
FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA: ANÁLISIS DE FUENTES Y USOS¹

*Clark Granger*²

*Ligia Alba Melo-Becerra*³

*Jorge Enrique Ramos-Forero*⁴

*Giselle Tatiana Silva-Samudio*⁵

* DOI: <https://doi.org/10.18601/01245996.v27n53.09>. Recepción: 28-11-2024, modificación final: 03-07-2025, aceptación: 13-06-2025. Sugerencia de citación: Granger, C, Melo Becerra, L. A., Ramos Forero, J. E., Silva Samudio, G. T. (2025). Financiamiento del sistema de salud en Colombia: análisis de fuentes y usos. *Revista de Economía Institucional*, 27(53), 217-248.

¹ Este trabajo se benefició de las conversaciones con distintas personas e instituciones del sector de la salud. Queremos agradecer especialmente a Paul Díaz, del Ministerio de Hacienda, Otoniel Cabrera del Ministerio de Salud y Protección Social, Lizbeth Acuña, de la Cuenta de Alto Costo, Harold Cárdenas y Caterine Laverde, del Departamento Nacional de Planeación. También deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a Carmen Rocío Rangel y Ricardo Triana, de la ADRES, por brindarnos información y aclaraciones sobre la financiación del sistema de salud en Colombia.

² Magíster en economía. Banco de la República, Bogotá, Colombia, [cgran-gca@banrep.gov.co], [<https://orcid.org/0009-0001-1261-9551>].

³ Doctora en economía. Banco de la República, Bogotá, Colombia, [lme-lobec@banrep.gov.co], [<https://orcid.org/0000-0003-0895-9753>].

⁴ Magíster en economía. Banco de la República, Bogotá, Colombia., [jramosfo@banrep.gov.co], [<https://orcid.org/0000-0002-6576-2650>].

⁵ Economista. Innovations for Poverty Action, Bogotá, Colombia, [gsilvas@unal.edu.co], [<https://orcid.org/0009-002-3292-469X>].

Financiamiento del sistema de salud en Colombia: análisis de fuentes y usos

Resumen: Este estudio analiza los mecanismos de financiación del sistema de salud en Colombia entre 2011 y 2022, diferenciando las fuentes fiscales, parafiscales y privadas, y su asignación a los regímenes contributivo y subsidiado. Destaca el predominio del gasto en aseguramiento (80 % del total) y el creciente peso del financiamiento fiscal frente a desafíos como la informalidad, el gasto No UPC, la pandemia y la migración venezolana. También se examinan los cambios institucionales (FOSYGA-ADRES), los efectos de la Ley Estatutaria de Salud y el impacto del Acuerdo de Punto Final sobre la sostenibilidad del sistema.

Palabras clave: financiación en salud, gasto público, regímenes contributivo y subsidiado, COVID-19, sostenibilidad fiscal, Colombia. JEL: H51, I10, I18.

Health System Financing in Colombia: Analysis of Sources and Uses

Abstract: This study analyzes the financing mechanisms of Colombia's healthcare system between 2011 and 2022, distinguishing fiscal, parafiscal, and private sources, and their allocation to the contributory and subsidized regimes. It highlights the predominance of insurance spending (80% of total expenditures) and the growing reliance on fiscal funding in response to challenges such as informality, non-UPC spending, the COVID-19 pandemic, and Venezuelan migration. The study also examines institutional changes (FOSYGA-ADRES), the effects of the Statutory Health Law, and the fiscal impact of the Punto Final Agreement on the system's sustainability.

Keywords: health financing, public spending, contributory and subsidised schemes, COVID-19, fiscal sustainability, Colombia. JEL Codes: H51, I10, I18.

Financiamento do sistema de saúde na Colômbia: análise de fontes e usos

Resumo: Este estudo analisa os mecanismos de financiamento do sistema de saúde da Colômbia entre 2011 e 2022, diferenciando as fontes fiscais, parafiscais e privadas, e sua alocação entre os regimes contributivo e subsidiado. Destaca-se o predomínio dos gastos com asseguramento (80% do total) e a crescente dependência de recursos fiscais diante de desafios como a informalidade, os gastos fora da UPC, a pandemia de COVID-19 e a migração venezuelana. O trabalho também examina as mudanças institucionais (FOSYGA-ADRES), os efeitos da Lei Estatutária da Saúde e o impacto do Acordo de Punto Final sobre a sustentabilidade do sistema.

Palavras-chave: financiamento da saúde, gasto público, regimes contributivo e subsidiado, COVID-19, sustentabilidade fiscal, Colômbia. Códigos JEL: H51, I10, I18.

1. INTRODUCCIÓN

El financiamiento del sistema de salud en Colombia es un tema de gran importancia para el país, ya que de él depende la capacidad del sistema para garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad y accesibles a toda la población. Desde la Ley 100 de 1993, el sistema de salud ha tenido importantes transformaciones que se expresan en avances en la cobertura y en los indicadores de salud del sistema. No obstante, en los últimos años, el sector ha enfrentado diversos problemas financieros y administrativos que han aumentado la necesidad de recursos fiscales para su financiamiento. La exención otorgada a las empresas sobre los aportes de trabajadores cuya remuneración es de diez salarios mínimos o menos (Ley 1607 de 2012) acentuó esta tendencia. El aumento de la demanda por recursos fiscales también se explica por decisiones de orden económico asociadas a la informalidad laboral, que se refleja en un alto porcentaje de afiliados al régimen subsidiado, superior al del contributivo, los fallos judiciales que ordenaron la igualación de los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado, y el reconocimiento de servicios y medicamentos no cubiertos con los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La mayor necesidad de recursos fiscales, junto con diferentes riesgos que enfrenta el sistema debido a cambios en los patrones demográficos y de morbilidad, el cambio técnico en el sector y los cambios en la demanda de los servicios podrían afectar la sostenibilidad del sistema⁶.

El financiamiento del sistema de salud en Colombia se realiza principalmente con los aportes al régimen contributivo realizado por los trabajadores y empleadores, y con ingresos de origen fiscal, dentro de los cuales sobresalen el Sistema General de Participaciones (SGP), los aportes del Presupuesto General de la Nación (PGN), los recursos provenientes de los impuestos al consumo de cerveza, licores, cigarrillos y tabaco, y los recursos propios de las entidades territoriales. Estas fuentes de recursos cubren el costo del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado de salud, el pago de servicios por fuera de la UPC y la atención de programas de salud pública y de promoción y prevención. En los últimos años, el sistema ha exigido recursos adicionales para la atención de los migrantes de origen venezolano, la financiación de los compromisos del gobierno

⁶ Para detalles de los efectos fiscales de los riesgos que enfrenta el sector véase Iregui, Melo, Pinilla y Ramírez (por aparecer) y Arango, Botero, Gallo y Melo (por aparecer).

establecidos en el Acuerdo de Punto Final⁷, y los gastos generados por la emergencia del COVID-19.

En este contexto, el objetivo de este documento es analizar las fuentes y los usos de los recursos del sistema de salud en Colombia. El documento también examina los cambios institucionales relacionados con la financiación y la administración de los recursos del sistema de salud. Uno de los principales avances ha sido la creación de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES) en 2017, la cual ha permitido una mejor gestión y flujo de los recursos. Además, se analiza el origen y los cambios en los mecanismos de reconocimiento de los servicios por fuera del Plan de Beneficios en Salud (PBS), el impacto financiero de la incorporación al régimen subsidiado de la población migrante de origen venezolano y la atención de la pandemia por COVID-19.

El documento consta de tres partes, además de esta introducción. En la sección 2 se analizan los principales aspectos instituciones que han afectado el financiamiento del sistema de salud. En la sección 3, se describe las fuentes y usos del sistema de salud en Colombia, haciendo énfasis en la evolución del gasto por fuera del PBS y la sección 4 presenta las conclusiones.

2. ASPECTOS INSTITUCIONALES DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

La administración de los recursos asignados para la salud ha tenido cambios institucionales desde la expedición de la Ley 100 de 1993. Hasta el año 2017, una fracción de los recursos del sistema de salud se administraba a través del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA). Este Fondo estaba dividido en cuatro cuentas, dentro de las cuales destacan la de compensación, que atendía el régimen contributivo y la de solidaridad, que cofinanciaba el régimen subsidiado. Con la creación en 2017 de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), las fuentes de ingreso se centralizan para asegurar una mejor gestión y un flujo adecuado de los recursos. Bajo este esquema institucional, solo los recursos para salud pública y los programas de promoción y prevención, atendidos con una fracción del SGP y con recursos propios de las entidades territoriales, se administran directamente por los entes subnacionales.

⁷ Este acuerdo, como se explica más adelante, buscaba la cancelación de pasivos de la nación y de entidades territoriales con diferentes entidades del sistema de salud.

2.1. FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA BAJO EL FOSYGA

El FOSYGA se creó través de la Ley 100 de 1993 como una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social administrada por encargo fiduciario cuyo propósito era la financiación y/o cofinanciación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El FOSYGA estaba constituido por la subcuenta de compensación del régimen contributivo, la subcuenta de solidaridad del régimen subsidiado, la subcuenta de promoción de la salud y la subcuenta de seguro de riesgos catastróficos y de accidentes de tránsito (ECAT). Posteriormente, en el año 2011 se incorporó al fondo, la subcuenta de garantía para la salud⁸.

