



La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019*

The Financial Infeasibility of Health Promoting Entities (EPS) in Colombia, 2008 and 2019

A inviabilidade financeira das Instituições Promotoras da Saúde na Colômbia, 2008 e 2019

Recibido: 05 de marzo de 2021. **Aceptado:** 08 de octubre de 2021. **Publicado:** 30 de abril de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep>

Fredy G. Rodríguez-Páez^a

Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5067-1353>

John A. Marulanda Restrepo

Universidad Externado de Colombia, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5815-6003>

José H. Pineda Céspedes

Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5558-5283>

Henry S. Pineda Ospina

Pontificia Universidad Javeriana, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0060-0017>

Jorge Iván González Borrero

Universidad Externado, Colombia
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4845-2690>

Cómo citar este artículo: Rodríguez-Páez FG, Marulanda Restrepo JA, Pineda Céspedes JH, Pineda Ospina HS, González Borrero JI. La inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) en Colombia, 2008 y 2019. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.ifep>

* Artículo de investigación. El artículo es producto del proyecto de investigación “Equidad en el Sistema de Salud Colombiano: Un modelo de análisis desde las interacciones de los actores que lo integran” como parte del proyecto de Tesis de Grado para optar por parte del autor principal al título de Doctor en Modelado en Política y Gestión Pública, Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano. “Equidad en el Sistema de Salud Colombiano: Un modelo de análisis desde las interacciones de los actores que lo integran”

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: fredyg.rodriguezp@utadeo.edu.co



Resumen

Ante la generalizada inviabilidad financiera de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), se buscó brindar elementos de política pública en materia regulatoria, relacionados con la permanencia y estabilidad de las EPS del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Se evaluó la situación financiera de las EPS en los años 2008 y 2019 mediante un análisis del estado de resultados, de la estructura financiera y de capital. Se evidenció un deterioro de la situación financiera de las EPS que en conjunto las hace inviables y se trataron de establecer las causas que lo originan y se generaron hipótesis sobre la permanencia de las EPS. Asimismo, se muestran fallas regulatorias que permiten la existencia de situaciones heterodoxas para el SGSSS, como son la integración vertical y un importante apalancamiento financiero con los proveedores, el cual, además de no pagar intereses, junto con prácticas de glosas y de descuentos por pronto pago, permite tener un bajo costo de la deuda. El SGSSS cuenta con una alta y progresiva participación de lo público en la que finalmente, al largo plazo, el Estado asume el riesgo al mantener una estructura financiera con patrimonio negativo que, en las condiciones actuales, no hace viable el aseguramiento en su conjunto y afecta la prestación. Esta situación amerita que se revise el alcance de lo público en el sector salud y, desde este enfoque, la arquitectura del SGSSS debido a que se pierden oportunidades de salud y bienestar para la población.

Palabras clave: financiación de los sistemas de salud, organización de la financiación, economía de la salud, administración financiera, políticas públicas de salud, sistemas de salud.

Abstract

Given the generalized financial infeasibility of the Health Promoting Entities (EPS), the aim was to provide elements of public policy in regulatory matters. Elements related to the permanence and stability of the EPS of the General System of Social Security in Health. The financial situation of the EPS in the years 2008 and 2019 was evaluated through an analysis of the income statement, the financial and capital structure. Likewise, regulatory failures that allow the existence of heterodox situations for the General System of Social Security in Health are shown. Some of them are vertical integration and significant financial leverage with suppliers, in which not paying interest along with practices of glosses and discounts for early payment, allow to have a low cost of debt. The General System of Social Security in Health has a high and progressive participation in which, finally, in the long term, the State assumes the risk by maintaining a financial structure with negative equity that, under current conditions, does not make insurance viable as a whole and affects performance. This situation warrants a review of the scope of the public sector in the health sector and, from this approach, the architecture of the General System of Social Security in Health because health and well-being opportunities for the population are lost.

Keywords: health financing policies, organization of financing, health economics, financial administration, public health policies, healthcare systems.

Resumo

Diante da generalizada inviabilidade financeira das instituições promotoras da saúde (EPS, em espanhol), buscou-se oferecer elementos de política pública em matéria regulatória, relacionados com a permanência e a estabilidade das EPS do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS). Foi avaliada a situação financeira da EPS em 2008 e 2019 mediante uma análise do estado de resultados, da estrutura financeira e de capital. Evidenciou-se uma deterioração da situação financeira das EPS que, em conjunto, as torna inviáveis e pretendeu-se estabelecer as causas que o originaram e geraram hipóteses sobre a permanência das EPS. Além disso, são mostradas as falhas regulatórias que permitem a existência de situações heterodoxas para o SGSSS, como são a integração vertical e uma importante alavancagem financeira com os fornecedores, o que, além de não pagar juros, junto com práticas de glosas e de descontos por pagamento antecipado, permite ter um baixo custo da dívida. O SGSSS conta com alta e progressiva participação do público na qual, finalmente, em longo prazo, o Estado assume o risco de manter uma estrutura financeira com patrimônio negativo que, nas condições atuais, não torna viável a garantia em seu conjunto e afeta a prestação. Essa situação merece que o escopo do público no setor saúde e, sob essa abordagem, a arquitetura do SGSSS sejam analisados devido a que são perdidas oportunidades de saúde e bem-estar para a população.

Palavras-chave: financiamento dos sistemas de saúde, organização do financiamento, economia da saúde, administração financeira, políticas públicas de saúde, sistemas de saúde.



Introducción

Las interacciones entre los diversos actores o agentes que operan en los sistemas de salud reflejan los intereses de cada uno en particular y se enmarcan en las reglas de operación establecidas por la autoridad sanitaria, como son los mecanismos de regulación que buscan lograr los objetivos del sistema y evitar comportamientos oportunistas de los agentes (1-4).

El mercado de los servicios de salud es muy diferente a los otros tipos de mercado (4-8). Así, con el propósito de entender las características de las instituciones *públicas* y *privadas*, Arrow y Lind (6) diferencian tres *enfoques* (figura 1). El primero dice que las empresas públicas deben operar como las privadas y, entonces, la rentabilidad y el riesgo son similares. Ello significa que, si la empresa pública no cumple con parámetros de eficiencia similares a la privada, se tendría que liquidar.

<i>Enfoque 1</i>	$Púb = Priv$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Rendimiento} \\ \text{Riesgo} \end{array} \right.$
<i>Enfoque 2</i>	$Púb \neq Priv$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Mismo rendimiento} \\ \text{Distinto riesgo} \end{array} \right.$
<i>Enfoque 3</i>	$Púb \neq Priv$	$\{ \text{Política nacional} \}$

Figura 1. Enfoques de instituciones públicas y privadas según Arrow y Lind, 1970

Fuente: (6)

El segundo enfoque considera que a la empresa pública se le deben pedir resultados como a la privada, pero con un nivel de riesgo distinto, ya que en cualquier momento el Estado puede rescatar a la empresa pública. Finalmente, el tercer enfoque supone que la lógica de los dos tipos de empresa son diferentes y que las empresas públicas se crean y se mantienen porque responden a decisiones de política pública. Por tanto, no tiene sentido pedirles a las empresas públicas un rendimiento similar al de las empresas privadas.

Las EPS se conciben en el SGSSS como aseguradores de riesgo en salud; son de naturaleza pública, privada o mixta, y compiten para atraer afiliados en un marco regulado. Ofertan una canasta de servicios de salud definida por el Gobierno, denominada plan de beneficios en salud (PBS), a cambio de un precio o prima que el SGSSS les reconoce para cubrir los costos del PBS y los gastos de administración, dicha prima es llamada Unidad de Pago por Capitación (UPC).

Las EPS, además de la UPC, reciben ingresos por concepto de copagos y cuotas moderadoras por cuenta de los afiliados al momento de usar los servicios (9-11).

