Por Ivan Jaramillo Perez* todas las cifras fueron consultadas en Chat GPT

ABELARDO INTENTARA TAPAR EL HUECO DEJADO POR PETRO EN LA ATENCION DE LOS ENFERMOS GRAVES.

El plan de choque en salud: cambio de paradigma y el gran lio de la plata.

El gobierno Petro baso su estrategia en salud en prestar los servicios per cápita más baratos y de mayor cobertura poblacional esperando tener un gran impacto en la salud y en la política electoral, impacto que por cierto fue moderado en ambos espacios, pero que sí creo un "hueco" de atención para los enfermos graves. La "Patria Milagro" pretende ahora tapar ese hueco con un Plan de Choque. La estrategia propuesta por Abelardo se concentrará en prestar los servicios per cápita, por cierto más costosos, para un poco más de un millón de pacientes, pero centrada en salvar la vida de los enfermos graves y en peligro de muerte, esperando por cierto que a diferencia de los equipos extramurales de Petro que nadie los pide, el plan tenga más impacto en las demandas sentidas de salud y por supuesto en el prestigio político del nuevo gobierno, o al menos que logre" la estabilización del sistema" en palabras de Ministra Ana María Vesga. El problema es que no hay plata para el Plan de choque por $ 10 billones y la compra de cartera inicialmente propuesta es una solución confusa e inviable que rápidamente debió ser abandonada y sustituida por una propuesta de créditos exprés de la ADRES, con giro directo a prestadores, pero reembolsables sin intereses por las EPS. Estrictamente no hay regalo de plata nueva como quizás algunas EPS lo pedían y la oposición Petrista lo esperaba.

LA VISION DE PETRO QUE GUIO LA SALUD EN EL ANTERIOR GOBIERNO

Para el sistema de salud colombiano no solo hubo un cambio de gobierno y de una nueva Ministra en sustitución de un Ministro, sino que se está cambiando el "paradigma" o sea el conjunto de creencias y teorías que orientan el quehacer del Ministerio de Salud y Protección Social. Para el gobierno Petro se tenía como prioridad atender a los ciudadanos sanos con actividades preventivas, predictivas y promocionales con el propósito de que los habitantes del país no se enfermaran y se buscaba además detectar oportunamente los riesgos y factores que ponen en peligro la salud de la población sana. Este programa ya existía desde gobiernos anteriores, pero con la idea de reforzarlo y apoyándose en la legislación ya vigente (autorizado por la ley 1438 de 2011 y sin necesidad de la reforma rechazada dos veces por el Congreso) se diseñó un sistema preventivo que además ofrece los servicios del primer nivel de atención en forma extramural dentro de la estrategia de "atención primaria", con visitas domiciliarias o por fuera de la red hospitalaria. Para tal efecto el Ministerio de Salud informo que hasta junio de 2026 puso en operación 10.983 Equipos Básicos de Salud y 1.006 equipos de especialistas cubriendo un total de 10,9 millones de familias y si se tiene en cuenta que hay 2,82 personas por hogar la cobertura

pudo haber llegado al 57% de toda la población, suponiendo claro que los reportes son reales y que no existieron atenciones repetidas sobre las mismas personas. Para realizar estas actividades se invirtieron $4.27 Billones que, si bien son un sobrecosto adicional para el sistema en el día de hoy, en el largo plazo esta estrategia podría generar una ganancia en el ahorro de costos al evitar el agravamiento de enfermedades prevenibles. No obstante, hoy no hay pruebas creíbles que este programa haya disminuido los costos generales del sistema, es decir, no existen elementos probatorios de la eficacia de este programa y quizás aún es prematuro para evaluar sus resultados. Es de observar si, que en el DANE se informa que en al año 2022, fecha de inicio del gobierno Petro, hubo 287 mil muertes con un caída a 268 mil en 2023 pero luego en 2024 a 2025 hay una tendencia ascendente de nuevo y se llega 283.378 casos en datos preliminares de 2025. Si bien no todas las muertes se deben a fallas en el sistema de salud, al juzgar por la duplicación de las tutelas anuales, las cuales llegaron 312, adicionadas con más de 1,04 millones de reclamaciones, si se evidencia que se creó un "hueco enorme" con un incremento desmedido en las demandas de los servicios insatisfechos para los enfermos.