La subcuenta de compensación tenía como fuente principal de ingresos las cotizaciones sobre los afiliados al régimen contributivo que estaban a cargo de los empleadores y de los trabajadores. Con estos recursos el Estado pagaba a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), en calidad de aseguradoras, el valor de la UPC por cada afiliado para cubrir el PBS. Operativamente, las EPS recaudaban las cotizaciones por sus afiliados y luego de establecer el monto que les correspondía por UPC, giraban el excedente al FOSYGA o reclamaban más recursos de la subcuenta de compensación. La tarifa sobre el salario base de cotización se fijó inicialmente en 12% y luego se aumentó al 12,5% en el año 2007. Un porcentaje variable de esta tarifa se asignó a la subcuenta de solidaridad y a la de promoción. La subcuenta de solidaridad recibía un punto y medio de la cotización del régimen contributivo y los aportes del PGN, entre otras fuentes. Estos recursos se destinaban prioritariamente al cofinanciamiento del régimen subsidiado de salud.

La subcuenta de solidaridad, como se mencionó, recibía un punto y medio de la cotización del régimen contributivo y los aportes del PGN, entre otros recursos. Estos fondos se destinaban prioritariamente al cofinanciamiento del régimen subsidiado de salud. Desde el año 2011, los giros se hacían directamente desde el FOSYGA a las EPS del régimen subsidiado sin pasar por las cuentas de los gobiernos territoriales.

Por su parte, la subcuenta de promoción se nutría con un porcentaje hasta del 1% sobre la tarifa de cotización del régimen contributivo y con las transferencias del Ministerio de Salud y Protección Social, y el impuesto a las municiones y los explosivos. Estos recursos se asignaban a actividades de información, educación y fomento de la

⁸ En el Anexo 1, se presentan las ejecuciones presupuestales del FOSYGA para el periodo 2009-2016.

salud. La subcuenta de accidentes de tránsito y riesgos catastróficos tenía como fuente de ingreso las transferencias de las aseguradoras autorizadas a expedir el Seguro de Accidentes de Tránsito (SOAT). Los recursos estaban asignados al pago de servicio de salud para las personas que no estuvieran amparadas por el SOAT o para las personas afectadas por eventos catastróficos o por el terrorismo. Por último, la subcuenta de garantías para la salud, creada en 2011, se alimentaba fundamentalmente con los aportes del PGN y tenía como propósito suministrar liquidez a las instituciones del sector para asegurar su funcionamiento mediante la prestación de servicios y el apoyo a los procesos de intervención, liquidación y reorganización de los prestadores de servicios de salud.

Desde el punto de vista financiero, los recursos administrados a través del FOSYGA permitieron atender el régimen contributivo y cofinanciar el gasto generado por el régimen subsidiado de salud mediante los recursos acumulados en la subcuenta de solidaridad. Para completar el financiamiento del régimen subsidiado también se asignó el 80% del componente de salud del SGP y un porcentaje de las rentas cedidas a cargo de las entidades territoriales, como son los impuestos sobre el consumo de cerveza y licores, entre otros⁹.

El régimen subsidiado de salud quedó inicialmente bajo la responsabilidad de los gobiernos subnacionales que se encargaban de manejar los contratos de aseguramiento con las EPS, los recursos provenientes de la subcuenta de solidaridad del FOSYGA, los recursos para salud del SGP y las rentas propias territoriales con destinación específica. Con la Ley 1438 de 2011, si bien algunos de estos recursos mantienen su carácter territorial, los fondos de la subcuenta de solidaridad y el SGP asignado para el financiamiento del régimen subsidiado se empezaron a girar directamente por parte del gobierno nacional a las EPS o a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

2.2. LEY ESTATUTARIA DE 2015 Y FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA BAJO LA ADRES

En el año 2015, se expidió la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751), la cual regula el derecho fundamental a la salud. Esta norma definió la salud como un derecho fundamental de todos los ciudadanos y estableció que el sistema debía regirse bajo los principios de obligatoriedad del Estado, sostenibilidad fiscal, integralidad y equidad. La Ley propició la eliminación del PBS diferencial e indujo a la igualación

⁹ Actualmente, el 87% del SGP para salud se asigna al financiamiento del régimen subsidiado.

de este entre regímenes. Así mismo, la Ley incluyó la reglamentación para establecer el control de precios de los medicamentos y determinó la obligatoriedad para la atención de urgencias independiente del estado de aseguramiento.

Posteriormente, con la aprobación del Plan Nacional de Desarrollo (PND) “Todos por un Nuevo País” formulado para el periodo 2014 - 2018, el FOSYGA fue sustituido por la ADRES a partir de agosto de 2017. El objetivo de esta nueva institución, con personería jurídica y autonomía administrativa, es centralizar la mayoría de las fuentes de financiamiento del sistema, para asegurar una mejor gestión y el flujo adecuado de los recursos. Actualmente la ADRES se encarga de girar a las EPS los recursos correspondientes a las UPC de los afiliados de ambos regímenes, junto con los presupuestos máximos asignados. La ADRES también realiza giros directos a las IPS sin necesidad de la intermediación de las EPS. Esta medida se implementó con el fin de agilizar el pago de las obligaciones de las EPS con las IPS y mejorar la liquidez y sostenibilidad financiera de las IPS. Los giros directos se realizan cuando la EPS autoriza a la ADRES a realizarlo, o cuando la EPS se encuentra en proceso de liquidación o intervención administrativa forzosa.

3. FUENTES Y USOS DEL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

En esta sección se describen las fuentes y los usos de recursos financieros del sistema de salud para el periodo 2010-2022, destacando los principales cambios normativos e institucionales. El Diagrama 1 resume las fuentes y usos, así como el flujo de los recursos a través del sistema de salud. La ADRES dispone entre otras fuentes, de las cotizaciones y aportes de las empresas y los empleados al sistema general de salud, de los aportes del PGN, incluido el SGP, de las transferencias de las cajas de compensación familiar y de los rendimientos financieros que se obtengan por la administración de los recursos del sistema. La ADRES maneja estos recursos bajo un principio de unidad de caja. Solo una pequeña porción de los recursos que no pasan por la ADRES, son administrados directamente por las entidades territoriales y se destinan a financiar programas de promoción y prevención y salud pública.

Por el lado de los usos, los rubros más representativos pagados por la ADRES son el costo del aseguramiento para los regímenes contributivo y subsidiado y el reconocimiento de servicios y medicamentos

por fuera del PBS. A causa de la emergencia sanitaria, la ADRES asumió otras responsabilidades con carácter temporal, como el reconocimiento económico para el talento humano que prestó servicios durante el periodo de la pandemia por COVID-19 y la entrega de compensaciones económicas transitorias para los afiliados del régimen subsidiado diagnosticados con COVID-19. Para el financiamiento de estas responsabilidades la ADRES recibió recursos del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME).

3.1. FUENTES DE RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

Las principales fuentes de recursos del sistema provienen de las cotizaciones a cargo de los empleadores y de los empleados pertenecientes al régimen contributivo y los diferentes recursos de origen fiscal. Adicionalmente, el sistema dispone de aportes de las cajas de compensación familiar y de los rendimientos financieros generados por la administración de los excedentes de caja. En conjunto, las fuentes de recursos han registrado una tendencia creciente, al aumentar de 4,4 % del PIB en 2011 a 5,2% del PIB en 2022, con un máximo de 6,3% del PIB en 2020 (Gráfico 1, Cuadro 1)¹⁰. Vale la pena señalar que desde 2019 el sistema recibió recursos adicionales para financiar el Acuerdo de Punto Final y el sistema nacional de residencias médicas, y posteriormente a partir de 2020 para atender la pandemia por COVID-19¹¹.

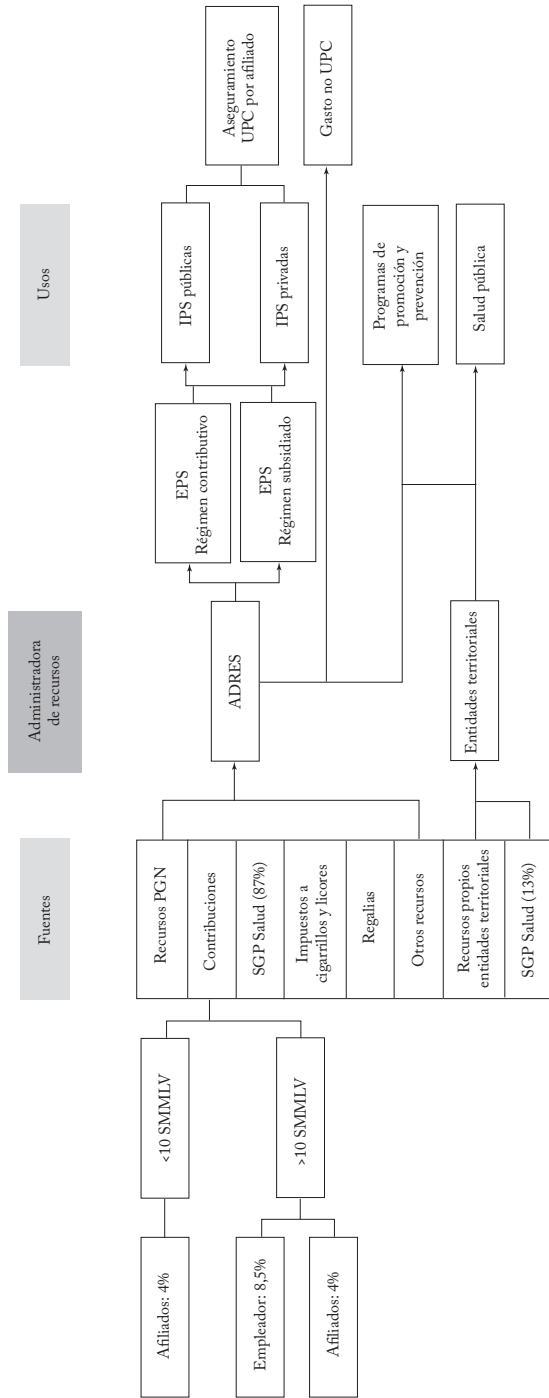
Como se mencionó, las cotizaciones provienen del pago obligatorio del 12,5% liquidado sobre el Ingreso Base de Cotización (IBC) de los afiliados al régimen contributivo. De este porcentaje 4% lo asume el trabajador y 8,5% el empleador¹². Con el fin de reducir la informalidad laboral mediante la reducción de los costos de contratación de las firmas, la Ley 1607 de 2012 exoneró a las empresas de pagar la cotización de salud sobre los trabajadores con 10 Salarios Mínimos Mensuales Legales Vigentes (SMMLV) o menos. Esta reforma,

¹⁰ Es importante señalar que las cifras como proporción del PIB están afectadas por la caída del producto que se registró en el año 2020 como consecuencia de la pandemia COVID-19. En el Anexo 2, se presentan en términos reales las fuentes desagregadas del sistema de salud.

