

**TRABAJO DE GRADO**  
**Opción Investigación o Proyecto de Grado**

Reforma a la salud, controles y organización.

Corporación Universitaria Remington.  
Facultad de ciencia contables.  
Contaduría pública.

Nicolas Ramirez Sotelo.  
María Isabel Lara Saiz.  
Investigación.  
2024.

### **Dedicatoria**

Este trabajo lo dedico con respeto y agradecimiento a la Corporación Universidad Remington sede Bogotá, por brindarme la oportunidad de desarrollar mis conocimientos y habilidades en el ámbito académico, también por brindarme los espacios para desarrollar mis conocimientos en materia investigativa que me permitieron desarrollar el trabajo de la mejor manera y sobre todo exponerlo en los espacios designados para compartirlo con los estudiantes y profesores de las distintas sedes, quienes han sido fundamentales en mi proceso formativo, guiándome con su sabiduría, paciencia y dedicación. Su apoyo y orientación han sido esenciales para la realización de este trabajo pues las distintas asignaturas que ellos impartieron me sirvieron no solo para mi entorno académico sino también para mi entorno profesional, laboral y personal.

Este proyecto, que analiza la reforma al sistema de salud, no solo refleja el esfuerzo académico realizado, sino también el compromiso con una problemática tan crucial para el bienestar de la sociedad colombiana, pues debemos entender que en algún momento vamos a requerir del acceso a un sistema de salud integral.

## Tabla de Contenidos

Resumen.....	5
Palabras clave.....	5
Introducción, Marco teórico o de referencia.....	6
Regulación normativa en materia de controles.....	12
Conceptos relacionados al sistema de salud en materia contable.....	15
Planteamiento del problema y justificación.....	19
Objetivo General.....	20
Objetivos específicos.....	20
Metodología.....	21
Análisis documental.....	21
Evaluación financiera y contable.....	22
Resultados y discusión.....	24
Conclusiones.....	34
Referencias.....	36

**Lista de tablas**

Tabla 1. ingresos obtenidos por las eps expresados en millones de pesos. ....	299
Tabla 2. costos implementados por las eps expresados en millones de pesos.....	30
Tabla 3. gastos implementados por las eps expresados en millones de pesos.....	30
Tabla 4. Utilidad de las eps expresados en millones de pesos.....	31
Tabla 5. Margen bruto.....	31
Tabla 6. Relación tasa de desempleo y cantidad de afiliados RC.....	32

## Resumen

La reforma a la salud es un proyecto radicado por el gobierno actual en cabeza de la ex ministra de salud carolina corcho, el objetivo principal del proyecto es regular los recursos de la salud también se busca cambiar el modelo de atención buscando territorializar el servicio, en pocas palabras se busca llegar a los sitios más alejados del país que no tienen acceso a un servicio digno.

Como punto principal la idea es analizar el texto y mostrar un punto de vista central y coherente amparado bajo la normatividad establecida, pues surgen bastantes incógnitas de cómo se van a manejar los recursos, como será el recaudo, quienes van a ser los responsables de manejar dichos recursos y que controles se van a implementar para evitar que surjan problemas de corrupción, el problema de fondo es muy complejo, pero es bueno que las personas estén enteradas del manejo que se le va a empezar a dar a la salud en Colombia.

El proyecto cuenta con un total de 152 artículos, aunque el último artículo es el que deroga como tal cualquier disposición que vaya en contravía de lo que está establecido en el manuscrito radicado, es importante tener en cuenta que el objetivo de todo proyecto en materia de salud que se radica en el congresos es garantizar el derecho a la salud para todas las personas que habitan el territorio y adicional respetar los pactos internacionales establecidos como el PIDESC, “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, (3 enero 1976), Art.12).

También cabe resaltar que el modelo de atención que se pretende implementar es preventiva y predictiva, es decir que se pueda atender a las personas detectando de manera temprana si se puede presentar alguna patología que pueda afectar la integridad del paciente, para este tema en particular la reforma plantea un nuevo modelo de contratación para el sector de la salud pues un sistema de salud basado en la prevención requiere de un mayor número de personal médico que pueda abastecer a la población este modelo de contratación se debe establecer en la normatividad del derecho laboral regido por el código sustantivo del trabajo en este caso los médicos pasarían a ser trabajadores públicos porque el modelo que se plantea pasaría a encabezarlo el estado a través del ADRES y del instituto nacional de salud con vigilancia de la superintendencia de salud.

## Palabras clave

Reforma, Salud, Ley, derecho, Gastos, Adres

Reforma a la salud, controles y organización.

El proyecto de reforma a la salud radicado en el congreso el pasado 13 de febrero del 2023, está enfocado en modificar el sistema de salud establecido desde el año 1993 con la ley 100, relacionando varios de sus artículos amparados en la ley 1751 del 2015 que trata la regulación del derecho fundamental de la salud, es decir el sistema de salud fue modificado en el año 2015; iniciando el análisis del proyecto evidenciamos que el objeto del proyecto es el cambio del modelo de atención, el financiamiento, la administración de los recursos dejando claro que el sistema va hacer controlado por el estado con el apoyo de modelos mixtos y privados para la prestación del servicio. Aunque las eps mejor conocidas como empresas promotoras de salud no desaparecerán como tal de acuerdo a la definición establecida en el proyecto de ley, con el tiempo si van a cambiar de nombre y pasaran a llamarse gestoras de salud, pues esto implica que las empresas del sector de la salud van a dejar de promover y se van a encargar de gestionar, tal vez de entrada no hay gran diferencia en el nombre, pero si en las nuevas funciones que van a adquirir en el nuevo esquema de salud. Algo para rescatar es el que el personal directivo cada 2 años debe estar capacitándose en administración hospitalaria para estar a la vanguardia, pero la capacitación debe salir de los mismos recursos que están destinados para el sector salud lo que debe crear un campo en el presupuesto destinado para este tema, lo verdaderamente preocupante es que de aprobarse el proyecto de reforma a la salud, solo hasta ese momento se definirá el sistema de control interno que se va a implementar para evitar actos de corrupción y el modelo de investigación en caso de que se presenten pues en la mayoría de entidades públicas casi siempre se presentan informes por parte de la contraloría por mal

manejo de recursos, esto lleva tiempo pues estamos hablando de migrar a un nuevo sistema de salud de poco tiempo y pues establecer controles requiere de un tiempo prudente.

