,000 |

| COSTOS OPERACIÓN SEDES ESCENARIO 1  |                    |               |                        |
|-------------------------------------|--------------------|---------------|------------------------|
|                                     | Valor Unitario mes | Valor año     | Valor 40 sedes Pais    |
| Arriendo Oficina                    | 250,000,000.00     | 3,000,000,000 | 120,000,000,000        |
| Comunicaciones: telefonía, internet | 150,000,000.00     | 1,800,000,000 | 72,000,000,000         |
| Seguridad                           | 12,000,000.00      | 144,000,000   | 5,760,000,000          |
| Cafeteria y Aseo                    | 15,000,000.00      | 180,000,000   | 7,200,000,000          |
| Tecnología equipos y red PCCOM      | 80,000,000.00      | 960,000,000   | 38,400,000,000         |
| Suministros 5%                      | 30,000,000.00      | 360,000,000   | 14,400,000,000         |
| Tiquetes aereos y terrestre         | 15,000,000.00      | 180,000,000   | 7,200,000,000          |
| Gastos de desplazamiento personal   | 30,000,000.00      | 360,000,000   | 14,400,000,000         |
| Servicios públicos. Imprevistos     | 30,000,000.00      | 360,000,000   | 14,400,000,000         |
| <b>TOTALES</b>                      |                    |               | <b>293,760,000,000</b> |



| COSTOS OPERACIÓN SEDES - ESCENARIO 2     |                    |                  |                           |
|------------------------------------------|--------------------|------------------|---------------------------|
|                                          | Valor Unitario mes | Valor año        | Valor 40 sedes Pais       |
| Arriendo Oficina                         | 200,000,000.00     | 2,400,000,000.00 | 96,000,000,000.00         |
| Comunicaciones: telefonía, internet      | 100,000,000.00     | 1,200,000,000.00 | 48,000,000,000.00         |
| Seguridad                                | 12,000,000.00      | 144,000,000.00   | 5,760,000,000.00          |
| Cafeteria y Aseo                         | 10,000,000.00      | 120,000,000.00   | 4,800,000,000.00          |
| Tecnología equipos y red PCCOM           | 45,000,000.00      | 540,000,000.00   | 21,600,000,000.00         |
| Suminitros                               | 20,000,000.00      | 240,000,000.00   | 9,600,000,000.00          |
| Tiquetes aéreos y terrestre              | 10,000,000.00      | 120,000,000.00   | 4,800,000,000.00          |
| Gastos de desplazamiento personal        | 20,000,000.00      | 240,000,000.00   | 9,600,000,000.00          |
| Servicios públicos, varios e Imprevistos | 20,000,000.00      | 240,000,000.00   | 9,600,000,000.00          |
| <b>TOTALES</b>                           |                    |                  | <b>209,760,000,000.00</b> |