¹¹ Los recursos para atender la pandemia fueron financiados con transferencias del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME). Con respecto al sistema de residencias médicas, la Ley 1917 de 2018 estableció que la ADRES sería la entidad responsable del recaudo y administración de los recursos destinados a su financiación.

¹² Los trabajadores independientes deben asumir el 12,5 % del IBC, el cual se determina sobre el 40% del ingreso mensual del trabajador.

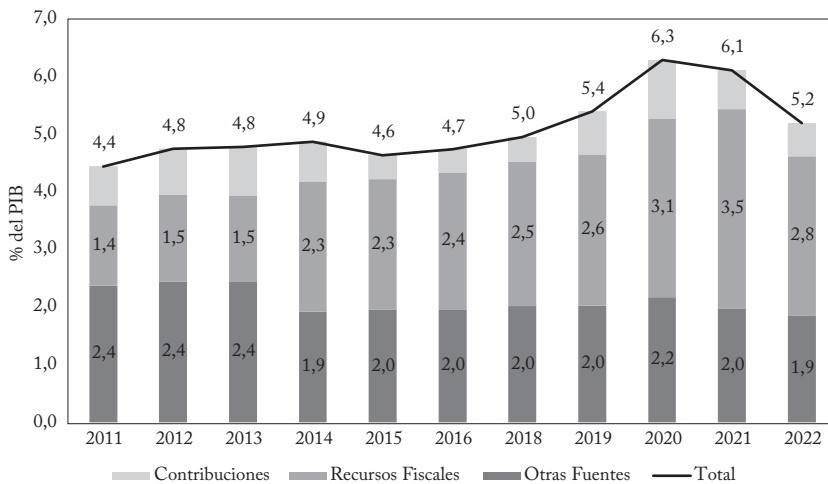
Diagrama 1
Fuentes, usos y flujo de recursos del Sistema general de seguridad social en salud



Fuente: elaboración de los autores.

redujo el flujo de recursos hacia la cuenta de compensación del FOS-YGA por lo cual el Estado debió asumir el desfase financiero que ello generó mediante la asignación parcial de una renta con destinación específica denominada Impuesto de Renta para la Equidad (CREE) que estableció la misma norma. Posteriormente, la Ley 1819 de 2016 eliminó este impuesto y dispuso que un porcentaje del recaudo del impuesto de renta se asignara para el financiamiento del sistema de salud, el SENA y el ICBF. Más adelante, la reforma tributaria de 2019 (Ley 2010) redujo de forma gradual los aportes a salud de los pensionados que perciben entre uno y dos salarios mínimos. Con estos cambios normativos, los ingresos provenientes de las cotizaciones que eran la principal fuente de recursos del sistema descendieron de 2,4% del PIB en 2011 a 1,9% del PIB en 2014. A partir de 2015, esta fuente de recursos se estabilizó alrededor de 2,0% del PIB (Gráfico 1, Cuadro 1).

Gráfico 1
Fuentes de recursos del sistema de salud (% del PIB)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) para el periodo 2017-2022.

Por su parte, los recursos fiscales provienen de los aportes del PGN, incluyendo el SGP, las rentas territoriales derivadas del recaudo de los impuestos al consumo de cerveza, licores, juegos de suerte y azar, y de los recursos propios de las entidades territoriales. En conjunto, los recursos fiscales aumentaron de 1,4% del PIB en 2011 a 2,8% del

PIB en 2022, con un máximo de 3,5% del PIB en 2021. Dentro de los recursos fiscales se incluyen las rentas destinadas a la financiación de los gastos por la pandemia y los recursos para cubrir las deudas del Acuerdo de Punto Final, que en conjunto representaron 0,4% del PIB en 2020, 0,7% del PIB en 2021 y 0,2% del PIB en 2022 (Gráfico 1). El aumento de los recursos del PGN a partir de 2014 se atribuye a la exoneración otorgada a las empresas sobre los aportes a la seguridad social en salud y al ajuste de la UPC del régimen subsidiado, de acuerdo con la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008, que ordenó igualar los planes de beneficios de los dos regímenes¹³.

Las transferencias de la nación a las entidades territoriales por concepto del SGP para salud corresponden al 24,5% del total de la partida, una vez descontado el 4% para destinaciones especiales¹⁴. Estos recursos son asignados a la financiación del régimen subsidiado, a programas de salud pública y a subsidios a la oferta. Desde el año 2017, los recursos del SGP destinados al aseguramiento del régimen subsidiado son administrados en su totalidad por la ADRES. Estos recursos actualmente corresponden al 87% del SGP asignado para la salud que en promedio ha representado el 0,9% del PIB entre 2011 y 2022. El remanente del SGP para salud (13%) se gira directamente a las entidades territoriales para financiar programas de salud pública (10%) y subsidios a la oferta (3%).

Las rentas territoriales para el financiamiento de la salud provienen de una fracción del recaudo de algunos impuestos como el de consumo de cerveza, licores, cigarrillos y tabaco. Estos impuestos corresponden a rentas cedidas por parte del gobierno nacional (Diagrama 2). De acuerdo con las normas vigentes, una fracción de estos recursos la administra la ADRES para el financiamiento del régimen subsidiado y otra la gestionan directamente las entidades territoriales para atender programas locales de salud y financiar las secretarías de salud departamental. Los municipios y departamentos también destinan recursos propios a la financiación del sistema. Estos recursos se destinan a financiar el régimen subsidiado, programas de salud pública, población pobre no asegurada (y servicios no cubiertos por el PBS), entre otros gastos.

Diagrama 2

¹³ Cabe anotar que la UPC del régimen subsidiado subió en términos nominales 43,6% en 2012 y 17,4% en 2013.

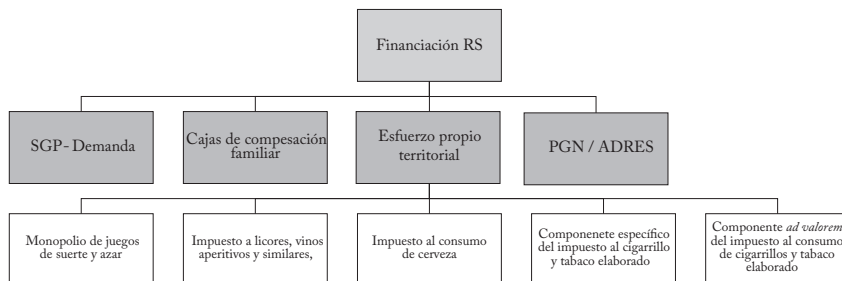
¹⁴ Para detalles sobre el cálculo y la distribución del SGP véase Melo-Becerra y Ramos-Forero (2010 y 2017).

Cuadro 1
Fuentes de recursos del sistema de salud (% del PIB)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022
A. Total Fuentes	4,44	4,75	4,78	4,87	4,64	4,74	4,96	5,40	6,29	6,11	5,20
1. Contribuciones	2,38	2,44	2,44	1,92	1,96	1,96	2,02	2,02	2,17	1,98	1,85
2. Transferencias Totales	1,62	1,70	1,70	2,49	2,47	2,58	2,75	2,89	3,39	3,72	3,02
2.1. Transf. Nación y Territorios	1,39	1,51	1,50	2,26	2,26	2,38	2,50	2,63	3,10	3,46	2,77
2.1.1. Nación	1,14	1,26	1,25	2,05	2,03	2,06	2,12	2,39	2,91	3,29	2,61
CREE e Imporenta			0,73	0,82	0,82	0,81	0,42	0,50	0,63	0,46	0,42
Otros recursos PGN	0,23	0,36	0,35	0,46	0,33	0,36	0,83	0,92	0,99	1,33	1,25
SGP	0,91	0,90	0,90	0,86	0,87	0,88	0,88	0,98	1,03	0,94	0,80
Residencias médicas									0,01	0,01	0,02
Recursos FOME									0,26	0,54	0,13
2.1.2. Entidades Territoriales	0,26	0,25	0,25	0,21	0,24	0,32	0,38	0,24	0,18	0,17	0,16
Aportes Dep. y Mun.	0,19	0,22	0,21	0,20	0,21	0,21	0,16	0,20	0,16	0,17	0,16
Recursos FONPET					0,01	0,09	0,20	0,02			
Regalias	0,07	0,03	0,03	0,02	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,00	0,00
2.2. Otras Transferencias	0,23	0,19	0,21	0,23	0,20	0,20	0,25	0,26	0,30	0,26	0,25
2.2.1. Cajas compensación fam.	0,07	0,05	0,08	0,08	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
2.2.2. Recursos Coljuegos							0,03	0,04	0,03	0,03	0,03
2.2.3. Prima FONSAT y SOAT	0,15	0,13	0,13	0,14	0,15	0,16	0,16	0,17	0,21	0,19	0,17
3. Otros Ingresos	0,44	0,61	0,63	0,46	0,21	0,20	0,19	0,48	0,73	0,42	0,32
3.1. Excedentes Finan. FOSYGA	0,39	0,43	0,53	0,31	0,06	0,07					
3.2. Rendimientos Financieros	0,05	0,17	0,06	0,05	0,04	0,09	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
3.3. Reintegros							0,07		0,14	0,10	0,11
3.4. Ley de punto final 2019								0,21	0,18	0,14	0,05
3.5. Otras fuentes de recursos		0,02	0,04	0,10	0,11	0,04	0,11	0,15	0,39	0,17	0,14

Nota: por la entrada en funcionamiento de la ADRES en agosto de 2017 y las dificultades de empalme de las cifras, no se presenta la información para este año.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNPN) para el periodo 2018-2022.

