



## Hacia un sistema de salud más equitativo, eficiente y transparente en Colombia.

Bogotá, enero 3 de 2025

La Asociación Colombiana de Salud Pública (ACSP) manifiesta su posición frente al debate sobre el incremento de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), que es un monto anual que el Gobierno transfiere a las entidades promotoras de salud (EPS) por cada afiliado al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Hoy, este incremento oscila entre la propuesta de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI) del 16,9% y la decisión del gobierno de incrementarla un 5,36%. Esta coyuntura refleja tensiones profundas en las finanzas, la gobernanza del sistema de salud, la calidad y confiabilidad de los datos suministrados y en la necesaria transformación hacia un modelo sostenible, eficiente, equitativo y transparente. Sin embargo, lo que observamos, es consecuencia de un sistema en crisis desde hace varias décadas que requiere una reforma estructural y retornar la discusión a cómo garantizar el derecho fundamental a la salud.

### Contexto actual del sistema de salud

Es evidente que la mayoría de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) no han garantizado un manejo transparente de los recursos públicos y se han retirado del sistema dejando deudas y pérdida de legitimidad del sistema, derivada de la Ley 100 de 1993, basada en la primacía del mercado y la rentabilidad financiera. De acuerdo con Hernández, M. (2018)<sup>1</sup>, se ha dado un fuerte impacto, como consecuencia del Control del Gasto por Parte de las EPS en el Sistema de Salud, esto significa que, la implementación de estrategias por parte de las EPS para controlar el gasto de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) ha generado numerosos problemas estructurales que afectan el funcionamiento diario del sistema de salud. Los principales problemas identificados incluyen:

1. **Barreras en el acceso a los servicios:** Los afiliados enfrentan obstáculos administrativos, geográficos, económicos, informativos y culturales que limitan su atención oportuna.
2. **Condiciones contractuales desventajosas para los prestadores:** Se somete a quienes prestan de manera directa los servicios a tarifas insuficientes, que impiden cubrir los costos de los servicios, llevando a la precarización laboral de los trabajadores de la salud.

---

<sup>1</sup> Hernández, M. (2018, abril 9). ¿Qué hacer con la salud en Colombia? *Razón Pública*. Sección Economía y Sociedad. Disponible en <https://razonpublica.com/que-hacer-con-la-salud-en-colombia/>



3. **Deudas acumuladas:** Las EPS recurren a glosas de facturas para evitar pagos, acumulando deudas insostenibles con prestadores públicos y privados.
4. **Crisis hospitalaria:** Los hospitales públicos, transformados en empresas, compiten en condiciones desiguales, especialmente ante la negativa de las EPS del régimen contributivo a contratarlos.
5. **Gestión opaca de la información:** Persisten irregularidades en las bases de datos, como registros de personas fallecidas o duplicadas, que generan pagos indebidos.
6. **Concentración económica e integración vertical:** Se observan conglomerados empresariales que integran aseguradoras, prestadores, proveedores de insumos, medicamentos y empresas de tercerización, consolidando un control amplio del sistema.

Este modelo de mercado, dominado por las EPS y supuestamente regulado, ha derivado en una crisis estructural que demanda soluciones urgentes y transformaciones profundas.

Teniendo en cuenta lo anterior, se requiere que los organismos de control, Contraloría General de la República, Procuraduría General de la Nación, y la Fiscalía General de la Nación investiguen el verdadero destino que han tenido los recursos de la salud de las y los colombianos y tomen las medidas pertinentes. Así mismo, corresponde a la Superintendencia de Salud, acelerar las medidas para reorganizar la respuesta de las EPS, lograr calidad y eficiencia del sistema bajo la orientación general de transición basado en la garantía del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, la protección financiera de los ciudadanos residentes en Colombia respecto al gasto de bolsillo en que tienen que incurrir para costear los servicios de medicamentos y tecnologías en salud y el logro de resultados en salud pública en forma conjunta con las regiones y comunidades.

### El incremento de la UPC según el IPC: una medida necesaria, pero no suficiente

La decisión del gobierno de ajustar la UPC con base en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) es comprensible dentro del marco legal y las razones dadas sobre la poca disponibilidad y calidad de información reportada por las EPS, para el 2023. No obstante, recordamos la responsabilidad que tenemos los diferentes actores de la salud y de la sociedad, a no reducir las discusiones, indicando que el devenir del sistema de salud depende de la UPC, en general instamos a que esta decisión sea parte de un proceso más amplio y legítimo de transformación del sistema de salud. En ese marco más amplio y profundo, proponemos cuatro de las acciones que consideramos clave para lograr un cambio que permita acuerdos sólidos y coherentes:

1. **Avanzar y acelerar la modernización de los sistemas de información interoperables.** En el siglo XXI, resulta inaceptable no contar con sistemas de información que permitan monitorear en tiempo real aspectos financieros de base, tales como los ingresos y egresos



del sistema de salud, cuánto dinero entra al sistema, cuánto se gasta y en qué se gasta. La interoperabilidad garantizará transparencia y credibilidad en el uso de los recursos. Reconocemos los avances de la ADRES y las normativas de la DIAN sobre facturación electrónica, pero es necesario acelerar este proceso. Las EPS intervenidas, deben liderar este cambio, junto con las EPS no intervenidas. El ejercicio de transparencia en la gestión de los recursos públicos de la salud permitirá recobrar la confianza de la ciudadanía en el sistema, por lo cual es fundamental promover la cultura de participación incidente, veeduría y control social en todas las entidades territoriales.