Debemos también analizar el "Artículo 22. Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES. La Entidad Administradora de los Recursos del Sistema de Salud, ADRES, tiene por objeto garantizar el adecuado flujo y la administración y control de los recursos del Sistema de Salud. Le corresponde en especial administrar el Fondo Único Público para la Salud, los que financien el Sistema de Salud, los recursos que se recauden como consecuencia de las gestiones que realiza la Unidad Administrativa Especial de Gestión Pensional y Contribuciones Parafiscales de la Protección Social (UGPP); los cuales confluirán en la Entidad. Le corresponde a la Entidad Administradora de los recursos del Sistema de Salud." (Artículo 22, Proyecto de ley reforma a la salud, p.14). en este punto se asignan nuevas funciones a esta organización, en estos momentos esta entidad es la encargada de realizar los pagos a las empresas promotoras de salud, pero su verdadero objetivo es proteger los recursos financieros, garantizar una cobertura universal de salud esto quiere decir que la población pueda acceder a servicios de salud de calidad, servicios de vacunación, adquisición de medicamentos y sobre todo garantizar que estos sean asequibles y de muy buena calidad. También debe asegurarse de la financiación y de la contratación del personal que se requiera. Se hace énfasis en esta entidad porque con el proyecto los objetivos se mantienen, pero se genera un cambio en las funciones pues de llegarse a aprobar se creará un fondo único de salud, la cual será administrado por el ADRES y será vigilado por la superintendencia de salud, un punto importante es que se deben crear fondos regionales con personería jurídica que deben llevar los registros

contables de los recursos que se destinan para pagarlos a las clínicas y las ips que prestan los servicios de salud, es decir ya las empresas promotoras de salud no se harían cargo de este proceso, adicional también se van a encargar del proceso de contratación bajo el modelo privado pero adicionando cláusulas de cumplimiento amparadas bajo la ley 80 de 1993 el cual es el estatuto de contratación de administración pública.

La parte financiera y contable son de gran importancia en este nuevo modelo de salud que se plantea iniciando por que se deben garantizar que todos los registros se contabilicen para tener claros los recursos públicos disponibles, con o sin situación de fondos, para garantizar la Atención Primaria Integral Resolutiva en Salud, en esto juega un papel muy importante la planeación financiera y tributaria para que los recursos se dirijan a los proveedores de salud.

En estos momentos el modelo de salud que se utiliza es el Bismarck o modelo de seguridad social en salud este modelo nació en Alemania a finales del siglo XIX el cual plantea que los servicios de salud sean prestados por entidades privadas y los trabajadores aportan una cuota para garantizar que dichas instituciones cumplan con la prestación de los servicios médicos, pero tiene algo particular y es que las personas que están desempleadas acceden a los servicios de forma limitada por lo que no tienen los mismos beneficios de las personas que realizan dichos aportes, pero también debemos conocer el modelo de Beveridge, este modelo al contrario del Bismarck se basa en que la financiación se centra en el estado por medio de los impuestos que pagan los contribuyentes y garantiza la prestación del servicio de salud para todas las personas pero el que administra y planifica el plan de salud es el estado.

Debemos entender estos modelos de salud para poder tener una visión sobre el impacto potencial de la reforma propuesta al sistema de salud en Colombia en términos de eficiencia en la gestión de recursos, calidad de la atención médica con un enfoque en la transición hacia un modelo controlado por el estado y la creación de un fondo único de salud, esto que propone el estado es un modelo de salud llamado sistema de salud nacional, el cual consiste en la unión de los dos modelos anteriores porque los servicios se financiarían por los pagos parafiscales, de las personas y por el pago de los impuestos de los contribuyentes, adicional el sistema de salud la administraría el estado es decir se acaba la intermediación de las EPS y quienes se siguen encargando de prestar los servicios son las empresas privadas en este la IPS (instituciones prestadoras de servicios) y las clínicas ya sean privadas o públicas, en el papel esto garantizaría una mayor cobertura de los servicios de salud pues tiene tres características es regionalizado, centralizado y jerarquizado; estas 3 características están plasmados en el capítulo IV del proyecto que establece fuentes, usos y gestión de los recursos financieros del sistema de salud desde los artículos 19 al 47 del proyecto de ley pues aquí se establecen las funciones, la creación de los nuevos sistemas de administración y los posibles nuevos lineamiento para facturar los servicios prestados por las instituciones y los médicos.

El artículo 19 establece que el financiamiento del Sistema de Salud en Colombia se basa en una combinación de recursos parafiscales, provenientes de las cotizaciones y aportes al Sistema de Salud y al Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, junto con los recursos fiscales del gobierno nacional y territorial. El objetivo principal es garantizar el derecho

fundamental a la salud y promover la solidaridad entre toda la población, independientemente de su condición socioeconómica, género, raza, creencias religiosas. Los recursos aportados son públicos, y estarán sujetos a control tanto de la Contraloría General de la República como de los mecanismos de control social como la superintendencia de salud.

El artículo 20 menciona los aportes al sistema nacional de salud, que varían según la condición socioeconómica de las personas y empresas, e incluyen cotizaciones sobre salarios, ingresos, impuestos, y transferencias de diferentes niveles de gobierno. Además, se mencionan los recursos destinados a la financiación de los servicios de salud y esto debe estar incluido dentro de los presupuestos nacionales, departamentales regionales y distritales donde el rubro de salud garantice el funcionamiento del sistema de salud.

El artículo 21 crea el Fondo Único Público de Salud, como se menciona antes este será administrado el ADRES. Esta entidad tendrá la responsabilidad de gestionar el flujo de recursos y optimizar su distribución a través de diferentes fondos regionales y cuentas, con supervisión por parte de la Superintendencia Nacional de Salud y otras autoridades competentes.

El artículo 22 define las funciones del ADRES, como la administración de los recursos del Sistema de Salud, la realización de pagos a los prestadores de servicios, la verificación de pagos y el control de los recursos. También destaca la importancia de la transparencia y la trazabilidad en la gestión de estos fondos es decir deben estar en auditoría constante que realmente los recursos se destinen a las instituciones prestadoras de salud (IPS), clínicas y prestadores de salud.