Así, los riesgos de las EPS y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) no son iguales a los de cualquier empresa privada, por lo que debido al interés general e importancia social corresponden al enfoque 2 de Arrow y Lind (6). Así pues, según este enfoque, el Estado tiene posibilidades de intervenir, en primera instancia, regulatoriamente frente a los riesgos propios del negocio y/o del mercado vía costos/tarifas de prestación o precios de mercado, por ejemplo en lo que tiene que ver con los insumos farmacéuticos, con o sin modificación de las unidades de financiamiento a modo de primas, o las garantías sobre el flujo de recursos o la liquidez inmediata por el pago de carteras. En segunda instancia, el Estado puede intervenir institucionalmente para administrar o liquidar la entidad. Tal ha sido el caso de mecanismos de medidas especiales de vigilancia e intervención administrativa y/o liquidación, normas como el acuerdo de punto final en 2019 o la amplia gradualidad en el cumplimiento de los estándares de habilitación financiera (9, 12-16).

Londoño y Frenk (17, 18) discuten en el *pluralismo estructurado* las características de la *competencia regulada*. Como bien advierten los autores, el modelo que aprobó la ley 100 de 1993 (9), requiere que haya intervención, vigilancia y control. De ese modo, introducen la noción de *modulación*, la cual implica “establecer, implantar y monitorear las reglas del juego para el sistema de salud, así como imprimir en el mismo una dirección estratégica. El establecimiento de las reglas del juego es un proceso delicado en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores” (17, 18). Dicho concepto es más amplio que el de regulación porque también incluye la implantación de las reglas de juego para equilibrar las tensiones entre los distintos agentes. Los hechos muestran que los incentivos de los agentes no apuntan hacia la misma dirección, lo que ha sido uno de los mayores inconvenientes de la arquitectura institucional de la ley 100. Por esa razón, las funciones que cumple cada agente deben estar pensadas teniendo como horizonte el bienestar de la totalidad de la población y no en grupos específicos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, nuestra aproximación vincula de manera intrínseca las dimensiones económica y financiera, las cuales son inseparables. El riesgo económico es, de manera sustantiva, riesgo financiero. Tratándose de un mercado de seguros, el reparto de los riesgos puede ser analizado, desde la perspectiva de la oferta, mediante el Teorema de Arrow-Lind y su relación entre las primas y las rentas (19-21).

Queda claro, entonces, que el SGSSS es de aseguramiento social en salud; permite una amplia participación del sector privado, tanto en el aseguramiento como en la prestación; es altamente solidario; cruza subsidios entre poblaciones de diferente riesgo y capacidad económica, y mancomuna riesgos a través de un fondo único y una compra estratégica de servicios (22-25). Tratándose de un mercado de seguros, el SGSSS presenta las características propias de dichos mercados como son: incertidumbre (5); mercados incompletos (4), y oligopolio y monopolio,



que incluyen monopolios naturales (8). Este sistema se ha analizado como de competencia regulada y/o gestionada (7, 26) debido a que las fallas de mercado implican una alta regulación por parte del Estado.

Ahora bien, existe una falla regulatoria porque la intervención de las instancias de control no logra que los mecanismos intrínsecos de la institucionalidad vigente garanticen la convergencia de los intereses de los distintos agentes. Así, las fallas regulatorias del SGSSS (27) permiten que el conjunto de las EPS opere en condiciones de inviabilidad financiera, que se presenten comportamientos oportunistas y que se generen incentivos perversos al incumplimiento contractual. Esto sucede a pesar de que los incentivos a los agentes privados son regulados por el Gobierno, quien establece unas condiciones mínimas esperadas bajo las cuales se obtendría una rentabilidad razonable. A las EPS se les exige el cumplimiento de indicadores de permanencia con capital mínimo y patrimonio adecuado (15, 16).

Por tanto, este estudio busca entender las razones por las cuales las EPS han permanecido en el SGSSS, a pesar de que la mayoría son inviables, tal y como se desprende de la comparación de sus estados financieros de 2008 y 2019. Los problemas de liquidez y rentabilidad, tanto de aseguradores como de prestadores, han generado mecanismos inapropiados para el no pago de las obligaciones a terceros. Además, el aumento de la cartera morosa afecta la estructura de costo y la rentabilidad esperada. Por tanto, la fragilidad de la estructura financiera es clara, así se desprende del seguimiento de los indicadores convencionales como la relación Rentabilidad/Activos (R/A), Deuda/Activos (D/A) y Patrimonio/Activos (P/A).

Con el objetivo de brindar elementos de política pública en materia regulatoria, se evaluó la situación financiera de las EPS en el agregado y por grupos, en 2008 y 2019, mediante un análisis del estado de resultados, de la estructura financiera y de capital. A partir de ello se describe la pésima situación financiera de las EPS, se revisan las causas directas de estos resultados y se discute sobre aspectos estructurales de esta situación para, finalmente, proponer algunas hipótesis explicativas de su permanencia, a pesar de su inviabilidad.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo descriptivo de corte sobre la situación financiera agregada de las EPS en 2008 y 2019, mediante análisis del estado de resultados y de la estructura financiera. Se analizó la participación porcentual de los diferentes rubros: ingresos, costo médico (CM), gastos y resultados del ejercicio (R) con respecto a los Ingresos operacionales (IO). A partir de ello se examinó la relación de los Activos (A), Pasivo (D) y Patrimonio (E) entre sí y de R como relación porcentual sobre los mismos.

Ahora bien, la fuentes son los estados financieros de las EPS reportados a la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y registrados por ella (28, 29).

Finalmente, para el costo de deuda se tomaron las obligaciones financieras a largo plazo y se calcularon con base en el promedio de cada año, según el catálogo de estadísticas del Banco de la República (30) (tabla 1).

Tabla 1. Resumen Tasas de colocación para 2008 y 2019*

Créditos Comerciales	2008	2019
Bancos comerciales	16,7%	10,3%
Compañías de financiamiento comercial	19,7%	10,4%
Entidades financieras especiales	1,1%	0,0%
Cooperativas financieras	19,7%	13,5%
Total establecimientos	17,2%	10,3%

Fuente: elaboración propia a partir de (30)

Es importante resaltar que en la composición de los pasivos de las EPS, según los estados financieros de las EPS publicados por la SNS, más del 97% corresponde a proveedores (28, 29). Por su parte, los valores de las variables de las diferentes fuentes se tomaron en millones de pesos y de acuerdo con los valores corrientes de cada año.

La información de las EPS se organiza en cuatro grupos, según el régimen aprobado para su operación por parte de la SNS: régimen contributivo (RC), régimen subsidiado (RS), ambos regímenes (CyS) e indígenas (RI). Finalmente, para el procesamiento de la información, se utilizó el software MS Excel.

Resultados

La tabla 2 compara los principales indicadores financieros de 2008 y 2019. Para 2019, la población de RC representa el 37%; la de RS, el 22%, y CyS, el 38% del SGSSS.



Tabla 2. Principales indicadores financieros EPS, 2008 y 2019 (valores corrientes de cada año en millones de pesos)

2008					
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	1.533.571,7	2.216.926,9	621.623,1	83.633,8	4.455.755,6
Pasivo (D)	1.201.804,9	1.866.691,8	571.615,8	70.705,8	3.710.818,3
Patrimonio (E)	331.766,8	350.235,1	50.007,3	12.928,0	744.937,3
Resultado del Ejercicio (R)	12.583,9	38.782,3	-9.793,4	1.611,5	43.184,4
D/A (%)	78,4	84,2	92,0	84,5	83,3
E/A (%)	21,6	15,8	8,0	15,5	16,7
CM/IO (%)	90,0	91,6	92,2	95,5	91,0
R/A (%)	0,82	1,75	-1,58	1,93	0,97
Núm. Afiliados	10.609.070	24.888.100	2.642.464	685.165	38.824.799
2019					
	RC	RS	CyS	RI	Total
Activo (A)	9.516.659,0	3.782.072,3	8.371.934,1	138.829,2	21.809.494,6
Pasivo (D)	9.196.035,0	7.927.849,5	9.562.611,2	228.337,8	26.914.833,6
Patrimonio (E)	320.623,9	-4.145.777,2	-1.190.677,1	-89.508,7	-5.105.338,0
Resultado del Ejercicio (R)	-76.486,7	-454.767,4	-995.342,7	-25.515,0	-1.552.111,7
D/A (%)	96,6	209,6	114,2	164,5	123,4
E/A (%)	3,4	-109,6	-14,2	-64,5	-23,4
CM/IO (%)	94,9	98,9	103,2	96,3	98,3
R/A (%)	-0,80	-12,00	-11,90	-18,40	-7,10
Núm. Afiliados	17.064.495	9.998.089	17.378.833	1.277.192	45.718.609

Fuente: cálculos propios a partir de (28, 29, 31, 32)

Si bien entre estos años el activo de las EPS incrementó en \$17,3 billones (4,9 veces), el pasivo también incrementó en \$23,2 billones (7,3 veces). En 2019, el pasivo es mayor que el activo, y dado que $E = A - D$, por tanto, el patrimonio es negativo en el total y en tres de los cuatro grupos de EPS, siendo más negativo en RS mientras que el único positivo es RC, aunque es menor que en 2008. Para 2019 la peor relación entre la deuda y el activo (D/A) se presenta en las EPS de RS, con la relación negativa más elevada entre el patrimonio y el activo (tabla 2).