## **2. La transformación del modelo de salud por otro más eficiente y con uso racional de las tecnologías.**

Actualmente, el gasto en salud está concentrado en las grandes ciudades capitales y dentro de estas en las Instituciones prestadoras de salud (la mayoría privadas) urbanas ligadas a la atención hospitalaria y de urgencias derivadas de un modelo curativo que busca dar servicios en las especializaciones de mayor rentabilidad financiera. Es necesario armonizar y equilibrar el gasto en salud, pensando en cerrar brechas y garantizar suficiencia de recursos para el crecimiento de la red primaria de servicios con capacidad resolutive y el crecimiento de la mediana complejidad, que atienda a la salud de las personas de manera oportuna, evitando con ello, que lleguen a agudizarse las enfermedades evitables. Este rediseño financiero debe incorporarse en el modelo de cálculo de la UPC, e incluso, puede ir más allá de la creación de esta figura, indagando en alternativas de administración de los recursos, que discutan más allá de la rentabilidad, cómo garantizar el derecho a la salud y cómo propiciar los cambios progresivos e inaplazables del modelo de salud basados en la estrategia de atención primaria de la salud. Se debe privilegiar el análisis del uso racional de los recursos en los niveles de alta complejidad y gasto del sector salud, así como lograr acuerdos para lograr sostenibilidad financiera y redistribución de actividades dentro del nuevo modelo de atención.

## **3. Rediseñar el cálculo de la UPC en función de las necesidades nacionales y regionales.**

Es imprescindible que la UPC contemple las particularidades territoriales, en todos los casos y permita la implementación de Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIITSS). Estas redes deben priorizar un modelo preventivo, predictivo y resolutivo, que aborde las necesidades de salud de manera oportuna y eficiente. Incluso, es necesario considerar el uso del IPC sectorial de salud y tener en cuenta el peso relativo del aumento del salario mínimo, en los diferentes niveles del sistema, como parte de los futuros ajustes, incluyendo la formalización progresiva de los trabajadores y de los equipos interdisciplinarios de atención primaria de la salud. Lograr un acuerdo sobre el método de cálculo y la interoperabilidad de la información, será una respuesta coherente y esperada por el país.



## Nuestro llamado a la acción coherente para lograr legitimidad, confianza y credibilidad.

Con estas consideraciones, hacemos un llamado al gobierno nacional y a todos los actores para que se conformen mesas técnicas que redefinan la metodología de cálculo de la UPC, teniendo en cuenta la transición hacia un modelo de salud basado en Redes Integrales e Integradas de Servicios de Salud (RIITSS), que privilegie las RIITSS-APS por regiones. Es necesario establecer un nuevo orden que viabilice el cambio y la reforma estructural inaplazable, permitiendo alcanzar las metas de salud inscritas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 y los planes de desarrollo de los territorios.

El cálculo de la UPC no puede continuar replicando la misma tendencia observada en los últimos 30 años. Por el contrario, debe proyectarse hacia el próximo decenio, facilitando la reconfiguración del modelo de salud, incluyendo la eliminación de las autorizaciones por parte de intermediarios, propiciando gobernanza del sistema más cercana a las regiones, comunidades y territorios. Colombia, es un país que tiene un gasto en salud cercano al 7,5% del PIB una inversión considerable comparada con otros países, sin embargo, de acuerdo con estudios de organismos internacionales el sistema es ineficiente y con bajo gasto en la prevención y cuidado temprano y oportuno de los problemas y necesidades en salud. Si se aumenta la UPC, debe privilegiar el crecimiento del primer nivel de atención y la mediana complejidad de las regiones más vulnerables en un sistema interconectado utilizando los avances de la tecnología.

Finalmente, instamos al gobierno y a todos los actores a evitar que la incertidumbre y el temor sean trasladados a la ciudadanía y a las familias, exacerbando los problemas de salud mental. En su lugar, construir confianza mediante un nuevo contrato social que permita transformar el sistema de salud y redefinir la metodología de cálculo de la UPC, mientras esta figura se mantenga.

Requerimos de un nivel político, capaz de dialogar y lograr acuerdos coherentes con el cumplimiento de la Ley Estatutaria 1751 del 2015, 2015, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección.

La ACSP manifiesta su disposición para apoyar, junto con actores como la Federación Médica Colombiana, la Academia Nacional de Medicina, Asociación Nacional de Cajas de Compensación Familiar - ASOCAJAS, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral - ACEMI, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y hospitales públicos – ACESI, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas - ACHC, los sindicatos, organizaciones defensoras de los derechos de los pacientes, la sociedad civil, y los centros especializados en economía de la salud de las universidades, ACEMI, ASOCAJAS y otras agremiaciones, en la construcción conjunta de respuestas que, a través del diálogo y el consenso, permitan recuperar la confianza necesaria para





avanzar en acuerdos urgentes e inaplazables, considerando modelos de financiamiento y de pago viables, coherentes con la reforma en salud.

Es deseable contar con el respaldo de organismos internacionales especializados para aportar al desarrollo técnico necesario en este proceso, tales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

**Juan Eduardo Guerrero Espinel**  
Presidente

**Carol Andrea Bernal Castro**  
Vicepresidenta

**Sandra Maritza Gordillo**  
Secretaria General