En cuanto a los artículos 23-24, se especifica que los recursos de la ADRES provienen del Presupuesto General de la Nación y de otras entidades públicas. Además, se detallan las responsabilidades de la entidad en la liquidación, recaudación y cobro de las cotizaciones obligatorias, y la administración de otros recursos destinados a salud esto implica en que se debe ejecutar todo el presupuesto y por consiguiente se debe aumentar el gasto público para garantizar que se cumplan con los compromisos adquiridos con los proveedores de salud, esto implica mayor control.

El artículo 25 habla sobre los aportantes al Sistema de Salud, esto incluye a las empresas, los trabajadores y los rentistas, y que las cotizaciones serán proporcionales al ingreso. También prohíbe la creación de barreras económicas como copagos o cuotas moderadoras, excepto en ciertos casos, como tratamientos hospitalarios especializados no originados en una urgencia, entonces aquí ya vemos que desaparecen los copagos para acceder a la atención médica pues hoy en el presente cada eps cobra el pago de una cuota moderadora para poder acceder a la prestación dependiendo de los salarios mínimos devengados y se establece en el artículo 313 de la ley 2294 del 2023 que menciona que el incremento del copago se establece de acuerdo al incremento de la UVT.

El artículo 28 estipula la creación de una Cuenta Única de Recaudo para el Sistema de Salud (CUR), que centraliza los aportes a la salud y establece un sistema electrónico para su registro y seguimiento, esto implica mayor seguimiento a los aportes que realizan las empresas cuando realizan el pago de la seguridad social de los trabajadores, y también de los aportes que realizan los trabajadores independientes y pensionados.

Los artículos 30-34 detallan cómo se deben distribuir los recursos en las diferentes cuentas administradas por la ADRES, con un enfoque en la equidad y la atención primaria integral resolutive en salud (APIRS), así como en el fortalecimiento de la red pública de salud en las regiones con mayores dificultades de acceso a servicios. La distribución de estos recursos se hará con criterios de equidad, priorizando a las poblaciones más vulnerables.

### **Regulación normativa en materia de controles**

Retomando el tema de los controles estos se terminaran estableciendo de acuerdo a la ley 87 de 1993, donde como primera medida deberá proteger los recursos, velar porque se destinen a los servicios de salud y garantizar su eficiente ejecución, también establecerá la contratación de la persona encargada de dirigir este proceso quien deberá cumplir con las condiciones establecidas en la ley 1474 del 2011 la cual menciona las normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción, con el objetivo de mejorar la efectividad del control de la gestión pública, estas disposiciones buscan garantizar la transparencia en el uso de los recursos públicos, asegurar la responsabilidad de los funcionarios y promover la confianza de la ciudadanía en las instituciones, teniendo esto como referente la contratación será aprobada por el consejo directivo de cada región, en este punto se evidencia la creación de nuevos cargos pues debe haber un director de control interno en cada departamento, distrito o municipio donde se establezca una institución de salud del estado.

Entonces analizando el proyecto son varias leyes las que hay que tener en cuenta y en cuanto al financiamiento se debe analizar los recursos que se destinaran en el presupuesto

público pues el estado en cabeza de la superintendencia de salud en caso de que se aprobara dicha reforma está en todo el derecho de decidir qué servicios de salud son necesarios o de vital importancia para que se realicen, evaluando el costo financiero.

Por el lado de la facturación de los prestadores de salud estos se rigen bajo el acuerdo 256 del 2001 donde se establecen los cobros que se pueden realizar ya sea por honorarios médicos, anestesia, materiales y consultas médicas, pues estos se valoran de acuerdo a la unidad de valor relativo (UVR) que cada código de procedimiento tenga asignado. Esto se menciona pues en caso de que se llegue a aprobar la reforma también se modificara el proceso de liquidación de honorarios y servicios médicos pues la contratación con las eps se establece con base en estos valores, ya cuando el contrato se debe realizar con el estado puede que se presente una regulación de valores donde se establezca un máximo y un mínimo de cobro es decir se empiecen a regular los pagos por los servicios prestados para evitar sobrecostos en la atención.

Las eps en estos momentos se miden por indicadores de calidad por ver quien ofrece un mejor servicio para los usuarios estas funcionan en medida de la cobertura en salud que puedan brindar, pero también compiten con los valores que pagan por consultas o por honorarios por la realización de un procedimiento quirúrgico, entre más capital medico tenga una entidad mejor es la cobertura y la atención para los pacientes, todo está argumentado bajo el decreto único reglamentario número 780 del año 2016 que propone las condiciones para las afiliaciones de los pacientes tanto el régimen contributivo como el régimen subsidiado y en qué momento un paciente puede trasladarse de régimen a otro bajo unas condiciones especiales, en el momento de que la reforma se apruebe este decreto

en su mayoría de artículos quedarán derogados o modificados pues recordemos que se perdería el derecho a elegir la eps a la cual el paciente desee afiliarse, porque los pacientes deben quedar afiliados a la gestora de salud con mayor cobertura, esto se menciona en el tema de control pues a futuro puede que el sistema colapse por saturación de operación y que ocasione que no se pueda atender pacientes.

Para entender un poco de los sistemas de salud es bueno observar el siguiente cuadro comparativo:

Característica	Modelo Bismarck	Modelo Beveridge	Reforma a la Salud Colombiana 2023
<b>Origen</b>	Alemania, siglo XIX	Reino Unido, posguerra	Colombia, propuesta de reforma en 2023
<b>Financiación</b>	Seguros sociales obligatorios, financiados por empleadores y trabajadores.	Financiado por impuestos generales, cubriendo todos los servicios.	Impuestos y recursos del Estado, con énfasis en la equidad y la sostenibilidad.
<b>Provisión de Servicios</b>	Proveedores privados y públicos; el Estado regula el sistema.	Servicios públicos centralizados; el gobierno es el principal proveedor.	Fortalecimiento de la atención primaria; integración de servicios públicos y privados.
<b>Acceso</b>	Universal, pero vinculado al empleo; requiere contribución.	Acceso universal y gratuito para todos los ciudadanos.	Busca garantizar acceso universal y equitativo, eliminando barreras económicas.
<b>Calidad y Eficiencia</b>	Alta calidad, pero con potenciales desigualdades; incentivos para eficiencia.	Calidad variable; prioriza el acceso sobre la eficiencia.	Enfoque en mejorar la calidad y la eficiencia mediante un sistema más integrado y preventivo.
<b>Rol del Estado</b>	Regula el sistema y garantiza el acceso; no es el proveedor principal.	Proveedor y financiador principal; responsable de la salud pública.	El Estado asume un rol más activo en la regulación, gestión y financiamiento del sistema.
<b>Objetivos Clave</b>	Asegurar salud a través de empleo y contribuciones; promover eficiencia.	Salud como derecho; garantizar acceso a todos, priorizando necesidades.	Promover la salud pública, atención primaria, y reducir desigualdades en el acceso a servicios.
<b>Ejemplo de Servicios</b>	Seguros de salud privados que ofrecen servicios a través de hospitales.	Servicio Nacional de Salud (NHS) que proporciona atención médica.	Sistema General de Seguridad Social en Salud con énfasis en la atención integral.