¿EL PLAN DE CHOQUE DE ABELARDO: ¿MARCA EL CAMINO EN EL NUEVO GOBIERNO? ¿O ES AUN PREMATURO AFIRMARLO?

Como ya escribió Fernando Galindo en el Espectador: El 21 de septiembre el presidente De la Espriella anunció la primera fase del Plan de Choque en Salud, que priorizará a más de un millón de usuarios con órdenes pendientes de medicamentos y de procedimientos. Documentó que entre enero y julio de 2026 (Gobierno Petro), se registraron más de 1,2 millones de reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud, equivalentes a cerca de 5.772 reclamaciones diarias. El 92 % relacionadas con barreras para acceder a servicios y tecnologías en salud.

Evidentemente el Petrismo, al llevarse algunos peldaños, léase recursos, a su programa preventivo, dejo maltrechas las "escaleras" para acceder los servicios de consulta, hospitalización y cirugía ocasionado, como se mostró arriba, incrementos en las demandas insatisfechas expresadas en la multiplicación de tutelas y reclamaciones y en el llamado "gasto de bolsillo" que según el Banco Mundial paso de 14.37% en 2022 a 14,74% en 2024 de los ingresos de la población. Estas políticas quizás produjeron muertes evitables si se tiene en cuenta toda la población, aunque las cifras oficiales hoy disponibles muestran una reducción en la mortalidad materna e infantil. No obstante, si se compara los resultados nacionales con los de la OCDE se encuentra que las muertes de todas las edades que son prevenibles registran un indicador internacional de 304 por 100.000 habitantes y las tratables de 115, pero en Colombia los logros son inferiores a ese promedio internacional pues aquí son de 145 y 77 respectivamente.

Con estos datos, entre otros, el gobierno de Abelardo encuentra un "hueco" que le permite presentar un "plan de choque" con la intención inicial atender a los enfermos que requieren intervenciones urgentes de segundo, tercero y cuarto nivel. Entre los listados

proporcionados por las EPS con urgencias pendientes la Ministra Ana María Vesga ya tiene identificados con nombre y cedula a un poco más de un millón de habitantes, exactamente 1.069.196 personas. Entre los diagnósticos que presentan como prioridad de atención se cuentan los enfermos con problemas de cáncer, trasplantes, enfermedades huérfanas y neurodegenerativas, diabetes insulinodependientes y VIH. De ellas 700 mil tienen medicamentos pendientes y 300 mil tienen procedimientos en listas de espera. Para el nuevo gobierno en su "plan de choque" la prioridad es entonces la atención de las enfermedades debidamente diagnosticadas y en tratamientos que comprometen la supervivencia de pacientes graves.

Este "Plan de choque" se anunció inicialmente en campaña con una inversión de $ 10 billones, los cuales aún no están en el presupuesto de gastos aprobado. En caja parece que solo hay medio billón, pero el plan en su conjunto se pretendía financiar inicialmente con un ingenioso sistema de "compra de cartera". Decimos ingenioso porque la compra de cartera se hace generalmente sobre servicios y medicamentos entregados y con factura y el millón de pacientes con pendientes aún no han recibido los servicios y menos aún sus IPS han generado esas facturas que se necesita para la compra y pago de cartera. Por lo anterior necesariamente se tendrá que recurrir entonces a un sistema de anticipos sobre las autorización de servicios antes de que se produzcan las facturas necesarias para comprar esa cartera como se pretendió o bien recurrir a otras formas de pagos mediante créditos a las EPS-IPS que se entregarían como anticipos a las IPS como efectivamente se está anunciando hoy, luego de una necesaria corrección de lo dicho inicialmente.

Hay que tener en cuenta que en el país no solo existen un millón de enfermos graves por atender y se sabe que hay aproximadamente 124,97 millones de consultas en los hospitales, clínicas y consultorios en el año o sea 2.2 consultas por persona año; pero solo 4,78 millones de pacientes recurren a la atención de urgencias y 2,83 millones se hospitalizan. Además, en términos de gastos hoy en Colombia las EPS, como en el caso Famisanar, gastan el 7% en atención de urgencias; 40% en hospitalización, el 30% en cuidados intensivos (UCI) y el 23% en cirugías. No obstante, no sabemos si estas cifras y estos valores que manejamos de fuente directa serán las medidas del enfoque permanente del gobierno que se inicia.