Financiación del Régimen Subsidiado de Salud



Fuente: ADRES.

El sistema de salud también recibe recursos provenientes del manejo de los juegos de suerte y azar, recursos transferidos por COLJUEGOS (antes ETESA) a las entidades territoriales, aportes de las cajas de compensación familiar y recursos del Fondo del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (FONSAT), y del SOAT. Los recursos por la prima FONSAT y SOAT representaron en promedio 0,17% del PIB durante el periodo 2011-2022. El sistema de salud igualmente se ha financiado con recursos provenientes de las regalías y del Fondo Nacional de Pensiones de las Entidades Territoriales (FONPET). Según la Ley de Regalías, los Órganos Colegiados de Administración y Decisión (OCAD) pueden destinar recursos a proyectos de salud. De acuerdo con la Ley 1753 de 2015, cuando las entidades territoriales no tienen obligaciones pensionales pendientes, se pueden destinar recursos del FONPET a la financiación del régimen subsidiado.

Otras fuentes de recursos de origen privado

Considerando que en el país la demanda y provisión de los servicios de salud se caracterizan por un sistema de incentivos y riesgos, para evitar la demanda de servicios innecesarios, el gobierno ha fijado copagos para los cotizantes y cuotas moderadoras para los beneficiarios del sistema, los cuales tienen por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso. Los cotizantes deben pagar los copagos cada vez que reciben un servicio médico y los beneficiarios del régimen contributivo pagan las cuotas moderadoras por los servicios de tercer nivel como hospitalizaciones o cirugías. Los copagos y las cuotas moderadoras dependen del IBC y se actualizan anualmente con base en la inflación y en las variaciones de la UPC. Los copagos, a los que están obligados los beneficiarios en el régimen contributivo y los afiliados al régimen subsidiado corresponden a una parte del valor

del servicio demandado y tienen como finalidad ayudar a financiar el sistema, de conformidad con el Acuerdo 260 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.¹⁵ El Cuadro 2 resume los ingresos por copagos y cuotas moderadoras entre 2011 y 2021, recursos que se constituyen en ingresos de las EPS. En 2015 y 2016 se observa una caída tanto en los copagos como en las cuotas moderadoras, lo que se explica por una disminución del valor de la cuota moderadora derivado de cambios introducidos a la base de cotización (Anexo 3).

Cuadro 2

Panel A: Copagos y cuotas moderadoras (Miles de millones \$ de 2021)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Copagos	233,5	229,2	229,3	230,1	144,3	115,5	153,5	290,4	306,2	263,6	257,0
Rég. Contributivo	225,2	211,4	203,8	219,5	121,2	96,7	136,0	272,9	288,7	250,1	240,3
Rég. Subsidiado	8,3	17,8	25,5	10,5	23,1	18,8	17,5	17,5	17,4	13,5	16,7
Cuotas moderadoras	341,6	372,3	415,9	434,6	227,7	219,6	205,5	447,4	517,9	372,6	475,8
Total	575,1	601,5	645,2	664,7	372,0	335,1	359,0	737,7	824,1	636,2	732,8

Panel B: Copagos y cuotas moderadoras (% del PIB)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Copagos	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,02	0,03	0,03	0,03	0,02
Rég. Contributivo	0,04	0,03	0,03	0,03	0,02	0,01	0,01	0,03	0,03	0,03	0,02
Rég. Subsidiado	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Cuotas moderadoras	0,06	0,06	0,06	0,06	0,03	0,03	0,02	0,05	0,05	0,04	0,04
Total	0,10	0,09	0,09	0,09	0,05	0,04	0,04	0,08	0,08	0,07	0,06

Fuente: Supersalud.

3.2. USOS DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA DE SALUD

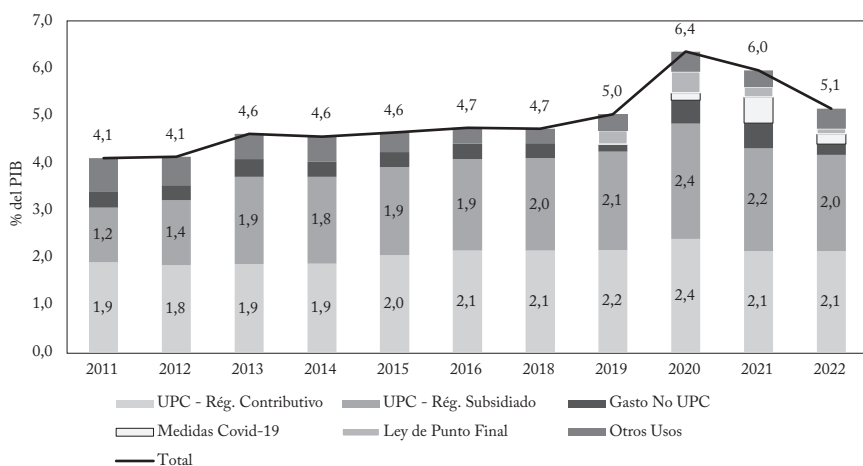
Las erogaciones del sistema de salud ascendieron de 4,1% del PIB en 2011 a 6,4% del PIB en 2020, con un descenso a 6,0% del PIB en 2021 y a 5,1% del PIB 2022 (Gráfico 2, Cuadro 3)¹⁶. Sobre la composición del flujo de egresos cabe destacar el costo del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado, que en promedio explican el 80% del total de los gastos del sistema durante el periodo 2011-2022. Este componente de los egresos corresponde al valor de las UPC transferido a las EPS de ambos regímenes. La UPC se calcula anualmente con base en una estimación de los costos promedio de atención médica por persona en el país. Su valor se ajusta por la edad y el género del afiliado, así como por la región de residencia.

¹⁵ De acuerdo con las normas vigentes, tienen cuota moderadora las consultas externas, general, médica, paramédica y especializada, los servicios de odontología, laboratorios, los medicamentos, las imágenes diagnósticas por imagenología y las urgencias no vitales.

¹⁶ En el Anexo 3 se presentan en términos reales los usos del sistema de salud.

Las EPS reciben la UPC por cada afiliado para la prestación de los servicios de salud. Vale la pena señalar que, pese a la reducción de las cargas parafiscales a las empresas por concepto de salud, el costo del aseguramiento del régimen contributivo es similar a los recursos generados por las cotizaciones. En efecto, durante el periodo 2015-2022 esta fuente de ingresos es en promedio equivalente al 92% del costo del régimen contributivo.

Gráfico 2
Usos de los recursos del sistema de salud (% del PIB)



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) para el periodo 2017-2022.

El gasto por concepto del aseguramiento del régimen subsidiado ha tendido a igualarse con el del régimen contributivo, por la disminución de la brecha en la UPC y por el aumento de los afiliados a este régimen. El aumento del número de afiliados al régimen subsidiado se explica, en parte, por la incorporación de la población migrante venezolana con permiso especial de permanencia (PEP) y Permiso de Protección Temporal (PT), de acuerdo con lo ordenado por el Decreto 064 de 2020 y la Resolución 572 de 2022. En agosto de 2022 se encontraban afiliados al régimen subsidiado 755.203 migrantes de origen venezolano. Entre enero de 2019 y agosto de 2022, el costo de las UPC del régimen subsidiado para la población migrante identificada con PE y PT fue de \$504 mil millones. Como se observa en el Cuadro 4, el costo ha aumentado durante los últimos cuatro años, con un valor inicial de \$32,9 mil millones en 2019 hasta \$239 mil millones para

Cuadro 3
Usos de recursos del sistema de salud (% del PIB)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022
A. Total Usos	4,10	4,13	4,62	4,55	4,64	4,74	4,72	5,03	6,36	5,96	5,15
1. Régimen Contributivo y Subsidiado	3,05	3,21	3,70	3,71	3,92	4,08	4,10	4,23	4,83	4,31	4,17
1.1. UPC – Reg. Contributivo.	1,89	1,84	1,85	1,87	2,04	2,14	2,14	2,16	2,39	2,13	2,13
1.2. UPC – Reg. Subsidiado	1,16	1,38	1,85	1,84	1,87	1,94	1,95	2,08	2,44	2,17	2,04
2. Gasto No UPC	0,35	0,31	0,37	0,32	0,32	0,33	0,32	0,16	0,49	0,53	0,22
2.1. Presupuestos máximos									0,43	0,52	0,21
2.2. Recobros	0,35	0,31	0,37	0,32	0,32	0,33	0,32	0,16	0,06	0,02	0,01
3. Salud pública, Programas P y P	0,63	0,55	0,44	0,37	0,26	0,24	0,09	0,09	0,13	0,13	0,20
4. Programa residencias médicas											
5. Medidas COVID-19									0,16	0,56	0,22
5.1. Reconocimiento económico talento humano									0,05	0,01	0,01
5.2. Compensación afiliados Reg. Subsidiado									0,01	0,01	0,00
5.3. Canastas y pruebas COVID-19									0,04	0,38	0,11
5.4. Servicios UCI, cuidados intermedios									0,03	0,03	0,00
5.5. UPC Régimen Contributivo								0,28	0,03	0,13	0,09
6. Ley de Punto Final									0,45	0,21	0,11
7. Otros Usos	0,07	0,06	0,10	0,16	0,15	0,09	0,02	0,07	0,07	0,02	0,04

Nota: por la entrada en funcionamiento de la ADRES en agosto de 2017 y las dificultades de empalme de las cifras, no se presenta la información para este año. Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNPN) para el periodo 2018-2022.

agosto de 2022. Es importante anotar que un grupo importante de migrantes está afiliado al régimen contributivo. Como se observa en el Cuadro 5, los migrantes en este régimen aumentaron de 144.7833 en 2019 a 284.328 en julio de 2022. El reconocimiento por UPC, incapacidades, licencias, y programas de promoción y prevención de estos afiliados alcanzó \$ 145,6 miles de millones en 2021 y \$ 122,3 miles de millones con corte a agosto de 2022.