También cabe mencionar que debemos tener en cuenta la ley de transparencia que es la 1712 del 2014 donde todas las personas naturales o jurídicas que reciban directa o indirectamente

recursos provenientes del estado deben publicar los estados financieros con sus notas correspondientes, también deben dar a conocer los planes de gestión y ejecución presupuestal para que las personas puedan hacer veeduría, esta ley no se menciona dentro del proyecto pues en caso de controles es muy importante conocer la situación financiera de la eps que nos presta el servicio de salud.

El plan de desarrollo territorial plantea disminuir el gasto administrativo en el sector salud y asignar dichos recursos a contribuir con la operación, pero cuando se revisa el proyecto sucede lo contrario pues se crean más puestos, como el consejo nacional de salud, que en estos momentos está conformado por 10 personas entre ellos el director de Colciencias y el director del Invima, con la reforma se incluye la creación de 30 puestos nuevos dentro del consejo, esto aunque incluye la participación ciudadana en la toma de decisiones en materia de salud también representa un aumento en el gasto funcional, tenemos que tener en cuenta que los recursos del sistema de salud se obtienen de los impuestos, de los aportes que realiza el régimen contributivo a través de los trabajadores y las empresas y de los aportes que realizan las personas pensionadas.

El gobierno por medio del plan nacional de desarrollo “Colombia potencia mundial de la vida” establece que se debe disminuir el gasto público “La revisión del gasto en salud, promoviendo una asignación de recursos más eficiente acorde con los riesgos en salud de la población, y en función de resultados medidos como mínimo, en términos de mortalidad y morbilidad prematura potencialmente evitable” (p.111) y también establece una distribución equitativa de los medicamentos y las tecnologías esto es muy importante pues para que se pueda ejecutar estos puntos del plan nacional necesariamente se deben

sanear las finanzas de las empresas de salud y ese es el gran obstáculo pues se debe garantizar la atención para toda la población.

### **Conceptos relacionados al sistema de salud en materia contable**

Un aporte que podría mejorar el sistema de salud para mirar puede ser el balance scorecard, es un modelo de gestión estratégica desarrollado por Robert Kaplan y David Norton, utilizado para medir el rendimiento de las organizaciones, incluyendo el sector salud. Este enfoque ayuda a alinear la estrategia con las operaciones diarias, permitiendo que todos los niveles de las instituciones comprendan cómo sus acciones contribuyen a los objetivos globales. El docente Guillermo Alva Burga menciona que “En el ámbito de la salud, el scorecard se emplea como herramienta de control para mejorar la calidad del servicio, estructurando indicadores y actividades en áreas como finanzas, procesos, clientes y desarrollo. Su implementación no solo beneficia a las organizaciones de salud, sino también a los pacientes, al clarificar estrategias y facilitar la medición de mejoras.” (Alva Burga, 2018).

Es importante añadir estos conceptos a la reforma pues en las instituciones de salud el uso adecuado de herramientas como el balance scorecard puede ayudar a establecer indicadores sólidos en materia que permitan la calidad de la atención y la optimización de los recursos porque si el tema de regulación es importante conocerla también la planeación es crucial para poder entender la cobertura del sistema.

Para poder dar un concepto del impacto que se puede generar con reforma revisamos los datos obtenidos de los estados financieros desde el 2019 hasta el 2023 de 8 entidades promotoras de salud como los ingresos obtenidos, los costos que conllevan sostener la operación y los gastos que influyen, también podemos determinar que estas empresas adoptan la hipótesis de negocio en marcha que aplican las NIFF es decir que por medio la presentación del paquete de estados financieros se pueda determinar que la entidad pueda seguir prestando los servicios correspondientes que no afecten la operación. También se debe aclarar que los estados financieros y los registros contables se deben realizar de acuerdo a las NIFF per teniendo en cuenta la resolución 1121 del 2013 que establece el plan único de cuentas para las empresas prestadoras de salud y las transportadoras estableciendo un estándar para todo el sector y que los informes que se reportan estén bajo un mismo esquema y unos lineamientos especiales, también en cuanto a la forma de facturar el acuerdo tenemos en cuenta la resolución 2336 del 2023 que estipula la clasificación única de los procedimientos, estos códigos son importantes pues brinda claridad a las EPS con respecto a los cobros de honorarios pues permite identificar el tipo de procedimiento que están realizando pues aunque hay algunos códigos que son similares varían en su valor único relativo pues los cuales deben ser reportados en los registros individuales de prestación de servicios RIPS, con el fin de conocer, los insumos que se consumieron durante un procedimiento, la lateralidad, el diagnostico, el momento en que se realiza una consulta o una cirugía esto tiene una razón y es para establecer si se están facturando los servicios acorde a las descripciones quirúrgicas y a nombre de quien va dirigida si a una aseguradora, medicina prepagada, EPS, o otras IPS para poder registrar

las cuentas por cobrar de forma correcta. Teniendo esto en cuenta un nuevo modelo salud también implicaría un cambio en el método contable para llevar los informes y presentarlo a los entes correspondientes.