Al comparar R/A de 2008 con 2019, se pasa de un valor positivo en 2008 a uno negativo en 2019, con una variación de 8 puntos porcentuales. La variación más alta se encuentra en el RI con 20 puntos negativos, seguido del RS con 13,8 puntos negativos, el CYC con 10,3 puntos negativos y la menor es la del RC con 1.6 puntos negativos (tabla 2).

Ahora bien, entre 2008 y 2019 la deuda sobre los activos aumentó 40,1 puntos porcentuales, siendo la mayor variación la del RS con 125,4 puntos de incremento (tabla 2), aunque su costo se redujo (tabla 1).

La disminución del patrimonio es consecuencia del aumento de la pérdida acumulada, que se explica porque el costo médico incrementa su participación en los ingresos operacionales en 8 puntos porcentuales entre el 2008 y el 2019, siendo mayor este crecimiento en el régimen CyS, seguido del incremento del RS (tabla 2).

Discusión

Con base en la información anterior, discutimos, en primer lugar, sobre las causas de la inviabilidad financiera en el conjunto de las EPS y, en segundo lugar, sobre las implicaciones de la inviabilidad financiera desde el punto de vista financiero de los actores.

Causas de la inviabilidad financiera

Se tienen cuatro grupos de causas. El primero, mayores costos en todas las EPS; el segundo, menores ingresos en RS; el tercero, mayores gastos administrativos en RS, y el cuarto, el impacto de las tecnologías no incluidas en el plan de beneficios en salud (PBS), denominadas NO PBS.

Mayores costos en todas las EPS

El mayor costo médico tiene que ver con tres factores. Primero, la inclusión de nuevas tecnologías, que implican costos marginales crecientes. Segundo, el envejecimiento de la población. Tercero, el aumento de las frecuencias de uso.

El cambio tecnológico es el principal responsable del incremento en el costo médico, que incluye nuevos procedimientos que permitan mejorar la capacidad de los proveedores de diagnosticar y tratar o prevenir problemas de salud, incluidos aquellos que antes no se podían atender.

“Desde el 2010, 510 tecnologías en salud han sido incorporadas al plan de beneficios, incluidos medicamentos para patologías de alto costo como el cáncer, la artritis, la esclerosis múltiple y otras costosas enfermedades. Adicionalmente, con la expedición de los CUPS (códigos únicos de procedimiento de salud), que contó con el consenso de expertos de distintas sociedades científicas, se pasó de 8.192 a 9.761 procedimientos” (33).

“En esta última actualización de 2017 se incorporaron 112 tecnologías en salud al plan de beneficios en salud: 32 procedimientos, 78 principios activos y 2 dispositivos. Aunque son 112 inclusiones, en la práctica se trata de 278 nuevas opciones terapéuticas –varias tienen más de una indicación– que solas o en diferentes combinaciones permiten la atención de 137 patologías” (33).



Esta actualización integral del PBS incluye, entre otras tecnologías, las laparoscopias más utilizadas por los médicos en Colombia; los complementos para el tratamiento del VIH y diversos tipos de cáncer (nuevas formas de quimio y radioterapia); los medicamentos para la prevención y el manejo agudo de la migraña, el estreñimiento, la hipertensión arterial pulmonar, el asma en niños y el trastorno obsesivo compulsivo (33).

La tecnología compleja no reduce los costos. Sin duda, favorece la calidad del diagnóstico y de la intervención, pero no disminuye el costo marginal por paciente. Para Buchanan (34) esta es una de las razones que explican la permanencia de la llamada “ley” de Wagner (35), según la cual el gasto público, como porcentaje del PIB, siempre es creciente. Este principio se ha cumplido y pareciera inexorable (36).

El envejecimiento de la población también aumenta los costos, pues el perfil de morbilidad va siendo más complejo (37). Además, el número de procedimientos por persona creció un 37% entre el 2010 y el 2015, y el de consultas, en un 35% durante los mismos años (37).

En los últimos años se han liquidado varias EPS y el proceso de reestructuración aumenta los costos de las entidades que reciben nuevos afiliados. Esta situación se presenta por dos razones. La primera tiene que ver con las demandas represadas, que debe asumir la EPS receptora. La segunda porque en el corto plazo se satura la capacidad de atención, y esta complicación logística perjudica a los usuarios y tiene un impacto negativo en la reputación de la entidad. Por tanto, los recursos que inicialmente favorecen la caja de las EPS pueden no ser suficientes para responder por los mayores costos. Es más, el flujo financiero apenas es bueno en el primer momento.

Menores ingresos en el régimen subsidiado

La unificación del Plan Obligatorio de Salud (POS) entre el RS y el RC no ha estado acompañado de la igualación de la UPC (33), que continúa siendo menor en el RS. Hasta el año 2018, la diferencia en el valor de la UPC entre el RC y el RS era de 11,9% menor en este último (38), mientras que para 2019 esta diferencia se redujo a 7,6%, ya que el valor de la UPC para el RC fue de \$847.180,80, y en el RS, de \$787.327,20 (39).

El menor ingreso por UPC del RS es la expresión de una inequidad en el SGSSS ya que “es la disposición de los recursos diferencial para el mismo plan de beneficios. En el año 2012 se igualan los planes de beneficios entre los dos regímenes, que significa que para el 2013 las UPC deberían ser iguales. Es clara la diferencia no justificada” (40). En contra de esta opinión, el Ministerio de Salud argumenta que, debido a las diferencias en la siniestralidad en la población en ambos regímenes, no se justifica la igualación de la UPC de los RS y RC.

En el SGSSS también hay asimetría con las cuotas moderadoras, ya que en el RS no se cobran. En cuanto a los copagos, el porcentaje es menor en el RS que en el RC. Adicionalmente, el RS no tiene planes adicionales, complementarios, ni medicina prepagada. Asimismo, las EPS del RS no cuenta con los recursos para promoción y prevención que sí tienen las EPS del RC (tabla 3).

Tabla 3. Estado de resultados EPS según participación de los rubros más representativos en los ingresos operacionales, 2019

Cuenta	RC	RS	CyS	RI	Total
Ingresos operacionales (IO)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Ingresos por UPC	71,4%	94,6%	83,2%	94,3%	81,8%
Copagos	1,0%	0,1%	0,5%	0,0%	0,6%
Cuotas moderadoras	1,7%	0,0%	0,9%	0,0%	0,9%
Planes Adicionales	3,4%	0,0%	0,1%	0,0%	1,5%
Recobros NO PBS	12,0%	2,9%	12,3%	6,3%	9,3%
Promoción y prevención	1,6%	0,1%	1,0%	0,0%	1,0%
Liberación de reservas	3,3%	1,0%	1,0%	0,0%	2,0%
Otros (Incapacidades, Ajuste x Cuenta de alto costo)	5,6%	1,2%	1,1%	-0,6%	3,0%
Costos (Costo médico)	94,9%	98,9%	103,2%	96,3%	98,3%
Gastos	6,4%	6,7%	7,0%	9,3%	6,7%
<i>Resultado operacional</i>	<i>-1,3%</i>	<i>-5,7%</i>	<i>-10,2%</i>	<i>-5,6%</i>	<i>-4,9%</i>
Ingreso no operacional	1,8%	3,8%	3,1%	4,2%	2,8%
Gasto no operacional	0,6%	0,5%	0,3%	2,0%	0,5%
<i>Resultado antes de impuestos</i>	<i>0,0%</i>	<i>-2,3%</i>	<i>-7,4%</i>	<i>-3,3%</i>	<i>-2,7%</i>
Impuestos	0,3%	0,6%	0,2%	0,0%	0,4%
<i>Resultado después de impuestos</i>	<i>-0,4%</i>	<i>-2,9%</i>	<i>-7,7%</i>	<i>-3,3%</i>	<i>-3,0%</i>

Fuente: elaboración propia, con base en (28, 29)

Esta asimetría en ingresos ayuda a explicar las mayores dificultades financieras de las EPS del RS. Dentro de la UPC se contempla un porcentaje para gastos de administración, ventas y utilidad diferencial. Dicho porcentaje es de 10% en el RC y de 8% en el RS. La utilidad operacional depende del manejo eficiente de este porcentaje, ya que el gasto asistencial de 90% y 92% es intocable.

