

Imprimir

El reciente cierre de las unidades de ginecología, obstetricia y neonatología en la Clínica Farallones de Cali pone de manifiesto una alarmante realidad: el diseño actual del sistema de salud colombiano prioriza la rentabilidad económica sobre la atención integral a la población. Servicios esenciales para la salud de mujeres y recién nacidos se consideran financieramente inviables, lo que, sumado a la desviación de recursos por parte de algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS), ha sumido a estas áreas en una profunda crisis. Esta situación no solo compromete la calidad y disponibilidad de la atención médica, sino que también evidencia las fallas estructurales de un sistema que necesita una reforma urgente para garantizar el derecho fundamental a la salud de todos los colombianos.

Algunos medios corporativos y senadores de oposición han atribuido la actual crisis del sistema de salud colombiano a decisiones del gobierno actual, como la supuesta insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Sin embargo, esta perspectiva desvía la atención de problemas más profundos relacionados con el diseño estructural del sistema y la gestión inadecuada de los recursos por parte de las EPS.

Informes de la Contraloría General de la República han revelado que, en 2020, 18 EPS habrían realizado malos manejos de los recursos destinados a la atención de los pacientes, por un monto aproximado de 9 billones de pesos. También existen denuncias sobre la falta de respaldo financiero de 13,2 billones de pesos que debieron haber sido invertidos como reservas técnicas. Estas irregularidades han llevado a la apertura de investigaciones por parte de la Fiscalía General de la Nación y podrían dar lugar a procesos penales por corrupción.

La verdadera desfinanciación del sistema de salud colombiano no se debe a la falta de recursos, sino a su diseño estructural y a la gestión ineficiente de las EPS.

El cierre de servicios de obstetricia y neonatología, como el de la Clínica Farallones, no es un hecho aislado ni reciente en Colombia. En las últimas décadas, el país ha experimentado un cierre progresivo de estos servicios debido a la falta de rentabilidad, resultado directo del modelo instaurado por la Ley 100 de 1993. Las principales razones detrás de esta crisis

incluyen: retraso en los pagos por parte de las EPS, bajas tarifas de pago a prestadores que no hacen parte de su integración vertical, altos costos operativos, estrictas exigencias de habilitación.

Entre 2012 y abril de 2018, en Antioquia, las camas de obstetricia pasaron de 1.049 a 913. Año tras año, la cantidad disminuyó: en 2015 había 950; en 2016, 931; y en 2017, 920. En el Tolima, en 2015, se cerraron cuatro salas de parto, y la Secretaría de Salud denunció que solo quedaban 40 camas de ginecoobstetricia en una ciudad con 8.000 nacimientos al año.

El Sindicato de Pediatras de Colombia reportó el cierre de más de 1.000 camas de pediatría entre 2009 y 2016. En 2017, el 29% de los hospitales en Colombia redujeron su capacidad operativa debido a problemas financieros. La Asociación Colombiana de Hospitales aseguró que el 14% de las instituciones en el país se vieron obligadas a cerrar servicios médicos como ginecología, obstetricia, urgencias y medicina interna.

La Ley 100 de 1993 transformó el sistema de salud colombiano, delegando la prestación de servicios a las EPS, que a su vez subcontratan a empresas más pequeñas en un proceso conocido como tercerización. Este modelo convirtió a los prestadores en intermediarios que compran servicios y los ofrecen como paquetes a aseguradoras y pacientes

A pesar de que, en teoría, se otorgó plena independencia gerencial a los hospitales, la intermediación financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) ha generado serios desafíos. Las EPS han aprovechado su poder financiero para priorizar los pagos a sus propias clínicas, concentrando los recursos en unas pocas instituciones y retrasando el flujo de fondos hacia el resto de los hospitales y clínicas. Esta intermediación ha incrementado los costos del sistema, provocado demoras en los pagos y obligado a muchas IPS a recurrir a acciones legales para garantizar la remuneración por los servicios prestados.

Además, las EPS generan riesgos financieros al terminar unilateralmente contratos con las IPS, afectando su estabilidad económica. En algunos casos, imponen tarifas por debajo de los costos reales de los procedimientos, lo que no solo genera pérdidas económicas para las IPS,

sino que también limita su capacidad de operar de manera sostenible y garantizar una atención de calidad a los pacientes.

Uno de los cambios más perjudiciales en el sistema ha sido la forma en que se financian los servicios médicos en Hospitales públicos. Antes de la Ley 100, el Estado asignaba fondos directamente a estas instituciones bajo un modelo de “subsidijs a la oferta”. Con la reforma, se implementó un modelo de “subsidijs a la demanda”, en el cual los recursos financieros se asignan según las elecciones de los pacientes y se canalizan a través de las aseguradoras.

Este modelo exacerbó las desigualdades. Los hospitales públicos, ahogados por deudas, falta de inversión en tecnología y sobrecarga prestacional, quedaron en desventaja frente a los hospitales privados en la competencia por contratos con las EPS. Como resultado, la red hospitalaria pública se fragmentó y muchos hospitales estatales colapsaron financieramente.