Cuadro 4
Reconocimiento de la UPC del régimen subsidiado para la población migrante

Vigencia	Tipo de identificación	Cantidad de afiliados	Valor UPC RS (Millones de pesos)
2019	PE	76.760	32.971
2020	PE	152.041	83.719
2021	PE	220.857	148.575
2021	PT	12	0,585
2022*	PE	228.158	94.445
2022*	PT	527.045	144.542
Total UPC reconocida			504.254

Nota: *Para el año 2022, la cantidad de afiliados y valor reconocido por UPC se encuentra hasta el mes de agosto.

Fuente: ADRES.

El costo del aseguramiento, en el año 2022 ascendió a 4,2% del PIB, de los cuales 2,1% del PIB se asignaron al régimen contributivo y 2,0% del PIB al subsidiado. En el Gráfico 3 se presenta la evolución de la UPC en pesos corrientes y en pesos de 2021. Allí se observa una brecha entre el valor de la UPC de los dos regímenes, que se ha venido reduciendo como resultado de la Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 que ordenó la igualación gradual de los PBS. Para el año 2022, el gobierno tomó la decisión de incorporar en la UPC de los dos regímenes, nuevos procedimientos y medicamentos que previamente se reconocían a través del mecanismo de presupuestos máximos. A pesar del incremento adicional en la UPC del Régimen contributivo y subsidiado, la brecha entre los dos regímenes en pesos constantes se amplió en 2022¹⁷. Para el 2023 la UPC de los dos regímenes tuvo un crecimiento de 16,5%, que es mayor a la inflación esperada para el año.

¹⁷ El incremento de la UPC del régimen contributivo fue de 18,15%, de los cuales 12,73% corresponde a la financiación de nuevos procedimientos y medicamentos. En el caso del régimen subsidiado el incremento fue de 10,58%, de los cuales el 4,25% corresponde a la financiación de los nuevos procedimientos y medicamentos.

Cuadro 5

Reconocimiento UPC, incapacidades y licencias del régimen contributivo a la población migrante de origen venezolano (Millones de pesos)

Vigencia	Afiliados	UPC	Incapacidades	Licencias	PyP	Total
2019	144.733	50.821	1.861	1.757	1.665	56.103
2020	177.087	77.341	2.864	4.145	2.232	86.581
2021	216.907	132.659	4.106	6.062	2.832	145.659
2022*	284.328	114.073	2.944	3.461	1.809	122.286

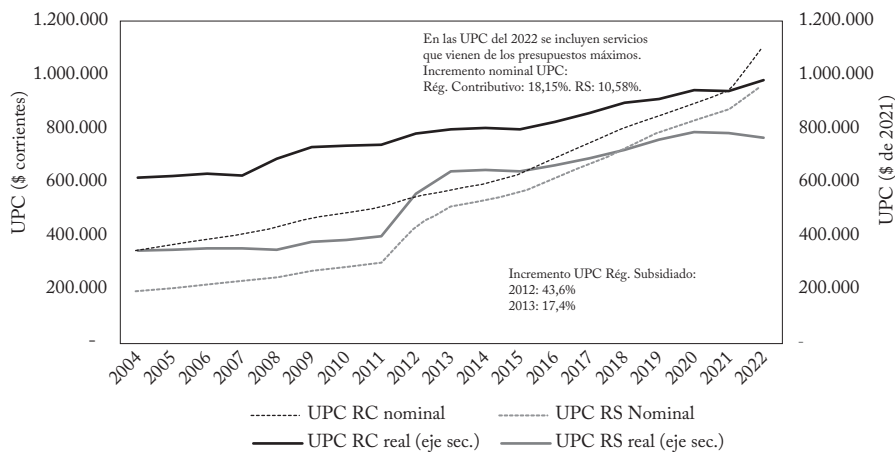
Notas: PyP corresponde al reconocimiento per cápita de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El valor de las incapacidades corresponde a la provisión realizada. El valor de las licencias corresponde a los valores recobrados por las EPS a la ADRES. *Para el año 2022, la información se encuentra hasta el mes de julio.

Fuente: ADRES.

Después del costo del aseguramiento, los usos más relevantes corresponden a los pagos destinados a la financiación de medicamentos, servicios médicos y procedimientos que no están incluidos en el PBS (gasto No UPC) y los gastos destinados a salud pública, programas de promoción y prevención, y más recientemente al pago de la remuneración a los residentes médicos. El reconocimiento de los pagos No UPC se ha realizado a través de diferentes mecanismos, y su costo representó en promedio 0,35% del PIB en el periodo 2011-2022, con un valor mínimo de 0,16% del PIB en el 2019 y un valor máximo de 0,53% del PIB en el 2021. El rubro de salud pública y los programas de promoción y prevención han representado en promedio 0,5% del PIB durante el periodo 2011-2022 y los pagos por residencias médicas 0,01% del PIB entre 2020-2022. Respecto a los recursos destinados a salud pública y a programas de promoción y prevención se observa una reducción en los últimos años (Cuadro 3, Anexo 3). Esta reducción podría estar asociada a la afiliación de personas al esquema de aseguramiento, quienes previamente recibían atención a través de la red pública hospitalaria.

Teniendo en cuenta el impacto en la financiación del sistema de salud y los diferentes mecanismos que se han utilizado para atender el gasto por fuera del PBS, en la siguiente sección se explica en detalle la evolución de este gasto y el Acuerdo de Punto Final que buscaba la cancelación de pasivos de la nación y de entidades territoriales con diferentes entidades del sistema de salud. Así mismo, se explican las principales fuentes y usos de los recursos utilizados para atender la pandemia por COVID-19.

Gráfico 3
Valor de la UPC y afiliados del régimen contributivo y subsidiado



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

3.2.1. Reconocimiento del pago de servicios y medicamentos por fuera del PBS

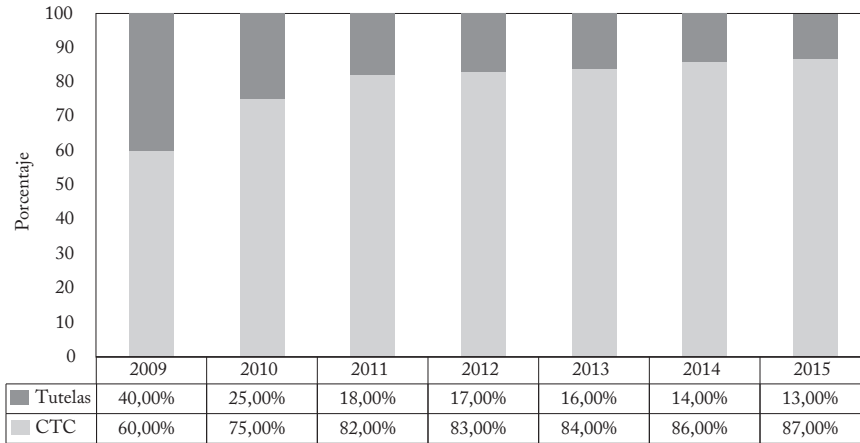
La Ley 100 de 1993 estableció la prestación de los servicios de salud con base en un sistema de aseguramiento mediante el cual se otorgaba un PBS que no incluía algunos procedimientos y medicamentos. No obstante, a través de diferentes mecanismos, algunos de estos servicios han venido siendo reconocidos y pagados por el Estado y gradualmente se han incorporado en el PBS.

El mecanismo inicial para acceder a los procedimientos y medicamentos no cubiertos por el PBS era la acción de tutela, lo cual generaba recobros al FOSYGA por parte de las EPS¹⁸. La resolución 2933 de 2006 estableció los Comités Técnico Científicos (CTC) como el medio idóneo para acceder a medicamentos no cubiertos por el PBS. Dichos comités estaban conformados por diferentes especialistas en salud quienes tenían la facultad de atender las solicitudes de medicamentos presentadas por los médicos tratantes. A partir de la Ley 1122 de 2007, se incentiva el trámite de este tipo de solicitudes a través de los CTC mediante una penalización en el reconocimiento de solo un 50% del valor facturado en aquellas solicitudes aprobadas mediante tutela. Posteriormente, a través de la sentencia T-463 de 2008 proferida por la Corte Constitucional, a los comités también se

¹⁸ Los recobros corresponden a la solicitud de reembolso realizada por las EPS para obtener el reconocimiento y el pago de los servicios médicos y/o medicamentos prestados a los afiliados no incluidos en el PBS.

les otorgó la facultad de aprobar servicios y procedimientos médicos. Para el año 2010 las solicitudes de recobro mediante los CTC equivalían a tres veces las solicitudes a través de la acción tutela (Gráfico 4).