Estas diferencias ayudan a explicar la mayor siniestralidad de las EPS del RS. Si se suma la diferencia en el valor de la UPC, en el menor ingreso por cuotas moderadoras y promoción y prevención, el diferencial total sería de 10,4 puntos, pero de no existir haría que la relación CM/IO en el RS pasaría de 98,9% 88,5%. Esta situación afecta un 22% de población del SGSSS.

Mayores gastos administrativos en el RS

Además de los costos mencionados, en el RS hay otros adicionales. Estas EPS deben: 1.) enfrentar una logística más difícil en zonas dispersas que no permiten realizar economías de



escala; 2.) contratar un mínimo de 60% con la red pública; 3.) contratar con prestadores que tienen poder monopólico y que no ofrecen los niveles de complejidad necesarios. Frente a esta carencia de servicios, las EPS se ven obligadas a realizar traslados a hospitales distantes, y ello aumenta los costos logísticos y; 4.) contratar a tarifas SOAT, superiores a las del mercado. La estructura del mercado para el RS es muy variable y depende de la zona y del nivel de competencia. Tienen que someterse al monopolio geográfico de las IPS públicas en muchos municipios, que es un problema estructural complejo el cual no permite la generación de economías de escala administrativas.

Tecnologías NO PBS

Es necesario examinar las implicaciones financieras que tienen los *recobros* de los procedimientos NO PBS. Estos pagos NO PBS se realizan a través de la Administradora de Recursos de la Salud (ADRES). Hasta diciembre de 2019, los pagos de NO PBS en el RS eran con cargo a los entes departamentales y del Distrito Capital, pero a partir de 2020 son con cargo a la ADRES (14). Para el 2019, el 47,2% de los activos de las EPS estaban representados en cuentas por cobrar por NO PBS, las cuales que equivalen a \$10,3 billones (tabla 4).

Tabla 4. Participación de cuentas por cobrar sobre el total de activos de EPS según grupos, 2019

Cuenta	RC	RS	CyS	RI	Total
Activos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Cuentas por Cobrar	52,0%	67,6%	75,0%	15,4%	63,3%
No PBS	51,9%	39,7%	45,8%	11,8%	47,2%
PBS	1,7%	0,5%	1,5%	9,2%	1,4%
Otros (Anticipos por prestación de servicios, CxC empleados, etc)	12,4%	41,2%	39,0%	8,3%	27,6%
Deterioro (Provisión x difícil cobro ADRES y Entes Territoriales, etc)	-14,0%	-13,8%	-11,3%	-14,0%	-12,9%

Fuente: elaboración propia con base en (28, 29)

En el 2018, la ADRES giró \$3,13 billones por concepto de NO PBS. Entre 2006 y 2018, los recobros aumentaron en un 1,56% promedio anual, pero entre 2017 y 2018 el incremento fue del 3% por servicios médicos, tratamientos y medicamentos no incluidos en el PBS a cargo de las EPS. Además, durante el 2019 la ADRES giró \$4,15 billones (8,20% del total de recursos del sector salud) de forma anticipada por concepto de servicios y tecnologías NO PBS, con un crecimiento de 32% con respecto al año 2018 (41, 42).

En virtud de las glosas que aplica la ADRES, las EPS no reciben el 100% de los desembolsos que han realizado. Entonces, los recobros están absorbiendo casi el 10% de los gastos del sector. Este

es un porcentaje importante que no recibe completo la EPS y, además, en muchos casos tiene un tiempo de reconocimiento que supera los 360 días. Cuando existe integración vertical entre EPS e IPS, los recobros pueden ser favorables para el conjunto asegurador-prestador porque los costos de transacción son menores. Pero si la EPS no está integrada a una IPS, el recobro no le conviene, ya que los costos de transacción aumentan.

El recobro en integraciones verticales, con integración patrimonial o no, debe tener costos de transacción menores al suponer que en el grupo integrado disminuye la incertidumbre de los costos o su varianza, pues al mejorar su previsibilidad, disminuye la incertidumbre. Además, es esperable la existencia de políticas de prioridad en pagos para tener un mejor flujo de caja en relación con las no integradas.

El sistema es inviable desde el punto de vista financiero de los actores

Desde el punto de vista financiero es evidente que el sistema no es sostenible. No obstante, se mantiene. Y a pesar del enorme peso de la deuda, las EPS continúan operando. Vale la pena preguntarse por los incentivos que podría tener un inversionista para invertir en una EPS. Para explicar esta situación se proponen cuatro aproximaciones.

El mercado no es competitivo

Las EPS y las IPS corresponderían al enfoque 2 de Arrow y Lind (6), puesto que los riesgos no son iguales a los de cualquier empresa privada. La caída en el patrimonio (tabla 1) no ha llevado a una liquidación de todas las entidades con problemas porque, de alguna manera, el Estado ha evitado –o aplazado– la quiebra. En orden cronológico, se observa un aplazamiento en dos oportunidades del cumplimiento de los requisitos. La primera estableció una gradualidad en el cumplimiento con horizonte de 7 años hasta el 2014 (43). La segunda amplió el plazo en 7 años, es decir hasta el 2021 (16). Llama la atención que, en el 2014, al igual que en 2019, el Estado sea el principal deudor de las EPS (tabla 4).

En el caso del aseguramiento social de salud, el Estado interviene mediante la regulación o compra, la prima de aseguramiento difiere sustancialmente de la del seguro privado, ya que rompe la identidad entre la prima y el riesgo individual, y ofrece una cobertura global (25, 44).

El imaginario de Londoño y Frenk no se ha cumplido. El balance, 26 años después, no es positivo, tal y como se desprende de la tabla 1. El *pluralismo estructurado* se ha fragmentado. Ha reproducido numerosos vicios inherentes a la lógica privada sin haber logrado que la modulación y la articulación sean adecuadas. *Visión Colombia II Centenario* (45) ya reconocía desde el 2005 que la regulación en el SGSSS ha sido *errática e inconsistente*:



“La regulación en el SGSSS ha sido errática e inconsistente en muchos casos, olvidando el objetivo primordial de garantizar condiciones transparentes para la operación de los mercados y las garantías para los usuarios, frente a los intereses particulares de los agentes. Se hace necesario [...] procurar mecanismos más acordes [...] cuyo objetivo fundamental sea la consecución de mejores niveles de eficiencia, calidad y acceso a los servicios” (45).

Los diagnósticos coinciden en que el mecanismo no quedó bien implementado.

Varios de los problemas se trataron de corregir con las leyes 1122 de 2007 (10) y 1438 de 2011 (46). Estas normas y otras posteriores reconocen que hay limitaciones estructurales en la organización institucional del SGSSS, y por esta razón consolidan las tareas de intervención, vigilancia y control. El hecho de que las nuevas disposiciones acepten los problemas no quiere decir que los solucionen. No logran modificar los limitantes estructurales que han impedido el éxito del pluralismo estructurado.

