

Crisis de la salud e Inconsistencias de la política pública de “todos los recursos a las EPS”

La [Ley 1955 de 2019](#) del Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 “*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*” definió cuatro ejes de política pública en salud que están en marcha: 1) La centralización de la administración del reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado en ADRES 2) La definición de nuevos Valores Máximos de Recobro, 3) El Acuerdo de Punto Final y 4) La definición de Techos o Presupuestos Máximos, para la entrega anticipada de recursos del NoPBS (antes NoPOS) a las EPS.

Según el Ministerio Salud, este andamiaje normativo busca **que las EPS gestionen y administren** el sistema de salud integralmente, es decir, que garanticen a los usuarios que lo requieran, todos los servicios y tecnologías en salud, autorizados en el país por la autoridad competente, indistintamente de si están financiados con la UPC o por este **nuevo presupuesto** que será girado por la ADRES” para así “garantizar el flujo oportuno y efectivo de recursos para financiar los servicios de salud, la transparencia en su asignación y el financiamiento y prestación eficiente”, propósito que se lograría con medidas diseñadas para generar “liquidez, saneamiento y transformación”. Así se expidieron:

- La [Resolución 848](#) del 5 de abril de 2019 para el Giro Previo de recursos en el proceso de auditoría integral y agrupamiento de solicitudes de recobro/cobro que modificó la [Resolución 1885](#) del 10 de mayo de 2018, que estableció el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud que no son financiadas con recursos de la UPC.;
- El [Decreto 1333](#) del 25 de julio de 2019, reglamentó el Artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, desarrollando el marco normativo para ajustar el valor girado (y habilitó a la nación para reconocer como deuda pública \$ 2.764 millones -durante la vigencia de 2019- para el pago de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo UPC-C);
- El [Decreto 1350](#) del 26 de julio de 2019 -llamado de Glosa Transversal- por el cual se reconoce como deuda pública y se establecen disposiciones para el pago de acreencias por concepto de los servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, indicados en el parágrafo tercero del artículo 237 de la [Ley 1955 de 2019](#) del Plan Nacional de Desarrollo;
- El [Decreto 1683 de 2019](#) por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto 780 de 2016, en relación con las condiciones de habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, para fortalecer a las EPS y
- Los Decretos reglamentarios de los artículos 237 y 238 de la [Ley 1955 de 2019](#) del Plan Nacional de Desarrollo para el saneamiento de deudas del sector salud, por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

Es decir “medidas para el saneamiento, resolución de deudas y transformación de los mecanismos de gestión y financiación” que conducen a un **máximo empoderamiento de las EPS** y el traslado a las mismas de la gestión y administración de **todos los recursos** destinados a la UPC de los regímenes contributivo y subsidiado, así como -en la práctica- una **nueva UPC para lo NoPBS** (para servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC).

En suma, estamos frente a una profundización “con dientes” del rol de las EPS, una apuesta radical de transformaciones en el sistema de salud que pocos vieron venir y pocos nos atrevemos a alertar sobre sus implicaciones.

Sin duda, existe un “centro de pensamiento” -estructurado cupularmente- que está articulando estas medidas. Puede verse que se trata de un grupo capacitado para definir políticas públicas, que decidió embarcarse en una apuesta muy riesgosa que -siendo exitosa para actores con poder que ya están asegurando sus beneficios- puede resultar catastrófica para el sistema de salud en su conjunto.

Por esta razón, vale la pena plantearse cinco reflexiones fundamentales:

1. Sobre si se trata de un proceso avalado por la ciudadanía

En el caos que ahora domina las redes sociales -y los medios en su mayoría alineados con intereses de sus propietarios- no faltará quien opine que sí, que para eso se ganan las elecciones, para hacer prevalecer los intereses de sus mandantes. Pero resulta difícil creer, que el resultado de la votación hubiese sido el mismo, si alguno de los candidatos hubiese dicho en campaña **“todos los recursos y todo el poder a las EPS”**.

Aceptando que puede ser subjetivo, el imaginario de rechazo a las EPS por todas las deficiencias del sistema de salud, parece ser el más difundido. Por lo tanto, si el voto popular fuese programático, las campañas de “NO a las EPS” seguramente hubiesen obtenido un mayor respaldo. Y posiblemente lo suficiente para revertir el escaso margen de la votación final.

Sin ánimo de deslegitimar esta política pública, concluyamos este punto señalando que no hay forma de afirmar o negar -con datos- si existió o no la aprobación de la ciudadanía para este “revolcón” del sistema de salud. Lo cierto es que sus consecuencias serán de tal magnitud que no podrán ignorarse en el marco de la protesta social y futuras elecciones.