### **Planteamiento del problema.**

Cuáles serían los posibles impactos, desafíos y beneficios de la reforma propuesta al sistema de salud en Colombia, especialmente en términos de la eficiencia en la gestión de recursos, la calidad de la atención médica y la prevención de actos de corrupción, considerando la transición hacia un modelo controlado por el estado y la creación de un fondo único de salud.

a partir de este planteamiento se realiza el respectivo análisis del documento para identificar los datos necesarios que nos ayude a establecer una hipótesis adecuada que permita llegar a una conclusión y por supuesto que genere un debate de discusión entre todos, pues el tema de la salud es una problemática que nos compete a todos como ciudadanos y como pacientes, y siempre es bueno conocer el sistema actual y mirar la viabilidad que conlleva pasar a otro sistema bajo otras condiciones de funcionamiento que garantice la atención, por eso se planteó esta investigación no solo para resolver el problema sino también para dar a conocer cómo funciona el sistema, como se debe facturar los servicios y sobre todo dar una perspectiva distinta avalada con datos.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Investigar el impacto potencial de la reforma propuesta al sistema de salud en Colombia en términos de eficiencia en la gestión de recursos, calidad de la atención médica y prevención de actos de corrupción, con un enfoque en la transición hacia un modelo controlado por el estado y la creación de un fondo único de salud.

### **Objetivos específicos**

1. Analizar cómo la reforma propuesta modificará el modelo de atención médica, financiamiento y administración de recursos en comparación con el sistema actual.
2. Analizar las medidas propuestas para prevenir actos de corrupción y mejorar el control interno en la gestión de recursos de salud, incluyendo la implementación de cláusulas de cumplimiento y el papel de entidades como la ADRES (Administradora de Recursos del Sistema de Salud) y la Superintendencia de Salud.
3. Evaluar la viabilidad y eficacia de la transición hacia un modelo controlado por el estado y la creación de un fondo único de salud en términos de acceso a servicios de salud, calidad de atención y sostenibilidad financiera.

## Metodología

Para la investigación se empleó un enfoque mixto que combina tanto métodos cuantitativos como cualitativos para obtener una comprensión completa del impacto de la reforma propuesta en Colombia, pues se deben analizar datos que nos permitan establecer la viabilidad en cuanto al control interno y la cantidad de recursos que están haciendo falta en el actual sistema de salud y gracias a la ley de transparencia tenemos acceso a los ingresos costos y gastos de las eps que nos dan un panorama para medir la situación de cada entidad y plantear un resultado acertado de un cambio de modelo.

El primer paso que se tuvo en cuenta para la realización de la investigación propuesta esta basado en el análisis descriptivo y analítico pues para dar respuesta al problema planteado.

**Análisis Documental:** Lo primero que se estableció fue la normativa vigente del actual modelo y como se relaciona con el nuevo modelo planteado, este enfoque es fundamental para poder comprender las modificaciones que trae el proyecto de ley y como se alinean al nuevo esquema planteado o si por el contrario entrarían a cambiar, dentro de esta normativa se relaciona lo siguiente:

- Ley 100 de 1993
- Ley 1751 del 2015
- Ley 87 de 1993
- Ley 1474 de 2011
- Ley 1712 del 2014
- Acuerdo 256 del 2001

- Decreto 780 del 2016
- Ley 1393 del 2010

Comparación de modelos de salud: En este análisis se determinaron 2 variables de estudio que son los modelos de salud Bismarck y Beveridge y la diferencia o similitudes que se tiene con el modelo que se plantea desde el gobierno por medio del plan de desarrollo nacional 2022-2026 relacionado en la pagina 109 y lleva como nombre “hacia un sistema de salud garantista, universal, basado en un modelo de salud preventivo y predictivo”.

**Evaluación Financiera y Contable:** la gestión financiera de los recursos en el sistema de salud es de gran importancia en la planificación financiera y tributaria para garantizar la sostenibilidad y eficiencia del sistema. Aquí se recolectaron los datos que nos brindan los estados financieros de las eps consultadas como lo son famisanar, compensar, aliensalud, etc. Esto con el fin de entender la situación en la que se encuentran y si cumplen con la hipótesis de negocio en marcha planteada en las normas internacionales revisando el margen bruto y el comportamiento desde el año 2019 para medir la eficiencia de los recursos. Para poder tener datos se consultaron las siguientes EPS y se sacaron datos financieros como ingresos, costos y gastos desde el 2019 hasta el 2023:

- salud total
- compensar
- famisanar
- sanitas
- aliensalud
- nueva eps
- capital salud
- sura

También se realizó un estudio con respecto a dos variables como lo son la tasa de desempleo y la cantidad de afiliados al régimen contributivo para entender un poco si a medida que el desempleo baja aumenta la cantidad de contribuyentes.

## **Resultados y Discusión**

Después de revisar la normativa vigente y compararla con la reforma a la salud propuesta no se tiene muy clara la estructura del control interno pues como tal no se ataca el problema de raíz, solo se van a asignar nuevos recursos para la creación de nuevos cargos lo cual no soluciona el problema, esto se encuentra registrado en el artículo 10 del proyecto que establece un nuevo consejo nacional de salud, y el artículo 22 sobre las nuevas funciones de ADRES esto significa que el gasto va a aumentar y si nos remitimos a los datos financieros recolectados podemos concluir que al centrar todo un sistema de salud en una sola institución el hueco fiscal podría ser insostenible pues como se evidencia para el año 2023 las EPS consultadas generan pérdidas.

El tema es más de infraestructura física pues muchos territorios no pueden acceder al sistema de salud porque los costos para las EPS son muy elevados y esa es la problemática, pero también revisando el artículo 74 del proyecto que trata sobre el control interno deja que esto lo determine la ley 87 del 1993 la cual tiene como objetivo principal garantizar la transparencia, eficiencia y efectividad en la gestión pública, a través de la implementación de mecanismos de control y evaluación dentro de las instituciones del Estado y aunque no lo menciona el documento también está presente la ley 1474 del 2011 la cual establece normas para fortalecer los mecanismos de prevención, investigación y sanción de actos de corrupción en el ámbito público, entonces no se sugiere nada novedoso, que evite que los altos costos de funcionamiento, pero al menos con que se cumpla esta ley se puede evitar que los dineros que corresponde a la salud terminen en gastos que no tienen que ver con el objeto económico.

Los sistemas de salud son muy complejos pues interviene el gobierno, los ciudadanos, las aseguradoras y proveedores de servicios (eps, ips, clínicas, medicinas prepagadas), buscando efectividad, satisfacción, equidad y eficiencia.

La efectividad se centra en mejorar la salud y calidad de vida, aunque las intervenciones pueden ser perjudiciales, la satisfacción abarca la percepción del estado en materia de salud y la conformidad con los servicios recibidos, esenciales para la cohesión social. La equidad garantiza acceso a cuidados sin discriminación, que establece derechos a la atención sanitaria. La eficiencia implica optimizar recursos y asegurar sostenibilidad, promoviendo decisiones basadas en evidencia científica. Las funciones clave del sistema sanitario: financiación, regulación, gestión y utilización y determinan su modelo y capacidad para cumplir objetivos, como la efectividad, que depende del acceso a servicios financiados públicamente.