La ley 1122 (10) que pretendió mejorar la regulación se quedó corta. Ante todo, porque la norma se expide sin que existan las condiciones de velo de ignorancia que sí se presentaron cuando se promulgó la ley 100 de 1993 (47). Además, la ley 1122 (10) no enfrenta uno de los males constitutivos del SGSS: la disminución del número de intermediarios y la creación de situaciones favorables al monopolio.

Integración vertical

La integración vertical no es intrínsecamente buena o mala. Los efectos, en uno y otro sentido, son diferentes para la empresa y para el usuario. Coase (48) muestra que el tamaño de la firma y el nivel de integración vertical depende de la ponderación que el empresario hace de dos tipos de costos de transacción (el de la firma y el del mercado). Es cierto que la integración vertical puede reflejarse en mejores servicios. Y también es cierto que la integración vertical puede consolidar prácticas monopólicas que, como en el caso colombiano en el sector salud, favorecen a los empresarios en contra de los usuarios, ya que restringe la libertad de elección. No obstante, la integración vertical puede llevar a la menor competencia entre agentes (49).

El déficit se compensa, de alguna manera, con la integración vertical. En la práctica, las grandes EPS no respetan el límite del 30%. Se ha presentado un proceso de integración vertical (aseguradoras y prestadoras) y de concentración (reducción del número de entidades). Esto quiere decir que el proceso de concentración no es nuevo. Desde el 2004 ya lo había señalado Restrepo:

“El índice de cuota de mercado señala la existencia de alta concentración en el régimen contributivo, donde 76% de los municipios posee una EPS dominante con 73% del mercado municipal en promedio [...]. En el caso del régimen subsidiado 74% de los municipios posee una ARS dominante y en promedio cada una posee 77% de los afiliados a escala municipal. El índice Hirshmann-Herfindahl también enseña que el mercado de EPS se encuentra concentrado y tiende a caracterizarse como monopolio” (50).

La concentración a la que puede llevar la integración vertical se presenta porque la reducción del costo está asociada con el aumento de la cobertura por intermediario. Y, además, porque la competencia obliga a prácticas inconvenientes como la selección adversa, la búsqueda del mayor rendimiento financiero, la ampliación de la escala de atención con costos decrecientes y la integración vertical. También hay que tener en cuenta que los servicios médicos de alta complejidad tienen costos marginales crecientes, que rompen con un esquema competitivo como el propuesto por la ley 100. Otras intervenciones, como las vacunas y los partos, tienen costos marginales decrecientes que pueden llegar a ser cercano a cero.

Incentivos asimétricos de la regulación

Los agentes que participan en el sector de la salud expresan sus intereses de maneras muy diversas, y la asimetría de poder ha llevado a que los propósitos financieros de los intermediarios pesen más que las necesidades de salud de la población. La Comisión de Regulación en Salud (CRES), creada por la ley 1122 (10), no logró hacer converger los incentivos de los actores (51).

La regulación actual genera incentivos perversos. Uno de ellos es estimular la financiación con los proveedores, en especial si no hacen parte de grupos empresariales. Así mismo, podría presentarse la posibilidad de precios de transferencia (52) a favor de las IPS que hacen parte de dichos grupos.

El impacto sobre la capacidad de los prestadores de permanecer y crecer podría depender de su tamaño y complejidad. En este sentido, una hipótesis es que solo las IPS grandes y complejas, que son imprescindibles en las redes de las IPS, tendrían la capacidad de cobrar, y otras medianas y pequeñas podrían estar quebrando o saliendo del mercado por iliquidez.

En el diagnóstico que hizo el Ministerio de Salud (53) se reconocían tres limitaciones profundas del sistema, de orden geográfico, financiero y administrativo. En materia financiera se dice:

“Existen barreras de carácter financiero en diferentes niveles del sistema. Existe evidencia que el desarrollo del sistema condujo a la consolidación de condiciones ineficientes de competencia entre EPS e IPS. Esto condujo a la generación de monopolios bilaterales en los que tanto el asegurador como el prestador cuentan con poder de mercado [...]

Las deudas reportadas por los hospitales crecieron de manera preocupante. Este crecimiento afecta negativamente la calidad de la atención a los usuarios [...]. De acuerdo con la Resolución 2509 de 2012, más del 40% de las IPS públicas fueron categorizadas en riesgo fiscal y financiero medio o alto [...]

Otra manifestación de las barreras de carácter financiero ha sido la fragmentación en la prestación de los servicios. Las atenciones se realizan a través de un número elevado de IPS con el fin de lograr el menor precio en cada actividad. Como consecuencia, se pierde la continuidad de la atención y es el paciente quien debe asumir los costos de transporte al desplazarse de un lado a otro para recibir la atención” (53).



La situación actual no es nueva, es la consecuencia lógica de una institucionalidad que presenta dificultades estructurales. Es evidente que los incentivos privados no han sido compatibles con el interés general y la búsqueda de la rentabilidad individual se ha expresado en ineficiencias del conjunto del sistema.

Si bien el ideal de la ley 100 era la competencia entre los agentes del sistema, el resultado ha sido la consolidación de monopolios bilaterales. La crisis financiera del sistema tiene explicaciones diversas que ponen en evidencia el inadecuado diseño de incentivos. No se logró que los intereses privados convergieran con los colectivos.

Condiciones diferenciales y contradicciones en el sistema

La cartera de las EPS en el 2019 incluye una alta proporción de deudas del Estado, originadas en lo NO PBS (tabla 4). Esta situación ha ido creando una cadena de no pago. El Estado no le cumple a las EPS y, a su vez, estas se atrasan en los pagos con las IPS que tampoco le pueden responder a los proveedores. Esto genera inseguridad jurídica para el conjunto del sistema. Así, mientras el problema persista, se continuarán aplazando los plazos otorgados por el Gobierno para el cumplimiento de las condiciones de habilitación financiera de las EPS.

Desde el punto de vista financiero se aprecian dos lógicas temporales en el manejo del flujo de recursos operacionales de las EPS. La primera, acorde con la dinámica de seguros, ingresa los recursos de la UPC y después se realizan los desembolsos por los costos médicos o siniestros del PBS ($UPC \rightarrow PBS$). La segunda aplica a los recobros y la EPS primero realiza el desembolso del siniestro para luego recibir el monto de dicho costo ($NO\ PBS \rightarrow Recobros$).

Si bien la dinámica del recobro es un riesgo sistémico a nivel agregado, el comportamiento micro a nivel de las EPS puede ser calculado y hacer parte integral de su presupuesto con una expectativa del monto en el flujo de ingresos para mantener un mínimo equilibrio, cuyo monto se considera un techo periódico de gasto médico (54). Sin embargo, el hecho de introducir el riesgo de liquidez y solvencia, en presencia de la anomalía del recobro, puede hacer que se exceda la capacidad de gestión de cualquier asegurador.

La alta participación de los proveedores en los pasivos, a quienes no se les paga intereses, hacen que el costo de la deuda sea prácticamente cero. Esto es muy dañino tanto para las IPS (55-58) como el conjunto del SGSSS. Las EPS, adicional a las glosas, piden descuentos por pronto pago (55, 57), y este tipo de procedimientos genera asimetrías, en especial, cuando no hacen parte de grupos empresariales con las EPS. Estas prácticas financieras en contra de las IPS, tanto en la rentabilidad como en la liquidez, disminuyen los recursos destinados a la atención de los pacientes y afectan la calidad en su atención.

En materia de recobros, si bien existen lineamientos aplicados por las EPS sobre su forma de contabilizar (59), se ha reconocido que existen diferencias en las cifras que son presentadas por los aseguradores y los prestadores (60, 61). Una hipótesis de las divergencias es que los precios

de las IPS ya incorporen el riesgo de cartera, es decir, incluyan los intereses de unas cuentas cuyo pago será demorado.

Aunque existe un riesgo de pérdida de capital, evidente en el número de EPS liquidadas de manera forzosa (62, 63), una hipótesis es que en el SGSSS, en un marco de “financiarización” de la política pública y la responsabilidad del Estado en cabeza del Gobierno, los grupos económicos agencien sus intereses y beneficios a través de intermediadores de bajo costo de capital en donde el volumen de ingresos sea garantizado por el volumen de afiliados a las EPS. De esta manera, los afiliados se considerarían un activo específico, valorable económicamente, lo cual explicaría, en parte, la existencia y permanencia de las EPS desde el punto de vista del lucro del inversor como grupo.