IMPACTO DEL PLAN DE CHOQUE EN EL GASTO DE SALUD

La magia del sistema de aseguramiento está en que "todos ponen" y entre los 51.422.914 de afiliados del país (97.2% de toda la población) una parte hace hacen aportes parafiscales y otra paga impuestos según su capacidad de generar ingresos. Pero cada cual gasta o debería recibir según su necesidad (léase salud o enfermedad) como en el célebre programa de Gotha de 1875. Hay que tener en cuenta que en Colombia existe un régimen totalmente subsidiado quizás sobredimensionado para la población afiliada y que en 2022 estaba casi con la misma cobertura para el régimen contributivo y el subsidiado.

Hay además un cálculo internacional que establece que el 5% de las personas enfermas generan como es lógico mayor gasto en salud y concentran la mitad de todos los recursos disponibles mientras que la mitad de la población sana consume solo el 3% del gasto.

Para poder hacer un comparativo del impacto del plan de choque en dinero si se aplicara todo el sistema hay que tener en cuenta que en el año 2025 la ADRES manejo un presupuesto de $100 billones de pesos para financiar los servicios de las EPS y el gobierno Petro ejecuto adicionalmente solo un 4,27% más en los equipos básicos extramurales llegado quizás en el mejor de los casos al 56% de toda la población. Es de observar que mientras Petro se concentró en prestar los servicios más baratos pretendiendo llegar a más población y a más votantes; ahora Abelardo pretende hacer un plan de choque para 1 millón de enfermos graves, pero con gran impacto visual en toda la población; pues se podrían mostrar que se están salvado un millón de vidas. Es necesario tener en cuenta que atender los enfermos en su curación y rehabilitación cuestan mucho más que los sanos en prevención (es así que las EPS contributivas gastan solo el 1.9% de sus recursos en prevención y las subsidiadas el 5.1%). Esto explica la necesidad del sistema de aseguramiento en salud en el cual todos aportan, pero realmente pocos gastan mas de lo que aportan, creando así un sistema de solidaridad de los sanos frente a los enfermos como lo tiene previsto en artículo 48 de la Constitución Política.

LA INGENIOSA ESTRATEGIA DE LA COMPRA DE CARTERA SIN PONER PLATA

Quizás lo más novedoso del plan de choque es su forma de financiarlo sin aportar plata adicional del presupuesto público y aparentemente se daría “prestando dinero” de la ADRES para dar liquidez a las EPS-IPS. Para operar el nuevo sistema se anunció inicialmente un nuevo mecanismo de compra de “compra de cartera” ya autorizado por normas anteriores, pero con líos de aplicación a la nueva situación donde se está hablando de servicios futuros no prestados y de facturas o cartera aun inexistente. Como se sabe quienes expiden las facturas son los prestadores de los servicios o sea las IPS, las cuales se entregan a las EPS y estas tramitan su pago final mediante postulación ante la ADRES.

Es de recordar que originalmente la Ley 100 de 1993 creo un sistema de pago de dos pasos, Inicialmente la Adres debería entregar a las EPS el valor anual de la UPC mediante doceavas según fuera el número de afiliados a su cargo de acuerdo al denominado Listado Mensual de Afiliados LMA. A su turno las EPS entregaban a la IPS un anticipo en proporción a los servicios autorizados por un valor hasta del 90%, dejando el pago final del 10% cuando la IPS entregaran las facturas debidamente auditadas garantizando el servicio prestado.

No obstante, ante la falta de oportunidad en los giros a las IPS y por la generación de otras dudas y cuestionamientos sobre su destinación con posibles desvíos; a las EPS se le han quitado progresivamente sus funciones en la gestión de la intermediación financiera y el

Ministerio de salud estableció el denominado “giro directo”, mediante el cual la ADRES paga directamente las IPS el valor de las facturas haciendo un “bypass” sobre las EPS. Las aseguradoras entonces solo autorizan servicios y luego revisan el pago de los facturas, pero no manejan el dinero en su tesorería. El “giro directo” se estableció desde el año 2011 para el Régimen Subsidiado, luego se aplicó a las EPS intervenidas o bajo vigilancia especial, finalmente a las que no cumplían con los requisitos de operación financiera o bien porque así lo decidían voluntariamente. El caso es que para el año 2026 el 90% de los recursos del aseguramentiento están bajo el régimen de “giro directo” y en los hechos las EPS solo cumplen con la función de intermediación en un 10% de los recursos de la UPC.