De acuerdo a la información obtenida en materia financiera podemos establecer que la entidad que menos ingresos genera es aliانسalud y esto se debe a la cantidad de afiliados que tiene pues entre más personas se tengan afiliadas al sistema mayores serán los ingresos que se facturan.

Revisando los datos financieros se establece que para el año 2023 todas las eps generaban pérdidas por más de un billón de pesos, esto se debe a los altos costos que se generan cuando se realizan procedimientos de alta complejidad que incurren en gastos adicionales que no cubre la unidad de pago por capitación UPC que es el valor que se reconoce a cada paciente por el plan obligatorio de salud POS, las entidades que incurren en dichos valores generan una cuenta por cobrar al gobierno pues el estado es el responsable de financiar los

valores de medicamentos y tecnologías que se utilicen en los pacientes que no se cubran con el UPC, esto se encuentra amparado bajo la sentencia C-162/22 de la corte constitucional donde establece que en situaciones excepcionales debidamente documentadas se puede generar un recobro al ADRES pero se debe generar políticas que de verdad solucionen el problema pues se concluye que realizar un cambio de modelo no es viable en términos económicos pues lo que ocasionara es un impacto negativo a corto plazo pues aunque se hable de una migración de pacientes esto con el tiempo va a generar una saturación del sistema a de por si se evidencia que las EPS están recibiendo más pacientes de los cuales pueden atender.

#### Análisis de los Márgenes Brutos por EPS (2019-2023)

**SALUD TOTAL:** El margen bruto ha mostrado una disminución progresiva desde 2019 (9%) hasta 2023 (1%). Esto podría indicar una reducción en la eficiencia de la entidad para generar ganancias a partir de sus ingresos, especialmente en los últimos años.

**COMPENSAR:** Aunque comenzó con un margen negativo en 2019 (-10%), la EPS recuperó fuertemente en 2020 con un margen de 21%. En años posteriores, mantuvo un margen positivo (entre 4% y 7%), lo que indica que ha logrado recuperar su rentabilidad y mantenerla estable a pesar de la caída en 2019.

**FAMISANAR:** tuvo una caída significativa en su margen bruto en 2021 y 2022 (-15% y -17%, respectivamente), lo cual sugiere una desmejora en su rentabilidad en esos años. Sin embargo, logró recuperarse en 2023 con un margen de 5%, lo que podría indicar una recuperación gradual en su eficiencia operativa.

**SANITAS:** esta entidad mostró una tendencia estable en sus márgenes brutos, con un descenso negativo en 2022 (-1%) y una pequeña recuperación en 2023 (3%). La caída de 2022 está relacionada con el aumento de los costos, pero se mantiene relativamente estable.

**ALIANSA LUD:** Aliansalud ha mostrado márgenes brutos positivos y estables, con un crecimiento constante desde 2019 (6%) hasta 2023 (5%). En general, su rentabilidad ha sido consistente durante este periodo, lo que indica una gestión eficiente de los costos en relación con sus ingresos.

**NUEVA EPS:** tuvo un margen excepcional en 2019 (100%), lo que puede estar relacionado con una expansión o ajuste importante en ese año. Sin embargo, después de este aumento, su margen bruto se estabilizó en torno al 3%-4%, lo que podría reflejar una estabilización de su rentabilidad tras el aumento inicial.

**CAPITAL SALUD:** muestra un desempeño negativo constante en el margen bruto durante todo el periodo, con caídas de -5% en 2019 y 2020 y leves mejoras en los años siguientes (-2% en 2021 y -1% en 2022). Esto sugiere que la EPS ha tenido dificultades para ser rentable, con márgenes negativos persistentes cabe aclarar que esta EPS debe toda su operación a atender pacientes que corresponden al régimen subsidiado.

**SURA:** sura tiene un margen bruto bajo pero positivo durante todo el periodo, comenzando con un 5% en 2019 y disminuyendo gradualmente hasta 0% en 2023. Esto podría indicar una disminución de la eficiencia en su rentabilidad, aunque todavía mantiene márgenes positivos.

## **Discusión**

### **Principales desafíos de la reforma.**

La discusión sobre la reforma a la salud en Colombia, revela un intento significativo de transformar el sistema que se estableció en 1993 bajo la ley 100 la cual ya quedó derogada en el año 2015 con la ley 1751 también conocida como la Ley Estatutaria de Salud, regula el derecho fundamental a la salud en Colombia. Esta ley establece que el acceso a la salud es un derecho de todos los ciudadanos y que el Estado tiene la responsabilidad de garantizarlo sin discriminación, asegurando la cobertura universal y el acceso a servicios de salud de calidad. El proyecto busca modificar aspectos fundamentales como el modelo de atención, el financiamiento y la administración de recursos, pasando a un sistema más controlado por el estado. El debate que se debe generar inicia desde como entendemos cómo funciona nuestro sistema de salud por medio de pedagogía y de datos concretos es necesario que se planteen objetivos alcanzables con las condiciones que permitan realizar mayor control sobre cómo se están invirtiendo los recursos y empezar a regular los precios de los medicamentos que no lleven a sobrecostos pues el servicio de salud no es igual a un servicio de aseo o de mantenimiento, porque lo que requiere vigilancia permanente ya que de una u otra manera nosotros como ciudadanos y como pacientes lo financiamos.

Existe preocupación por la falta de un sistema claro de control interno para prevenir actos de corrupción. La reforma también redefine funciones del ADRES, que asumirá más responsabilidades para asegurar la cobertura universal y el manejo adecuado de recursos y esto financiado través de impuestos y aportes, proponiendo un enfoque regionalizado y centralizado. Sin embargo, sino se solucionan los problemas del sistema actual la efectividad de implementar otro modelo se vuelve inviable.

La administración de los recursos y la regulación en cuanto a la compra de insumos para atender las necesidades de los pacientes puede que sean la clave de mejoras, en el servicio, lo que puede garantizar la calidad de la atención y la sostenibilidad del sistema. La eliminación de copagos para servicios vitales es un punto atractivo pues realmente, ningún paciente quiere pagar costos adicionales con implicaciones directas en la equidad y accesibilidad del sistema de salud

*Tabla 1.* ingresos obtenidos expresados en millones de pesos.