Gráfico 4
Tipo de solicitudes de recobro (CTC y tutela)



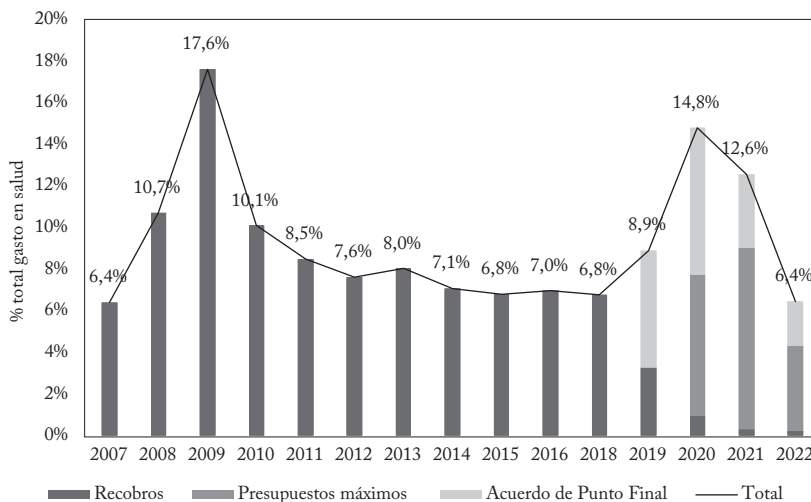
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

El reconocimiento de pagos por fuera del PBS generó presiones financieras para el sistema de salud a partir de 2008¹⁹. Como se observa en el Gráfico 5, la participación de estos pagos respecto al gasto total en salud pasó de representar 6,4% en 2007 a 10,7% en 2008 y a 17,6% en 2009 (Melo y Ramos, 2010). El déficit corriente de las entidades territoriales, las cuales financiaban este tipo de gasto en el régimen subsidiado, llegó a ascender a \$885 mil millones en el 2009 con un crecimiento del 116% respecto al 2008. Por otro lado, se estaba presentando un agotamiento de los excedentes de la cuenta de compensación de FOSYGA, a través de la cual se financiaba el gasto no cubierto por la UPC en el régimen contributivo. Con el fin de aliviar las presiones causadas por el crecimiento de pagos por fuera del PBS, se autorizó un préstamo entre la subcuenta ECAT y la cuenta de compensación por \$800 mil millones mediante la Ley 1393 de 2010 (Melo y Ramos, 2010).

¹⁹ Hasta el año 2007, el gasto reconocido por fuera de las UPC no constituyó un problema puesto que el régimen contributivo disponía de excedentes financieros que permitían atender estos gastos.

Gráfico 5

Gasto no UPC cómo % del gasto total en salud: 2007 – 2022



Fuente: cálculos propios con base en Melo-Becerra y Ramos-Forero (2010) para el periodo 2006 – 2009, y del Ministerio de Salud y Protección Social y de la ADRES para el periodo 2010 – 2022.

Durante el periodo 2011 – 2015, se evidenció una desaceleración del crecimiento de los recobros en el régimen contributivo con una tasa de crecimiento promedio anual de 4,1% frente al 75,2% promedio anual para el periodo 2005 – 2010 (Gráfico 5). La moderación en el crecimiento de los recobros se puede atribuir a la regulación de los precios de más de 11.000 medicamentos mediante el establecimiento de valores máximos para el reconocimiento del recobro, y a la actualización del PBS que incorporó nuevos servicios médicos, medicamentos y procedimientos. El mecanismo utilizado para estimar los valores máximos para los precios de los medicamentos consistía en la toma de precios internacionales como referencia, el cual se calculaba a partir del percentil 25 de los promedios simples de los precios de los medicamentos en cada país de referencia (Circular 03 de 2013). La entidad encargada de regular los precios de los medicamentos es la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM). Para el año 2015, esta medida generó una disminución del 40% en los precios de los medicamentos incluidos en la regulación (Minsalud, 2021a).

En el año 2015, con la Ley Estatutaria de Salud, se eliminaron los CTC debido a las barreras administrativas y burocráticas que estos generaban y se otorgó autonomía a los médicos para la prescripción

de servicios por fuera del PBS, mediante el uso del aplicativo en línea denominada *Mi Prescripción* (MIPRES). La plataforma permitió tener más control y seguimiento del gasto no financiado con recursos de la UPC. Esta herramienta se puso a disposición de las EPS del régimen contributivo desde mediados del año 2016 y de las EPS del régimen subsidiado desde 2019.

Durante el periodo 2015-2018 el gasto no financiado con UPC presentó relativa estabilidad. Si bien el Estado reconoció y pagó servicios por fuera del PBS, debido a razones administrativas y legales, se fueron acumulando deudas a cargo del gobierno y de las entidades territoriales con las EPS e IPS por la prestación de este tipo de servicios. En el régimen contributivo, el origen de las deudas se les atribuye principalmente a los cambios que han tenido los mecanismos de acceso a gasto no financiado con UPC, debido a que han generado distintas interpretaciones con relación a medicamentos y servicios cubiertos por el PBS, requisitos para efectuar el pago, la llegada de nuevas tecnologías en salud al país y diferencias en tiempos y procesos de cuentas por cobrar. Para el régimen subsidiado, las razones principales para la acumulación de las deudas son la existencia de diferencias entre procesos de reconocimiento y pago de gasto no financiado con UPC de las entidades territoriales y las ineficiencias en el manejo de los recursos (ADRES, s.f.).

Con el fin de sanear dichos pasivos, en el PND “Pacto por Colombia, pacto por la equidad”, formulado para el periodo 2018-2022²⁰, se estableció el Acuerdo de Punto Final que definió un conjunto de medidas e instrumentos para pagar de las deudas derivadas de cuentas acumuladas por concepto de servicios y tecnologías no financiadas por la UPC y de las derivadas del proceso de liquidación de Caprecom. La operación y el reconocimiento de las deudas se centralizó en la Nación tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado²¹. Estas deudas se han venido pagando con recursos de la Nación y de las entidades territoriales.

A marzo de 2022, el Acuerdo de Punto Final tenía una ejecución del 84%. Sobre las deudas del régimen subsidiado reconocidas por valor de \$1,6 billones, con cofinanciación de la Nación y los entes territoriales, que aportaron \$ 858,5 y \$ 441,7 mil millones, respectivamente. Adicionalmente, el gobierno había girado \$7,3 billones de recursos al régimen contributivo para el reconocimiento y pago de

²⁰ Ley 1955 de 2019.

²¹ El reconocimiento de los pagos del régimen subsidiado estaba previamente a cargo de las entidades territoriales.

medicamentos, servicios médicos y procedimientos no financiados con la UPC (Minsalud, 2022). Con relación a los pagos de la deuda del proceso de liquidación de Caprecom, se han girado \$514 miles de millones (Minsalud, 2022).

Mediante la Ley del Plan de Desarrollo también se definieron mecanismos para mejorar la eficiencia del gasto asociado a la prestación de servicios y tecnologías no incluidas en el PBS. Una de las primeras estrategias fue el establecimiento del mecanismo de presupuestos máximos (Resolución 205 del 2020), mediante el cual se fijan límites a los pagos por fuera del PBS, con base en el comportamiento histórico de estos giros, la frecuencia de uso de servicios y tecnologías en salud y un factor de crecimiento (Minsalud, 2020). El presupuesto máximo es girado desde la ADRES directamente a cada EPS junto con el valor de las UPC. Como resultado de las estrategias propuestas en el PND, también se actualizó el PBS para el 2022 que adicionó 22 procedimientos médicos en salud y 184 principios activos en formas farmacéuticas específicas.

Con estos ajustes, el PBS cubre actualmente un 90% de los medicamentos y un 97% de los procedimientos autorizados para su realización en el país (Minsalud, 2021b). Con el mecanismo de los presupuestos máximos y la ampliación del PBS se espera una moderación del gasto no cubierto con recursos de la UPC en el mediano plazo. El pago No UPC se redujo de 0,54% del PIB en 2021 a 0,26% del PIB en 2022.

Con respecto a las cifras de recobros por régimen, en el Cuadro 6 se puede observar que los del régimen contributivo se mantienen en alrededor de 0,3% del PIB durante el periodo 2011 – 2018, mientras que los recobros del régimen subsidiado han fluctuado entre 0,04% y 0,06% del PIB en el mismo periodo. En ambos regímenes se presenta un aumento del gasto No UPC para los años 2020 y 2021 debido, en otras razones, al cambio en el mecanismo de acceso a este gasto por los presupuestos máximos.

Vale la pena señalar que la participación del gasto No UPC del régimen contributivo representa aproximadamente el 80% del total de gasto por fuera del PBS. En el caso de los presupuestos máximos la asignación para el régimen contributivo es equivalente a cuatro veces la del régimen subsidiado. Este hecho podría explicarse por falta de información completa por parte de los afiliados del régimen subsidiado acerca de los servicios de salud a los cuales tienen derecho. En efecto, según cifras de los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS), los afiliados al régimen subsidiado tienen

en promedio una menor cantidad de utilizaciones a los servicios de salud y de acuerdo con la información de la herramienta MIPRES que incluye los servicios médicos fuera del PBS, los afiliados al régimen subsidiado registran también menores utilizaciones (Anexo 5). Adicionalmente, de acuerdo con el Informe Nacional de Competitividad (2022) a pesar de los avances en el aseguramiento, existen barreras para el acceso efectivo de los servicios de salud, especialmente en la población más vulnerable. Estas barreras, entre otras razones, están relacionadas con la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites para acceder a los servicios de salud.