Lo más increíble es que el gobierno se encuentra sin ninguna liquidez y quiere que ADRES preste la plata para su “plan de choque” mediante la eventual compra de cartera a las IPS-EPS. Pero solo ha creado hasta ahora un galimatías jurídico difícil de resolver, la situación esta así:

1. El gobierno prometió, pero no tiene $ 10 billones para su plan de choque.
2. El gobierno cree que el único que puede resolver el problema sería la ADRES quien podría según se cree servir de vehículo para prestar la plata que se necesita mediante “la compra de cartera” según la versión inicial.
3. Pero el plan de choque lo que pretende es financiar unos servicios o medicamentos que no se han prestado y están represados para más de un millón de personas.
4. La norma establecida dice que la compra de cartera implica comprar facturas, que en este caso no existen.
5. ¿Pero cómo comprar facturas por servicios que no se han prestado y que por tanto no tienen factura?
6. La única forma seria prestar plata a las EPS garantizando su reembolso en cuotas o descuentos futuros durante un año.
7. Pero no se puede prestar plata o hacer anticipos a las EPS sin factura porque la legislación anterior elimino esta posibilidad al obligar el giro directo a las IPS en un 90% de los recursos, pero sobre la base postular facturas ante la ADRES.
8. ¿Si la norma se modifica y no se exige factura previa entonces para que establecer la compra de cartera? pues esta se convierte en un proceso inútil. Quien conoce de contabilidad sabe que los anticipos se entregan con base a contratos y autorizaciones y no requieren factura.
9. Pero luego cuando la IPS hacen la factura esta ya esta pagada en un 90% mediante los anticipos de la ADRES, entonces para que vender la factura cuando el ADRES solo debe el 10% de su valor?

EL SISTEMA DE CREDITO DIRECTO A LAS EPS-IPS PARA EL PLAN DE CHOQUE

Como era lógico de esperar el Ministerio le debió "echar tierra" a la absurda idea de comprar de cartera a futuro y está montando un sistema nuevo de giros directos para el "Plan de choque" el cual deberá incluir:

1. Asignación de un monto especifico a cada IPS-EPS comprometidas en el Plan de choque.
2. Un convenio regulatorio del contenido de las prestaciones y medicamentos y la operación y la auditoria del proceso.
3. Un giro directo a los prestadores sin pasar por la tesorería de las EPS y sirviendo de anticipo a las IPS.
4. Una obligación de reembolso por parte de las EPS en un plazo determinado.
5. Un reembolso sin intereses reales y según ajustes por el IPC.
6. Un cuota de descuento por pagos futuros
7. Informes a la mesa de control de la cual forman parte el Ministerio, Adres y las IAS.

EN CONCLUSIÓN:

Mientras escribíamos estas líneas pensábamos decir: O bien el gobierno desconoce la legislación financiera de salud o deberá modificarla como efectivamente está ocurriendo en un reciente borrador de resolución. De todas manera con plan de choque o sin plan choque la Adres por norma debería pagar las facturas de las IPS que las EPS postulen, si son de la vigencia y si tienen asignada una UPC para el beneficiario de los servicios, estén o no este entre los 1.069.196 identificados con cedula por la Ministra.

Afortunadamente el gobierno en su sabiduría esta creando el sistema de crédito a las EPS-IPS debidamente autorizado desde el Decreto 780 de 2016. Pero para que sea éxito necesita dos condiciones:

1.Reajustar la Unidad de Pago por Capitación para que las EPS puedan pagar el plan de salud como ordena la Corte Constitucional y puedan así cubrir las cuotas del préstamo que van a recibir y

2. Se requiere de un sistema de auditoría de cuentas medica ejecutado por firmas independientes que sea diferente y complementario al que hoy existe y por tanto que no sea de "yo con yo", tal como ha venido aplicando y fracasando, sin poder evitar paguen dos veces por lo mismo o que los recursos girados terminen en el bolsillo equivocado.

Es en este último contexto, señala Galindo, se enmarca el diagnóstico previo del presidente De la Espriella, que el sistema de salud colombiano ha estado afectado por abusos y cooptación de los recursos públicos de la salud por diferentes actores, desde que se instauró en 1993. La alusión a los actos de corrupción (que por supuesto implica al sector salud), por parte de funcionarios del Estado que favorecieron el desfalco al patrimonio de los colombianos, anuncia que no serán tolerados en su gobierno