Una hipótesis razonable sobre la permanencia de las EPS es que estas sean posiblemente complementada por el crecimiento en inversiones financieras internacionales, tal es el caso del grupo Sura, que cuenta con inversiones en varios países de Latinoamérica y por otros inversores internacionales en Latinoamérica (64). Siguiendo ese modelo, los resultados orientan a que la EPS no se vea como unidad de negocio aislada, sino como parte del agenciamiento de la seguridad social de los grupos de gran capital e inversión financiera.

La conjunción de estos hechos se expresa en una realidad indiscutible: el aumento de la esperanza de vida tiene *costos marginales crecientes*. Cada año adicional de vida implica mayores costos. Los alcances de las economías de escala son muy reducidos. Este principio, que es bastante claro, es desconocido por la política pública y por ello toman decisiones como si fuera posible reducir los costos de la salud.

Puesto que en todos los grupos de EPS la situación financiera se deteriora de manera significativa, los problemas son transversales y estructurales, ya que afectan al conjunto de EPS y ponen en cuestión la *sostenibilidad* del sistema. La Comisión de Gasto (65) advirtió sobre el déficit estructural del sistema.

Existe un conflicto entre la solvencia y la cobertura. Los diversos mecanismos de compensación de los mayores riesgos como son los ponderadores de la UPC por edad, sexo y geografía, además de los ajustes de la cuenta de alto costo no son perfectos, pero disminuyen los efectos de algunos riesgos conocidos y aceptados por el SGSSS. Sin embargo, también se exige el cumplimiento de margen de solvencia, cuyo incumplimiento pone en riesgo la continuidad de las EPS, por lo que seguramente a nivel privado, se dé prioridad al cumplimiento financiero sobre el cumplimiento de la cobertura universal.

Conclusiones

El aseguramiento social se encuentra en riesgo. La mayoría de las EPS están en una situación que las hace inviables desde el punto de vista financiero. No cumplen con las condiciones de habilitación financiera definidas en las normas relacionadas con los estándares de permanencia, capital mínimo, solvencia y/o patrimonio adecuado para garantizar la prestación del servicio ante las contingencias posibles del SGSSS. Así pues, los resultados operacionales negativos muestran que la situación no es sostenible.

La permanencia de las EPS, a pesar de su grave crisis financiera, muestra que la lógica privada no ha funcionado. El pluralismo estructurado y la competencia regulada no han logrado los objetivos que se propusieron cuando fueron diseñados. Muestra, además, que las EPS no están operando, *de facto*, en un mercado con la lógica de la competencia privada. De acuerdo con la clasificación propuesta por Arrow y Lind (6) en la categoría 2, se trata de entidades que pueden continuar operando gracias a que le transfieren los riesgos al Estado. Con el paso del tiempo se ha hecho evidente que el SGSSS se ha ido inclinando hacia lo público en el financiamiento.

El colapso se ha evitado gracias a la permanente intervención del Estado y a las prácticas *sui generis* de los agentes que participan en el SGSSS. Valdría la pena preguntarse, entonces, si tiene sentido continuar transfiriendo recursos públicos a través de intermediarios privados. Quizás sea el momento de reconocer la naturaleza pública que, *de facto*, ha ido adquiriendo el SGSSS. Desde esta nueva perspectiva se tendría que replantear la función que cumplen los agentes privados. Es elemental concluir que, si el Estado termina asumiendo los riesgos en el largo plazo, no se justifica la intermediación privada.

Dada la alta intervención del Estado en un servicio público con recursos fiscales y parafiscales que lo financian, bajo las posibilidades que se ofrecen en tecnología y el hecho de experiencias internacionales, lo observado no objeta que en el caso de Colombia no se puede desvanecer la actuación privada de las EPS. ¿Agregan valor? ¿Disminuyen los costos de transacción? Al menos, considerando la experiencia internacional y la capacidad regulatoria, se debe repensar el esquema del intermediario privado en las funciones de retención y gestión del riesgo financiero y de la función de compra. Esto se debe a que la situación apunta a que la primera no se cumple a cabalidad y la segunda queda relegada a la capacidad financiera de cada EPS y no se relaciona con los resultados en salud ni con la satisfacción de las expectativas legítimas de los usuarios. Esto debe evaluarse frente a los costos de los fallos del sector público en Colombia.

Entre las prácticas *sui generis* se destaca la forma como el déficit patrimonial de las EPS está soportado casi en su totalidad por cartera de IPS, bajo condiciones onerosas en las formas de contratación, en las tarifas y en las formas de pago. Esto perjudica las finanzas de las IPS y afecta a los usuarios debido a que se pierde la eficacia del sistema en términos de oportunidad, calidad, continuidad, suficiencia, seguridad, etc., lo que vulnera su derecho a la salud.

La necesidad de eliminar el recobro llevó a que al inicio del año 2020 se expidieran normas para el control de los recursos destinados a la atención de lo NO PBS (14, 66, 67). Estas coincidieron con la emergencia sanitaria ocasionada por la pandemia del COVID-19 (68-70), por lo que debe estudiarse su impacto sobre el SGSSS.

Al momento de elaborar el presente estudio se aprobó el denominado *acuerdo de punto final*, que busca hacer más eficiente el gasto en salud, sanear y clarificar las cuentas, además de resolver las deudas históricas que existen entre los agentes del sector por NO PBS (14, 71). El monto probable se estimó de \$5,2 billones en el RC y de \$1,5 billones en el RS (72), pero debe estudiarse su aplicación que coincidió con la pandemia del COVID-19.

La integración vertical y los precios de transferencia ameritan la revisión del diseño institucional del SGSSS. Para una regulación más efectiva, cualquier función de supervisión y control financiero del SGSSS debe tener en cuenta los incentivos de los agentes y la forma como ellos inciden sobre la estructura de capital y la cadena de aseguramiento-prestación, sin afectar la rentabilidad social y la limitación al derecho a la salud.

La viabilidad técnico-jurídica, no explica la racionalidad económica de inversión y permanencia de una EPS, vista como unidad de negocio de seguros o aseguramiento, bajo una prima que formalmente no estima la rentabilidad económica o un equilibrio financiero como lo pretende, sino un equilibrio actuarial que no prevé la maximización del beneficio y el crecimiento de la oferta.

El presente estudio reconoce las causas externas de la situación en agregado de las EPS, pero no indaga sobre comportamientos ineficientes que pudieran existir al interior de ellas y que contribuyan a esta situación. Con el fin de mejorar el entendimiento del incentivo que lleva a los accionistas de las EPS a permanecer en el negocio en condiciones como las encontradas, es deseable calcular el costo de capital y analizar el comportamiento como grupos empresariales en aseguramiento-prestación.

Una limitación dada por el alcance del artículo es que no se analizan a fondo las repercusiones de la situación financiera de las EPS sobre el sector de IPS, por lo que hacia futuro se debería estudiar ampliamente este comportamiento.

Finalmente, debe considerarse la recomendación de la comisión de gasto relacionada con la necesidad de incrementar los recursos públicos del sistema, pero mejorando los mecanismos regulatorios orientados a disminuir los comportamientos oportunistas de los actores más relevantes, a que se eviten las prácticas monopólicas existentes y a que se garantice la viabilidad y sostenibilidad del sistema sin limitar a los usuarios en el goce del derecho fundamental a la salud.