Cuadro 6
Gasto No UPC por régimen (% del PIB)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021
Régimen contributivo										
Pres. Máximo									0,35	0,38
Recobros	0,31	0,26	0,33	0,26	0,26	0,27	0,26	0,10	0,04	0,00
Total	0,31	0,26	0,33	0,26	0,26	0,27	0,26	0,10	0,38	0,39
Régimen subsidiado										
Pres. Máximo									0,07	0,13
Recobros	0,04	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,06	0,07	0,04	0,02
Total	0,04	0,06	0,05	0,06	0,05	0,06	0,06	0,07	0,11	0,14
Regímenes contributivo y subsidiado										
Pres. Máximo									0,42	0,51
Recobros	0,35	0,32	0,38	0,32	0,31	0,33	0,32	0,17	0,08	0,02
Total	0,35	0,32	0,38	0,32	0,31	0,33	0,32	0,17	0,49	0,53

Fuente: Para recobros de régimen contributivo cuentas FOSYGA para el periodo 2011-2016 y ADRES para periodo 2018-2021. Para recobros de Régimen subsidiado Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) y ADRES.

3.2.2. Gasto en salud para atender la pandemia por COVID-19

Para brindar una respuesta a los retos económicos y en términos de salud pública que trajo la pandemia del COVID-19, el gobierno nacional creó el FOME. Con este fondo se pretendía tener una disponibilidad de recursos que garantizara la prestación de los servicios requeridos para atender la emergencia sanitaria, la protección a la población más vulnerable y a contener los efectos sobre las finanzas de los hogares y las empresas. El fondo no cuenta con personería jurídica y su administración quedó a cargo del ministerio de hacienda.

Las fuentes de los recursos del FOME fueron préstamos a cargo del gobierno nacional con algunos fondos como el Fondo de Ahorro y Estabilización (FAE), el FONPET y el Fondo de Riesgos Laborales, así como recursos provenientes de inversiones obligatorias de los establecimientos de crédito en títulos de solidaridad TDS, y de asignaciones del PGN. Durante las vigencias 2020, 2021 y 2022, el

FOME acumuló apropiaciones por alrededor de \$47 billones. De este monto, el comité de administración aprobó usos con cargo al Fondo por \$44,3 billones, de los cuales \$17,6 billones se asignaron a la atención de la emergencia sanitaria, mientras que el saldo se distribuyó entre la atención a la población vulnerable y a apoyos económicos a familias y empresas.

De los \$17,6 billones aprobados para la atención de la emergencia sanitaria, \$16,3 billones se destinaron al financiamiento de medidas para mejorar la atención en salud en todo el país, entre ellas las medidas adoptadas por el sector salud para la ampliación de la oferta y el aseguramiento en salud (\$10,5 billones), la estrategia de pruebas, rastreo y aislamiento (\$0,2 billones), y la puesta en marcha del plan nacional de vacunación contra el COVID-19 (\$5,7 billones). El resto de los recursos (\$1,3 billones) se dirigió a la adquisición de equipos y elementos de bioseguridad para el sector Defensa, la prestación de servicios de salud en centros de reclusión, la protección de las cadenas de abastecimiento alimentario y la implementación de protocolos de bioseguridad de los colegios públicos, y a los apoyos al Fondo Solidario de Educación.

De los recursos del FOME que se destinaron al fortalecimiento del sector salud, a través de la ADRES se canalizaron aquellos destinados a la atención de programas como las canastas para la prestación de servicios y tecnologías en salud destinados a la atención del coronavirus, el reconocimiento y pago de las pruebas de búsqueda, tamizaje y diagnóstico, la compensación económica de afiliados al régimen subsidiado contagiados con COVID-19, el pago de la UPC de los afiliados al régimen contributivo que perdieron el empleo durante la pandemia, los servicios de cuidados intensivos y cuidados intermedios y el reconocimiento económico al talento humano que participó en la atención de los pacientes contagiados. El costo de estos programas ascendió a \$1,5 billones en 2020, a \$6,6 billones en 2021 y a \$3,2 billones en 2022²² (Cuadro 7).

²² Es importante señalar que el gasto del programa de vacunación para atender la emergencia por COVID-19 se financió con recursos del FOME, ejecutados por la Unidad Nacional para la Gestión del Riesgo. Estos recursos, que ascendieron a \$ 5,7 billones, no se contabilizaron dentro de las fuentes ni de los usos del sistema de salud.

Cuadro 7

Recursos del FOME administrados por la ADRES (millones de \$)

	2020	2021	2022
Reconocimiento talento humano	452.777	81.699	131.552
Compensación afiliados régimen subsidiado	125.046	119.430	49.281
Canastas y pruebas COVID-19	390.590	4.517.154	1.629.036
Servicios UCI cuidados intermedios	289.482	397.553	34.214
UPC régimen contributivo	290.387	1.533.636	1.341.564
Total	1.548.282	6.649.471	3.185.647

Fuente: (FOME)

4. CONCLUSIONES

Este estudio evalúa los mecanismos de financiación del sistema de salud, diferenciado los recursos de origen fiscal, parafiscal y otras fuentes utilizadas para atender prioritariamente los costos de los regímenes contributivo y subsidiado de salud. Durante los últimos años, el sector ha enfrentado problemas financieros y administrativos que han aumentado la necesidad de recursos fiscales para su financiación. La mayor necesidad de estos recursos, junto con diferentes riesgos que enfrenta el sistema debido a los cambios en los patrones demográficos y de morbilidad, el cambio técnico en el sector y los cambios en la demanda de los servicios podrían afectar la sostenibilidad del sistema.

Las principales fuentes de financiación del SGSSS en Colombia son las cotizaciones a cargo de los empleadores y empleados, y los recursos de origen fiscal dentro de los cuales sobresalen los aportes del PGN y las transferencias a través del SGP. La mayoría de estos recursos se han destinado a financiar el costo del aseguramiento de los regímenes contributivo y subsidiado de salud que se materializa a través del pago de las UPC a las EPS. La administración de los recursos del sistema ha experimentado cambios desde 1993. Inicialmente, el FOSYGA era la entidad encargada de manejar los recursos del régimen contributivo y las entidades territoriales eran las gestoras de los recursos asignados al régimen subsidiado.

Desde 2017, la ADRES se encarga de administrar la mayor parte de los recursos del sistema incluyendo tanto las cotizaciones como los recursos del SGP a favor del régimen subsidiado al igual que los recursos territoriales y otras rentas destinadas a ese régimen. Cabe destacar que, durante los últimos años, el valor de la UPC en términos reales ha venido aumentando para los dos regímenes, principalmente por la inclusión de nuevos medicamentos y servicios en el PBS, que antes se reconocían a través de mecanismos de los presupuestos máximos. Asimismo, la pandemia por COVID-19, la inclusión de población migrante de origen venezolano al régimen subsidiado y el

Acuerdo de Punto Final han generado nuevas presiones al sistema que se han atendido con recursos de origen fiscal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. Ejecuciones presupuestales 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022. <https://www.adres.gov.co/nuestra-entidad/informacion-financiera/unidad-de-recursos-administrados-ura/Paginas/presupuestos.aspx>.
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. (s.f.). ¿Qué es y qué no es el Acuerdo de Punto Final?
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. Liquidación Mensual de Afiliados – LMA. <https://www.adres.gov.co/eps/regimen-subsidiado/resumen-lma>
- Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, ADRES. (2023). Reporte de afiliados por entidad. <https://www.adres.gov.co/eps/bdua/Paginas/reporte-afiliados-por-entidad.aspx>
- Arango, L., Botero, J., Gallo, M.P., y Melo-Becerra, L. (2023). Efectos fiscales de choques y alternativas de financiamiento del sector de la salud: Un enfoque de Equilibrio General Computable. *Borradores de Economía* (por aparecer).
- Consejo Nacional de Competitividad, CNC. (2022). Informe Nacional de Competitividad 2022-2023. Capítulo de Salud. https://compite.com.co/wp-content/uploads/2022/11/CPC_INC_2022_InformeFinal_2.pdf
- Departamento Nacional de Planeación, DNP. Sistema de Información del Formulario Único Territorial. 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022. <https://sisfut.dnp.gov.co/app/login>.
- Fondo de Mitigación de Emergencias – FOME (2021). Medidas económicas adoptadas para la atención de la emergencia ocasionada por el COVID-19. Ministerio de Hacienda y Crédito Público. Recuperado de: https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-158801%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased#:~:text=3.-,Usos%20de%20recursos%20del%20FOME%3A%20vigencias%202020%20y%202021,empleo%20y%20la%20actividad%20econ%C3%B3mica
- Iregui-Bohórquez, A. M., Melo-Becerra, L., Pinilla-Alarcón, D. y Ramírez-Giraldo, M. T. (2023). Evolución y carga financiera de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles en Colombia: 2009-2021. *Borradores de Economía* (por aparecer).
- Melo, L., y Ramos, R. (2010). Algunos aspectos fiscales y financieros del sistema de salud en Colombia. *Borradores de Economía*. Banco de la República.
- Ministerios de Salud y Protección Social. (2013). “Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)”. Boletín bimestral No. 13. Dirección de Financiamiento Sectorial.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Seguimiento a recobros no Pos Régimen contributivo. Grupo de Estudios Sectoriales y de Evaluación de Política Pública.
- Ministerios de Salud y Protección Social. (2017). Fuentes y usos de los recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Dirección de Financiamiento Sectorial.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). Aplicación de la metodología para la definición del presupuesto máximo a transferir Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Obligadas a Compensar - EOC, en la vigencia 2020. Bogotá. Dirección de Regulación de Beneficios, Costos y Tarifas del Aseguramiento en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021a). Estudio de sostenibilidad del aseguramiento en salud para el año 2020.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021b). Minsalud actualizó Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualizo-Plan-de-Beneficios-en-Salud-con-cargo-a-la-UPC.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Gobierno Nacional cumplió con Acuerdo de Punto Final. Boletín de prensa No. 188 de 2022.
- Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud, RIPS. (s.f.). Base de datos. Ministerio de Salud de Protección Social. Superintendencia Nacional de Salud, Supersalud. (s.f.). Estados financieros de las EPS. 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021.