Este nuevo entorno obligó a los hospitales públicos a adoptar prácticas más “empresariales” Esta transformación, realizada de manera abrupta, exigió la incorporación de nuevos cargos y funciones, como control interno, sistemas de información, facturación y asesorías jurídicas, incrementando las plantas de personal y los costos operativos. La necesidad de nivelar salarios, asumir retroactividades en cesantías y enfrentar pasivos prestacionales añadió presión financiera a estas instituciones para realizar una “Gestión financiera eficiente”: Implementación de estrategias para optimizar costos, mejorar la facturación y reducir la cartera morosa, diversificación de fuentes de ingreso, estrategias de mercadeo y particularmente notorio la optimización de recursos con “Uso eficiente del talento humano” reducción de gastos administrativos y tercerización de algunos servicios.

Pareciera haber existido una intención deliberada de dismantelar los hospitales públicos en el país, y casi lo logran, pues su crisis comenzó mucho antes de que se manifestara la crisis general del sistema de salud.

Dentro de la política de “optimización de recursos” y reducción de costos laborales, se ha llegado a la precarización del personal de salud. La intermediación ha convertido las

condiciones laborales en un terreno caótico, caracterizado por múltiples regímenes y formas de contratación basadas en la tercerización ilegal y el pago a destajo. Esto ha degradado el ejercicio profesional y ha deteriorado las condiciones de trabajo de médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud, afectando tanto su bienestar como la calidad de la atención prestada a los pacientes.

La masacre laboral en el sector salud colombiano ha dejado a decenas de miles de trabajadores fuera de sus cargos, obligándolos a la tercerización o convirtiéndolos en contratistas sin derechos laborales. A pesar de que la Corte Constitucional ha declarado ilegales los contratos de prestación de servicios para funciones misionales en salud, el esquema se mantiene intacto, perpetuando la explotación y la inestabilidad laboral.

Sumado al diseño estructural del sistema, las reservas técnicas representan el golpe final para su colapso. Según la normatividad vigente, si este mecanismo se aplicara correctamente, ningún prestador quedaría sin cobrar. Por ello, resulta inaceptable que las EPS acumulen una deuda de 25 billones de pesos.

Las EPS están obligadas a provisionar y resguardar la reserva técnica en el momento en que radican una factura. Posteriormente, la factura es auditada, la reserva se libera y se procede al pago. Sin embargo, al incumplir la obligación de mantener esta reserva, desvían los fondos recibidos para financiar otros fines: anticipos a terceros sin justificación, respaldo para préstamos, adquisición y construcción de clínicas, compra de bienes suntuarios como canchas de golf, transferencias a paraísos fiscales y pagos dentro de esquemas de integración vertical, en lugar de destinarlos al pago de las facturas radicadas.

Este desvío de recursos genera un cuello de botella financiero: el dinero recibido mensualmente por anticipado, destinado exclusivamente a cubrir costos emergentes, termina utilizándose para amortizar deudas acumuladas previamente sin la debida reserva, en contravención de la norma y la ley. Esto ha producido un efecto bola de nieve que ahora ha estallado.

Además, el estilo de vida de los administradores y accionistas de estas EPS los obliga a seguir desviando recursos de destinación específica para sostener negocios conexos que han sobrepasado su capacidad de financiamiento propio. Como resultado, cada año se acumulan patrimonios negativos de 6 a 7 billones de pesos, que en realidad corresponden a los prestadores a los que nunca se les pagó. A pesar de ello, las EPS afirman—sin fundamento alguno—que la Unidad de Pago por Capitación (UPC) es insuficiente, cuando en realidad no les alcanza para cubrir los enormes déficits creados por su propia administración fraudulenta.

Hablar ahora de una crisis supuestamente inevitable es una inmoralidad, cuando este modus operandi ha sido sostenido y tolerado durante décadas. (7)

Es fundamental reconocer que la crisis actual es producto de un diseño estructural deficiente del sistema de salud, que no ha garantizado mecanismos efectivos de supervisión y cumplimiento en la gestión financiera de las EPS. Para abordar esta problemática, se requiere una reforma profunda que reestructure el sistema, controles rigurosos sobre la gestión de recursos, cuya administración debe ser pública. Solo así se podrá asegurar una atención de calidad y continua para toda la población colombiana.

---

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000200009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200009)

<http://uvsalud.univalle.edu.co/comunicandosalud/wp-content/uploads/2017/06/09.06.17-Hospitales-p%C3%BAblicos-hacen-nuevo-llamado-de-urgencia-por-crisis-financiera.pdf>

<https://x.com/vcalvot/status/1886149595081613585>

Arévalo Hernández, D. (Ed.). (2019). *Poder político y mercado en las reformas a la seguridad social*. Universidad Nacional de Colombia.



El modelo de salud que favorece la intermediación sigue cobrando víctimas

Ana Maria Soleibe, Presidenta Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: Pulzo