ENTIDAD	2019	2020	2021	2022	2023
<b>SALUD TOTAL</b>	3,044,943	3,956,423	4,728,681	6,003,877	6,910,343
<b>COMPENSAR</b>	2,795,846	3,341,656	4,255,828	4,416,465	5,225,241
<b>FAMISANAR</b>	2,425,803	2,870,121	3,581,508	3,936,499	4,821,510
<b>SANITAS</b>	3,151,448	4,076,638	5,216,147	7,559,066	9,573,773
<b>ALIANSA SALUD</b>	288,665	379,712	464,891	463,547	523,504
<b>NUEVA EPS</b>	7,941,448	9,986,828	12,355,715	14,775,966	14,735,807
<b>CAPITAL SALUD</b>	1,258,078	1,338,672	1,596,130	1,699,990	1,955,015
<b>SURA</b>	4,694,963	5,926,710	7,970,970	9,069,811	11,059,376

Tabla 2. costos de la operación expresados en millones de pesos

<b>ENTIDAD</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>SALUD TOTAL</b>	2,771,097	3,558,902	4,363,998	5,586,706	6,829,027
<b>COMPENSAR</b>	3,063,904	2,646,584	4,043,266	4,236,621	4,856,800
<b>FAMISANAR</b>	2,328,850	2,661,623	4,105,817	4,592,037	4,592,037
<b>SANITAS</b>	2,885,786	3,669,747	4,819,716	7,642,867	9,259,529
<b>ALIANSALUD</b>	269,971	339,871	411,643	444,921	499,655
<b>NUEVA EPS</b>	7,547	9,529,114	11,806,214	14,191,787	14,343,245
<b>CAPITAL SALUD</b>	1,315,874	1,401,485	1,634,262	1,718,825	1,990,240
<b>SURA</b>	4,447,689	5,703,500	7,735,495	9,005,147	11,006,335

Tabla 3. gastos generados en el desarrollo de la actividad expresados en millones de pesos

<b>ENTIDAD</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
<b>SALUD TOTAL</b>	216,947.30	280,599.12	245,471.00	354,197.00	289,035.00
<b>COMPENSAR</b>	263,587.46	143,040.38	285,838.99	313,485.03	400,842.26
<b>FAMISANAR</b>	175,144.00	177,262.00	237,412.00	294,064.00	256,637.00
<b>SANITAS</b>	192,408.00	216,288.00	260,907.00	348,019.00	570,887.00
<b>ALIANSALUD</b>	9,240.64	11,724.53	15,431.88	18,092.41	24,093.71
<b>NUEVA EPS</b>	380,125.00	419,052.00	512,147.00	593,243.00	464,595.00
<b>CAPITAL SALUD</b>	36,864.46	86,533.98	68,962.49	79,012.06	101,337.35
<b>SURA</b>	303,261.70	306,585.31	392,057.15	457,222.75	623,246.27

Tabla 4. Utilidades y/o pérdidas generadas expresados en millones de pesos

ENTIDAD	2019	2020	2021	2022	2023
<b>SALUD TOTAL</b>	\$ 56,898	\$ 116,922	\$ 119,212	\$ 62,974	-\$ 207,719
<b>COMPENSAR</b>	-\$ 531,646	\$ 552,031	-\$ 73,276	-\$ 133,641	-\$ 32,402
<b>FAMISANAR</b>	-\$ 78,191	\$ 31,236	-\$ 761,721	-\$ 949,602	-\$ 27,164
<b>SANITAS</b>	\$ 73,254	\$ 190,603	\$ 135,524	-\$ 431,820	-\$ 256,643
<b>ALIANSALUD</b>	\$ 9,453	\$ 28,116	\$ 37,816	\$ 533	-\$ 244
<b>NUEVA EPS</b>	\$ 7,553,776	\$ 38,662	\$ 37,354	-\$ 9,064	-\$ 72,033
<b>CAPITAL SALUD</b>	-\$ 94,661	-\$ 149,347	-\$ 107,095	-\$ 97,847	-\$ 136,562
<b>SURA</b>	-\$ 55,988	-\$ 83,375	-\$ 156,582	-\$ 392,559	-\$ 570,205

Tabla 5. Margen bruto de las EPS

ENTIDAD	2019	2020	2021	2022	2023
<b>SALUD TOTAL</b>	9%	10%	8%	7%	1%
<b>COMPENSAR</b>	-10%	21%	5%	4%	7%
<b>FAMISANAR</b>	4%	7%	-15%	-17%	5%
<b>SANITAS</b>	8%	10%	8%	-1%	3%
<b>ALIANSALUD</b>	6%	10%	11%	4%	5%
<b>NUEVA EPS</b>	100%	5%	4%	4%	3%
<b>CAPITAL SALUD</b>	-5%	-5%	-2%	-1%	-2%
<b>SURA</b>	5%	4%	3%	1%	0%

Tabla 6. Relación tasa de desempleo y cantidad de afiliados al Régimen contributivo

MES	TASA DE DESEMPLEO (X)	NÚMERO DE AFILIADOS RC (Y)
ENERO 2020	13.5%	6,118,421
FEBRERO 2020	12.8%	6,149,566
MARZO 2020	13.2%	6,188,011
ABRIL 2020	20.5%	6,071,410
MAYO 2020	22.0%	5,986,401
JUNIO 2020	20.4%	5,928,034
JULIO 2020	20.9%	5,900,085
AGOSTO 2020	17.4%	6,100,916
SEPTIEMBRE 2020	16.3%	6,229,846
OCTUBRE 2020	15.3%	6,265,327
NOVIEMBRE 2020	13.9%	6,282,838
DICIEMBRE 2020	13.9%	6,290,404
ENERO 2021	17.6%	6,289,830
FEBRERO 2021	15.6%	6,321,525
MARZO 2021	14.7%	6,378,727
ABRIL 2021	15.5%	6,414,312
MAYO 2021	15.2%	6,442,204
JUNIO 2021	14.6%	6,452,751
JULIO 2021	13.1%	6,459,449
AGOSTO 2021	12.9%	6,412,224
SEPTIEMBRE 2021	12.0%	6,458,292
OCTUBRE 2021	12.0%	6,516,498
NOVIEMBRE 2021	11.5%	6,493,084
DICIEMBRE 2021	11.1%	6,499,330
ENERO 2022	14.6%	6,489,948
FEBRERO 2022	12.9%	6,502,630
MARZO 2022	12.1%	6,451,755
ABRIL 2022	11.2%	6,380,672
MAYO 2022	10.6%	6,411,471
JUNIO 2022	11.3%	6,419,797
JULIO 2022	11.0%	6,011,179
AGOSTO 2022	10.6%	6,068,980
SEPTIEMBRE 2022	10.7%	5,985,104
OCTUBRE 2022	9.7%	5,999,133
NOVIEMBRE 2022	9.5%	6,005,454