Referencias

1. Instituto Nacional de Administración Pública. La Gobernanza hoy: 10 Textos de Referencia. 1st ed. Instituto Nacional de Administración Pública, editor. Madrid: Estudios Goberna; 2005. 262.
2. Fernández Cantón SB. Conceptos relevantes sobre gobernanza y rectoría en salud. Boletín Conamed. 2019;4(22):34-6.
3. Jaime FM, Dufour G, Alessandro M, Amaya P. Introducción al Análisis de Políticas Públicas. 1st ed. Editorial Flrencio Varela, editor. Vol. 4. Buenos Aires: Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2016. 64-75.
4. Ferreiro A, Saavedra E, Zuleta G. Marco conceptual para la regulación de seguros de salud [Internet]. 2004. Available from: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Marco-conceptual-para-la-regulación-de-seguros-de-salud.pdf>
5. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. Am Econ Rev [Internet]. 1963;53(5):941-73. Available from: <https://www.jstor.org/stable/1812044?seq=1>
6. Arrow KJ, Lind R. Uncertainty and the Evaluation of Public Investment Decisions. Am Econ Rev [Internet]. 1970;60(3):364-78. Available from: https://econpapers.repec.org/article/aeaarec/v_3a60_3ay_3a1970_3ai_3a3_3ap_3a364-78.htm
7. Enthoven AC. The History and Principles of Managed Competition. Health Aff [Internet]. 1993;12(Supplement):24-48. Available from: https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.Suppl_1.24
8. Señarís J del L, Ortún-Rubio V. Estado y mercado en sanidad. In: Masson, editor. Gestión Sanitaria: innovaciones y desafíos [Internet]. Barcelona; 1998 [cited 2019 Jun 20]. p. 3-16. Available from: <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicacions/paper15.pdf>
9. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. Diario Oficial 41.148. 1993 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
10. Congreso de la República de Colombia. Ley 1122 de 2007 [Internet]. Diario Oficial 46.506. Bogotá D.C.; 2007 [cited 2019 Jun 6]. p. 1-23. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html
11. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011 [Internet]. Diario Oficial 47.957. 2011 [cited 2019 Jun 6]. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1765 de 2019, en relación con algunas competencias de la Superintendencia Nacional de Salud [Internet]. Decretos. 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO1765DEL01DEOCTUBREDE2019.pdf>
13. Congreso de la República de Colombia. Ley 1949 de 2019, por la cual se adicionan y modifican algunos artículos de las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011, y se dictan otras disposiciones [Internet]. Diario Oficial 50.830. Bogotá, D.C.; 2019. p. 1689-99. Available from: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1949_2019.html

14. Congreso de la República de Colombia. Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 [Internet]. Diario Oficial No. 50.964. 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1955_2019.html
15. Ministerio de Salud y la Protección Social de Colombia. Decreto 574 de 2007, por el cual se definen y adoptan las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Unico de Habilitación de Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Entidades Adaptadas. [Internet]. Vol. 52, Diario Oficial 46.558. 2007 [cited 2019 Jul 19]. Available from: http://www.defensoria.gov.co/public/Normograma2013_html/Normas/Decreto_574_2007.pdf
16. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Decreto 2702 de 2014 [Internet]. Presidencia Normativa. 2014 [cited 2019 Jul 19]. p. 1-13. Available from: <https://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/decretos/2014/Decretos2014/DECRETO2702DEL23DEDICIEMBREDE2014.pdf>
17. Londoño J-L, Frenk J. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. Health Policy (New York) [Internet]. 1997 Jul 1 [cited 2018 May 7];41(1):1-36. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851097000109?via%253Dihub>
18. Londoño J-L, Frenk J. Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina [Internet]. IDB. 1997 [cited 2019 Jun 20]. p. 1-32. Available from: <https://publications.iadb.org/en/publication/13652/pluralismo-estructurado-hacia-un-modelo-innovador-para-la-reforma-de-los-sistemas>
19. Hinojosa SA. Opciones Reales en Inversiones Públicas: Revisión de literatura , desarrollos conceptuales y aplicaciones. Coloq Dr [Internet]. 2008;(Septiembre):125. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Sergio-Hinojosa/publication/266232527_Opciones_Reales_en_Inversiones_Publicas_Revision_de_literatura_desarrollos_conceptuales_y_aplicaciones/links/55b7d6bd08aed621de04fc77/Opciones-Reales-en-Inversiones-Publicas-Revisi
20. Chino Sánchez X, Murrieta Córdova M del R. Una propuesta de cuotas generalizadas en el Sistema de Protección Social Universal en Salud: en busca de la Viabilidad Financiera de las Instituciones [Internet]. Universidad Autónoma de Puebla, México; 2020. Available from: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/11378>
21. Gravelle H, Rees R. Microeconomía. Tercera. Pearson Educación. S.A. Madrid; 2006.
22. OMS. ¿Cómo se protege el interés público? In: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud [Internet]. 2000. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch6_es.pdf?ua=1
23. OMS. ¿Cuán bueno es el desempeño de los sistemas de salud? In: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud [Internet]. 2000. p. 30. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch2_es.pdf?ua=1
24. OMS. ¿Quién costea los sistemas de salud? In: Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 Mejorar el desempeño de los sistemas de Salud [Internet]. 2000. p. 107-33. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ch5_es.pdf?ua=1

25. Maceira D. Dimensiones horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de América Latina y el Caribe [Internet]. Nicaragua: Partnerships for Health Reform (Colaboración para la Reforma de la Salud); 2001. Available from: <http://www.paho.org/hq/documents/dimensioneshorizontalyverticalenelaseguramientosocialensaluddeamericalatinayelca-ES.pdf>
26. Acosta Ramírez N. Reforma colombiana de salud basada en el mercado : una experiencia de “Managed care y managed competition” Reforma colombiana de salud basada en el mercado: una experiencia de “Managed care y managed competition” [Internet]. Bogotá, D.C.; 2004. (CENDEX). Report No.: ASS/DT 004-03. Available from: <https://www.javeriana.edu.co/cendex/pdf/DT004-03.pdf>
27. Pérez y Soto Domínguez A, Flórez Pinilla K, Giraldo García F. Regulación de la salud en Colombia: un problema de información secuestrada. *Pap Político*. 2017;22(1):105.
28. Superintendencia Nacional de Salud. Estadísticas EPS Régimen Contributivo [Internet]. Delegada Supervisión de Riesgos. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenContributivo/Forms/AllItems.aspx>
29. Superintendencia Nacional de Salud. Estadísticas EPS Régimen Subsidiado [Internet]. Delegada Supervisión de Riesgos. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SupervisionRiesgos/EstadisticasEPSRegimenSubsidiado/Forms/AllItems.aspx>
30. Banco de la República de Colombia. Catalogo financiero BANREP [Internet]. Catálogo Estadísticas. 2020 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://www.banrep.gov.co/es/catalogo-estadisticas>
31. Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. Reporte de afiliados por entidad [Internet]. Reporte Afiliados por entidad. 2020 [cited 2021 Feb 26]. Available from: <https://www.adres.gov.co/BDUA/Estadistica-BDUA/Reporte-Afiliados-Por-Entidad>
32. Ministerio de salud y protección social. Comportamiento del aseguramiento [Internet]. Boletín del Aseguramiento en Salud. 2018 [cited 2021 Feb 26]. p. 2020–1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>
33. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. La salud es de todos. Rendición de Cuentas, Informe de Gestión 2018 [Internet]. Informe de Gestión. Bogotá D.C.; 2019 [cited 2021 Feb 16]. p. 109. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/rendicion-cuentas-informe-gestion-2018.pdf>
34. Buchanan J. *The Public Finances*. Markham. Chicago; 1970.
35. Wagner A. Three Extracts on Public Finance, 1883. In: MUSGRAVE Richard & PEACOCK Alan, editor. *Classics in the Theory of Public Finance*. New York: St. Martin Press; 1883. p. 1-15.
36. González JI. La Inexorabilidad de la Ley de Wagner. *Zero* [Internet]. 2008;36-9. Available from: https://scholar.google.com/scholar?lookup=0&q=GONZALEZ+Jorge.+2008.+“La+Inexorabilidad+de+la+Ley+de+Wagner”+Zero+jun.+pp.+36-39&hl=es&as_sdt=05
37. Gutiérrez C. El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención [Internet]. Catalina Gutiérrez y Nicolas Gómez, editor. Cuadernos Fedesarrollo. Bogotá DC; 2018. Available from: https://www.fedesarrollo.org.co/sites/default/files/archivosciadernos/CDF_No_60_Marzo_2018.pdf