Anexo 1

Ejecución presupuestal - Fosyga

Apropiación definitiva	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Compensación	2,51	2,74	2,91	3,25	3,38	3,58	3,93
Solidaridad	0,64	0,58	0,67	1,20	1,25	0,94	0,99
Promoción	0,19	0,09	0,11	0,11	0,11	0,11	0,10
ECAT	0,23	0,24	0,18	0,21	0,44	0,24	0,24
Garantías para la salud	-	0,02	0,02	0,06	0,14	0,15	0,06
Total	3,56	3,67	3,89	4,84	5,32	5,01	5,33

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social.

Anexo 2
Fuentes de recursos del sistema de salud (miles de millones de \$ de 2021)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022
A. Total Fuentes	40.203	45.226	47.835	50.229	47.228	48.986	54.530	61.396	66.304	72.926	67.235
1. Contribuciones	21.508	23.238	24.445	19.822	19.927	20.284	22.193	23.032	22.883	23.561	23.977
2. Transferencias Totales	14.674	16.146	17.046	25.647	25.118	26.674	30.288	32.864	35.749	44.410	39.112
2.1. Transf. Nación y Territorios	12.618	14.369	14.973	23.304	23.051	24.577	27.556	29.919	32.629	41.282	35.818
2.1.1. Nación	10.280	11.974	12.512	21.093	20.655	21.276	23.320	27.205	30.716	39.205	33.760
CREE e Imporenta				7.491	8.364	8.411	4.579	5.685	6.649	5.541	5.386
Otros recursos PGN	2.053	3.435	3.541	4.712	3.407	3.735	9.089	10.411	10.405	15.882	16.214
SGP	8.227	8.539	8.971	8.890	8.885	9.130	9.653	11.109	10.839	11.173	10.314
Residencias médicas									96	173	203
Recursos FOME									2.725	6.436	1.643
2.1.2. Entidades Territoriales	3.186	2.338	2.395	2.461	2.211	2.395	3.301	4.235	2.715	1.913	2.077
Aportes Dep. y Mun.	1.844	1.724	2.085	2.133	2.053	2.133	2.209	1.749	2.255	1.667	2.077
Recursos FONPET						127	957	2.242	217		
Regalías	1.343	614	310	328	158	135	135	245	243	247	
2.2. Otras Transferencias	1.682	2.055	1.778	2.073	2.343	2.068	2.097	2.733	2.945	3.120	3.128
2.2.1. Cajas compensación fam.	360	676	506	756	876	520	478	543	575	571	590
2.2.2. Recursos Coljugos								375	432	306	327
2.2.3. Prima FONSAT y SOAT	1.322	1.379	1.271	1.317	1.467	1.547	1.619	1.815	1.938	2.242	2.210
3. Otros Ingresos	5.120	4.021	5.842	6.345	4.760	2.183	2.029	2.049	5.500	7.673	4.955
3.1. Excedentes Finan. Fosyga	4.531	3.552	4.083	5.314	3.246	646	763				
3.2. Rendimientos Financieros	589	469	1.575	621	508	430	904	75	144	158	64
3.3. Reintegros								718	1.225	1.508	1.252
3.4. Ley de punto final 2019									2.372	1.918	1.650
3.5. Otras fuentes de recursos			185	410	1.006	1.107	362	1.256	1.759	4.089	1.989

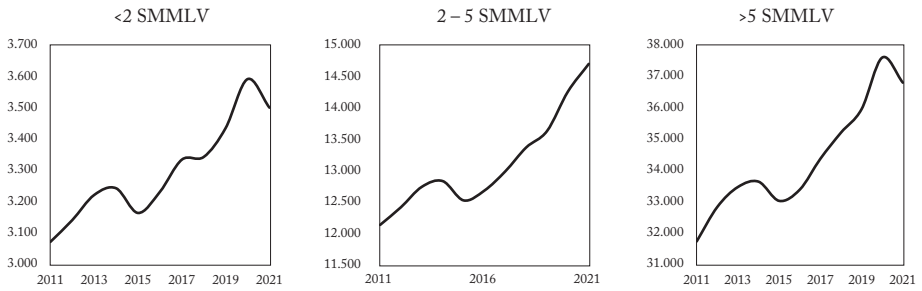
Nota: por la entrada en funcionamiento de la ADRES en agosto de 2017 y las dificultades de empalme de las cifras, no se presenta la información para este año.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el periodo 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) para el periodo 2018-2022.

Anexo 3 Usos de recursos del sistema de salud (miles de millones de \$ de 2021)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2018	2019	2020	2021	2022
A. Total Usos	37.108	39.288	46.156	46.921	47.228	48.986	51.971	57.259	66.976	71.033	66.635
1. Régimen Contributivo y Subsidiado	27.623	30.557	37.041	38.192	39.870	42.139	45.101	48.164	50.918	51.351	53.994
1.1. UPC – Rég. Contributivo	17.136	17.461	18.535	19.247	20.811	22.112	23.602	24.540	25.162	25.415	27.584
1.2. UPC – Rég. Subsidiado	10.487	13.096	18.506	18.945	19.059	20.027	21.499	23.624	25.755	25.937	26.410
2. Gasto No UPC	3.151	2.988	3.710	3.317	3.208	3.407	3.509	1.877	5.191	6.320	2.875
2.1. Presupuestos máximos										4.558	6.099
2.2. Recobros	3.151	2.988	3.710	3.317	3.208	3.407	3.509	1.877	633	221	155
3. Salud pública, Programas P y P	5.740	5.202	4.402	3.773	2.672	2.460	1.024	1.034	1.388	1.606	2.620
4. Programa residencias médicas											
5. Medidas COVID-19									1.635	6.649	2.816
5.1. Reconocimiento económico talento humano											478
5.2. Compensación afiliados reg. Subsidiado											132
5.3. Canastas y pruebas COVID-19										413	4.517
5.4. Servicios UCI, cuidados intermedios										307	306
5.5. UPC régimen contributivo.											1.534
6. Ley de Punto Final								3.206	4.724	2.500	1.428
7. Otros Usos	595	541	1.003	1.639	1.479	981	2.337	2.979	3.024	2.419	2.706

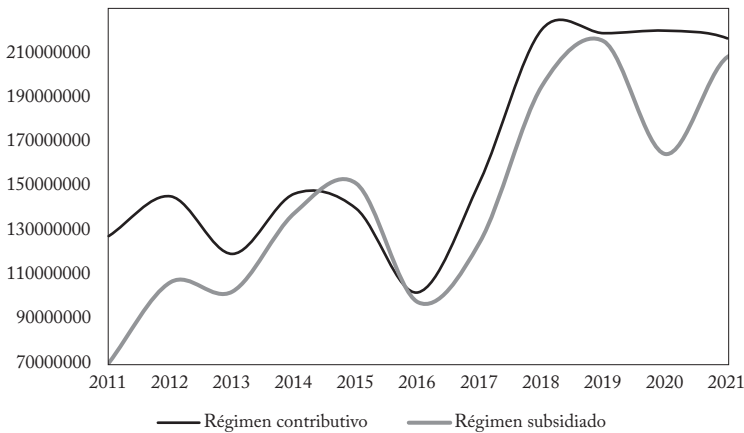
Nota: por la entrada en funcionamiento de la ADRES en agosto de 2017 y las dificultades de empalme de las cifras, no se presenta la información para este año.
Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2013 y 2017) para el período 2011-2016 y ADRES y Departamento Nacional de Planeación Nacional (DNP) para el período 2018-2022.

Anexo 4
Valor cuota moderadora (\$ 2021)



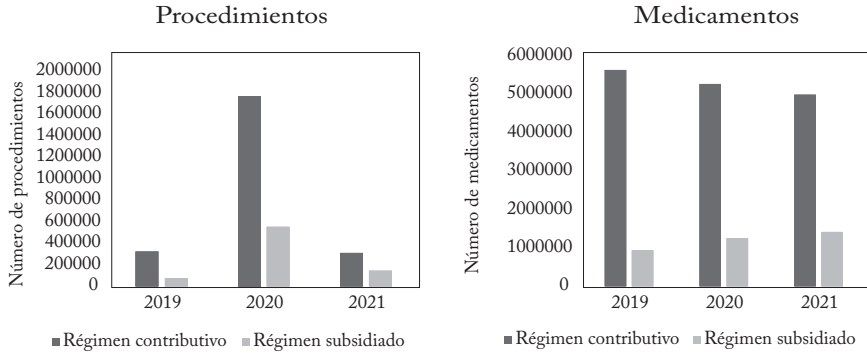
Fuente: Ministerios de Salud y Protección Social.

Anexo 5
Gráfico A5.1
Utilizaciones de servicios médicos dentro del PBS por régimen*



Nota: * Las utilizations incluyen procedimientos médicos, consultas, hospitalizaciones y urgencias
 Fuente: RIPS.

Gráfico A5.2 Utilizaciones de MIPRES por régimen



Fuente: MIPRES.



Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41982577009>

Cómo citar el artículo

Número completo

Más información del artículo

Página de la revista en redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la
academia

Clark Granger, Ligia Alba Melo-Becerra,

Jorge Enrique Ramos-Forero, Giselle Tatiana Silva-Samudio

**FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA:
ANÁLISIS DE FUENTES Y USOS***

**Health System Financing in Colombia: Analysis of Sources
and Uses**

**Financiamento do sistema de saúde na Colômbia: análise
de fontes e usos**

Revista de Economía Institucional

vol. 27, núm. 53, p. 221 - 252, 2025

Universidad Externado de Colombia,

ISSN: 0124-5996

ISSN-E: 2346-2450

DOI: <https://doi.org/10.18601/01245996.v27n53.09>