DICIEMBRE 2022	10.3%	5,978,159
ENERO 2023	13.7%	5,877,880
FEBRERO 2023	11.4%	5,867,403
MARZO 2023	10.0%	5,924,005
ABRIL 2023	10.7%	5,939,387
MAYO 2023	10.5%	5,929,587
JUNIO 2023	9.3%	5,923,952
JULIO 2023	9.6%	5,924,819
AGOSTO 2023	9.3%	5,925,521
SEPTIEMBRE 2023	9.3%	5,945,788
OCTUBRE 2023	9.2%	5,921,784
NOVIEMBRE 2023	9.0%	5,932,565
DICIEMBRE 2023	10.0%	5,912,113

Nota: La tabla se refiere a la información suministrada por el departamento administrativo nacional de estadística DANE sobre índice de desempleo por mes (El Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2020 - 2023) y también la información tomada de los informes generados por el Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## Conclusiones

La revisión de la normativa vigente y la comparación con la propuesta de reforma a la salud revela una serie de desafíos y cuestionamientos que merecen un debate continuo. En primer lugar, la falta de claridad en la estructura del control interno es un aspecto preocupante. Aunque se asignan nuevos recursos para la creación de nuevos cargos, no se aborda el problema de raíz. El enfoque parece centrarse en la creación de instancias adicionales, como el Consejo Nacional de Salud, sin ofrecer soluciones concretas para mejorar la eficacia del control interno.

Además, la problemática de la infraestructura física emerge como un punto crucial que merece atención. La inaccesibilidad a los servicios de salud en ciertas regiones debido a los altos costos de transporte para las EPS plantea desafíos significativos para la equidad y la universalidad en el acceso a la atención médica pues no se podría garantizar el servicio. Este aspecto resalta la necesidad de abordar no solo los aspectos administrativos y de control, sino también las barreras geográficas y logísticas que limitan el acceso a la atención médica, a pesar de que cada región tiene en cuenta el rubro de salud dentro de los presupuestos hay zonas que no tienen cobertura, por otro lado, la delegación del tema del control interno a leyes preexistentes, como la Ley 87 de 1993 y la Ley 1474 de 2011, deben cumplirse para que se pueda generar confianza en las instituciones, las normas ya están solo se deben cumplir para garantizar la eficiencia de los recursos.

También se concluye la problemática que tienen las EPS en materia financiera pues están generando pérdidas que a corto plazo pueden provocar un colapso total del sistema pues

no son sostenibles ya que no tendrían como funcionar y no pueden seguir generando sobrecostos pues los prestadores pueden frenar el servicio por el incremento de la cartera. También se concluye que si existe una relación entre los índices de desempleo y los pacientes que empiezan a cotizar pues analizando los datos cuando el desempleo baja los contribuyentes del régimen contributivo aumentan y esto representa mayor financiación del sistema.

## Referencias

- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2023). *Proyecto de ley reforma a la salud*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>
- Alva Burga, G. (2018). Entrevista a Guillermo Alva Burga, docente del PEE BSC Balance Scorecard: herramienta para el planeamiento y la gestión en empresas de salud en ESAN.
- Ley 100 de 1993. (1993, diciembre 23). Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148.
- Acuerdo 256 del 2001. (2001, diciembre 19). Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS". Ministerio de la Protección Social.
- Ley 1751 de 2015. (2015, febrero 16). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.238.
- Decreto 780 del 2016. (2016, mayo 6). Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Diario Oficial No. 50.572.
- Cabo, S. (2010). Los sistemas sanitarios y sus objetivos. *Gestión Sanitaria*. Recuperado de <https://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-objetivos.html>
- Ley 1712 de 2014. (2014). Por medio de la cual se crea la Ley de Transparencia y del Derecho de Acceso a la Información Pública Nacional y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 48.804.
- García-Ubaque, J. C., & Morales-Sánchez, L. G. (2019). Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. *Revista de Salud Pública*, 21(1), 128–134.
- Ley 1393 de 2010. (2010). Por la cual se definen rentas de destinación específica para la salud, se adoptan medidas para promover actividades generadoras de recursos para la salud. Diario Oficial No. 47.580.
- Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026. (2022). Sostenibilidad de los recursos en salud (p. 111). Gobierno de Colombia.
- Corte Constitucional de Colombia. (2022). Sentencia C-162/22. Recuperado de <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2022/C-162-22.htm>

Compensar. (2024). Transparencia y acceso a la información pública. Recuperado de <https://corporativo.compensar.com/nuestra-organizacion/transparencia/transparencia-acceso-informacion-publica>

Salud Total. (2024). Estados financieros. Recuperado de <https://saludtotal.com.co/estados-financieros/>

Famisanar. (2024). Gobierno corporativo. Recuperado de <https://www.famisanar.com.co/nuestra-empresa/gobierno-corporativo>

EPS Sanitas. (2024). Estados financieros. Recuperado de <https://www.epssanitas.com/usuarios/web/nuevo-portal-eps/estados-financieros#gsc.tab=0>

Nueva EPS. (2024). Estados financieros. Recuperado de <https://www.nuevaeps.com.co/estados-financieros>

Capital Salud. (2024). Estados financieros 2023. Recuperado de <https://www.capitalsalud.gov.co/estados-financieros-2023/#1640004308109-f3a18593-32bc>

EPS Sura. (2024). Estados financieros. Recuperado de <https://www.epssura.com/estados-financieros>

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>

Ministerio de salud. (2023). minsalud.gov.co. Obtenido de minsalud.gov.co: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsidiado.aspx>

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (Enero de 2020 - 2023). DANE. Obtenido de <https://www.dnp.gov.co/publicaciones/Planeacion/Paginas/tasa-de-desempleo-diciembre-2023.aspx>