38. Ministerio de Salud y Protección Social. Rendición de Cuentas. Informe de Gestión 2017 [Internet]. Bogotá DC; 2018 [cited 2021 Feb 16]. p. 60. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-gestion-2017.pdf>
39. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Valor UPC 2019.pdf [Internet]. Boletín de Prensa 214 de 2018. 2018 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/minsalud-fijo-aumento-de-upc-para-2019.aspx>
40. Uprimny M. Situación actual del régimen subsidiado en salud. Cuestión Salud [Internet]. 2018;6(22). Available from: <https://www.icesi.edu.co/proesa/images/stories/pdf/Cuestión Salud 22.pdf>
41. Administradora de los Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud. ADRES [Internet]. Noticias. 2019 [cited 2019 Jul 15]. Available from: <https://www.adres.gov.co/Inicio/Post/6150/ADRES-pagó-3-13-billones-por-servicios-no-incluidos-en-el-plan-de-beneficios-en-salud-en-2018>
42. Viceministerio de Protección Social. Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud-ADRES. 2017;1-5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/abece-adres.pdf>
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 6408 de 2016. 2016;2016:1-181.
44. Sojo A. Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe. Rev la CEPAL. 2003;2003(80):121-40.
45. Departamento Nacional de Planeación. Vision colombia II Centenario: 2019 [Internet]. Políticas de Estado. Bogotá, D.C.; 2005 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://www.dnp.gov.co/politicas-de-estado/vision-colombia-2019/Paginas/programa-vision-colombia-2019.aspx>
46. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Diario Oficial N° 47957. 2011;
47. González JI. La Regulación en Salud en Ausencia de Velo de Ignorancia. Rev Colomb Econ la Salud. 2007;(1):91-100.
48. Coase R. The Nature of the Firm. *Economica* [Internet]. 1937;4(16):386-405. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1468-0335.1937.tb00002.x>
49. Bardey D, Buitrago G. Integración vertical en el sector colombiano de la salud. Rev Desarro y Soc [Internet]. 2016;(77):231-62. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/dys/n77/n77a07.pdf>
50. Restrepo Zea JH, Toro Jiménez W. ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? *. Rev Gerenc y Polit Salud [Internet]. 2004;3(6):8-34. Available from: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2782>
51. Martínez A. La comisión de regulación en salud: Crónica de un final anunciado. Rev Salud Publica [Internet]. 2015;17(4):626-35. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rsap/2015.v17n4/626-635/es>
52. Barbosa Mariño JD. El régimen de precios de transferencia en Colombia un análisis de su desarrollo, del principio de plena competencia y de la vinculación económica. *Vniversitas* [Internet]. 2006; (111):38-63. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/825/82511102.pdf>

53. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Exposición de motivos del Proyecto de Ley “Por el cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones” [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C.; 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documents/LeyReformaalaSalud/E%0Aexposicion-Motivos-Proyecto-leyredefinicion-sistema-General-SeguridadSocialSaludpdf.pdf>
54. Pineda H. Efectos de los Decretos de Habilitación Financiera 574 y 1698 del 2007 y la sentencia 760 en la situación financiera de las EPS del Régimen Contributivo. Periodo 2008- 2012. [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2015. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/54013/josehumbertopinedacespedes.2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
55. Valdés Valdés HD. Glosas: ¿trabas jurídicas y administrativas de EPS para no pagar a IPS? [Internet]. Periódico El Pulso. 2021 [cited 2021 Feb 16]. p. 3-5. Available from: <http://www.periodicoelpulso.com/ediciones-anteriores-2018/html/1410oct/debate/debate-10.htm>
56. Jaramillo-Pérez I. Las cuentas impagables del sistema de salud - Razón Pública [Internet]. Razón Pública. 2021 [cited 2021 Feb 16]. p. 1-8. Available from: <https://razonpublica.com/las-cuentas-impagables-del-sistema-salud/>
57. Giraldo Valencia JC. 02 Oct ACHC denunció ante el Congreso de la República la alta morosidad en las deudas a hospitales y clínicas [Internet]. Actualidad. 2019 [cited 2021 Feb 19]. p. 2-4. Available from: <https://achc.org.co/achc-denuncio-ante-el-congreso-de-la-republica-la-alta-morosidad-en-las-deudas-a-hospitales-y-clinicas/>
58. ACHC. Las deudas a hospitales y clínicas superan los \$11,2 billones de pesos [Internet]. Estudio de Cartera Hospitalaria ACHC 2019. 2020 [cited 2021 Feb 16]. p. 3-7. Available from: <https://achc.org.co/las-deudas-a-hospitales-y-clinicas-superan-los-112-billones-de-pesos/>
59. Nueva Empresa Promotora de Salud S.A. Notas Estados financieros 2019. Bogotá, D.C.; 2020.
60. Cabrera D. Supersalud encontró diferencia de \$2.8 billones en cartera reportada por IPS y EPS [Internet]. RCN Radio Colombia. 2020 [cited 2021 Sep 21]. Available from: <https://www.rcnradio.com/colombia/supersalud-encontro-diferencia-de-28-billones-en-cartera-reportada-por-ips-y-eps>
61. Velasquez P. Así se encuentra la cartera entre IPS y EPS [Internet]. Consultorsalud. 2020 [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://consultorsalud.com/asi-se-encuentra-la-cartera-entre-ips-y-eps/>
62. Superintendencia Nacional de Salud. Informe final de Auditoría a la Superintendencia Delegada para las medidas especiales. Procesos: Identificación y seguimiento de liquidaciones Voluntarias y Adopción y seguimiento de acciones de medidas especiales [Internet]. Oficina de control interno. 2021 [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/ControlInterno/InformesAuditoriaPQRD/IA-AudSDME20211300008759323-06-2021.pdf>
63. Superintendencia Nacional de Salud. Registro de Entidades Liquidadas por Intervención Forzosa [Internet]. Adopción y seguimiento de acciones y medidas especiales. 2021 [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/SitePages/Inicio.aspx>
64. Exponencial Banca de Inversión S.A.S. ¿Qué ven los Inversionistas extranjeros en el sector salud en Colombia? [Internet]. exponencial. 2021 [cited 2021 Sep 27]. Available from: <https://www.exponencial.com.co/nuevo-blog/qu-ven-los-inversionistas-extranjeros-en-el-sector-salud-en-colombia>

65. Bernal R, González JI, Henao JC, Junguito R, Meléndez M, Montenegro A, et al. Informe de la Comisión del Gasto y la Inversión Pública [Internet]. 1a ed. Natalia Salazar F, editor. Bogotá, D.C.: Fedesarrollo; 2018. 342. Available from: <http://hdl.handle.net/11445/3516>
66. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución No. 205 de 2020. Bogotá, D.C.; 2020.
67. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución No. 206 de 2020. Bogotá, D.C.; 2020.
68. Presidencia de la República de Colombia. Directiva presidencial número 2 [Internet]. Medidas para atender la contingencia por COVID-19, a partir del uso de las tecnologías de la información y las telecomunicaciones - TIC. 2020 [cited 2021 Feb 21]. p. 2. Available from: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DIRECTIVAPRESIDENCIALN°02DEL12DEMARZODE2020.pdf>
69. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 417 Por el cual se declara un Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica en todo el territorio Nacional [Internet]. 17 De Marzo 2020. 2020 [cited 2021 Feb 21]. p. 1-16. Available from: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO417DEL17DEMARZODE2020.pdf>
70. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 457 [Internet]. Por el cual se imparten instrucciones en virtud de la emergencia sanitaria generada por la pandemia del Coronavirus COVID-19. 2020 [cited 2021 Feb 21]. Available from: <https://coronaviruscolombia.gov.co/Covid19/docs/decretos/presidencia/82-decreto-457.pdf>
71. Consejería presidencial para las Comunicaciones. Abecé del acuerdo de punto final [Internet]. Abecé del acuerdo de punto final. 2019 [cited 2021 Feb 16]. Available from: <https://id.presidencia.gov.co/Documents/190723-ABC-Acuerdo-Punto-Final.pdf>
72. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Acuerdo punto final [Internet]. Punto Final. 2019 [cited 2019 Nov 21]. Available from: <https://sig.sispro.gov.co/Acuerdopuntofinal/>