2. Sobre administración de lo no financiado por la UPC en el Régimen Subsidiado

La centralización de la administración de lo no financiado por la UPC en el Régimen Subsidiado, que estará a cargo de ADRES a partir del 1° de enero de 2020, tiene defensores y detractores. Quienes la defienden hablan del desgreño administrativo y estadístico de los entes territoriales en este tema y quienes la critican hablan de un retroceso en la descentralización y una apropiación autoritaria de los recursos de las regiones. Por lo tanto, falta ver en el terreno el resultado final de esta política pública.

3. Sobre Valores Máximos de Recobro–VMR con inconsistencias

Según el gobierno, con los **Valores Máximos de Recobro–VMR** se busca “lograr mayor eficiencia y razonabilidad en el gasto, evitando la dispersión” en los precios mismo medicamento. Los VMR ya se están implementando, con base en lo establecido en los artículos 95 y 146 de las leyes 1873 de 2017 y 1940 de 2018. El marco normativo incluye:

- [Resolución 738 de 2019](#), que definió la forma de calcular los VMR,
- [Resolución 1019 de 2019](#), que definió los primeros 50 grupos relevantes con VMR, la
- [Resolución 3078 de 2019](#), que amplió el listado de grupos relevantes a 1.036 nuevos grupos y la
- [Resolución 3514 del 26 de diciembre de 2019](#), que oficializa dichos VMR para su aplicación a partir del mes de enero de 2020.

Aquí, el error conceptual está en asumir -mecánicamente- que la “mayor eficiencia y razonabilidad en el gasto” se logra “evitando la dispersión”, en una base de datos cuyas inconsistencias son evidentes y fueron reconocidas oficialmente por los administradores fiduciarios Fidufosyga y SAYP e incluso el propio Ministerio de Salud. A la fecha, esta situación no ha cambiado sustancialmente, tal como pudo verse en el archivo de más de siete millones de recobros que ADRES entregó a la Fundación Ifarma y los escándalos de la Auditoría integral contratada por ADRES, que son de público conocimiento.

Como era de esperarse, el análisis detallado de los Valores Máximos de Recobro de la Resoluciones 1019, 3078 y 3314, muestra múltiples inconsistencias de fondo y de forma, desde posibles errores de digitación, pasando por diferencias obvias con la base de datos del INVIMA y asignación de VMR a opciones claramente incluidas en PBS con cargo a las UPC, hasta demasiados VMR **incoherentes**.

Todo esto, con el agravante -ya mencionado por el propio gobierno, en la demanda ante el Consejo de Estado- del carácter “no regulatorio” de los VMR (la demanda no sería procedente porque los VMR “solo” pretenden fijar valores máximos de reconocimiento para las tecnologías NoPBS que paga el sistema y “no regular” los precios del mercado).

Además, con el agravante ya aceptado en las reuniones de socialización de estas normas, sobre la **persistencia** de los recobros con medicamentos no regulados por PRI, a los que tampoco se les asignó VMR. Es decir, **se dejó viva la presión tecnológica** con la posibilidad abierta de recobros con medicamentos como EMICIZUMAB, MIDOSTAURINA, OCRELIZUMAB, PONATINIB, etc., que tienen millonarios costos, ya se están recobrando, y no están, ni en el proyecto de regulación por PRI para 2020, ni tienen asignado ningún VMR.

Así, la “transformación de los mecanismos de gestión y financiación” puede quedar en el campo de las buenas intenciones e incluso generar nuevas complicaciones.

4. Sobre inconsistencias en información que afectan cifras del Acuerdo de Punto Final

El Ministerio de Salud difundió el gráfico N°1 para presentar el déficit acumulado de los recobros por prestaciones NoPOS-NoPBS (y justificar el Acuerdo de Punto Final), En el mismo, sorprende la serie de valores “recobrado” y “aprobado” de los años 2006-2018 para un “desbalance acumulado” de \$ 7,42 Billones corrientes. Si la diferencia entre el valor recobrado y el aprobado corresponde a **glosas** ¿cómo entender que se generen “deudas” por valores “no aprobados”? y si la nota de ADRES habla de “valores radicados” y “efectivamente pagados, **sin incluir glosa**” ¿a qué corresponde la deuda?

Gráfico N°1: Datos para el cálculo del déficit acumulado del Acuerdo de Punto Final



Pero el tema de las inconsistencias en la información magnética de recobros es mucho más grave, puesto que la Federación Médica Colombiana FMC, mediante litigio, logró que los administradores fiduciarios -Consortios Fidufosyga y SAYP- reconozcan que la información magnética de recobros por \$ **8 billones** pagados entre 2005 y 2010 contenían **múltiples** valores absurdos, duplicados, sin identificación adecuada de prestaciones, con prestaciones POS recobradas como NoPOS, etc. Y el año 2012, [el Ministerio de Salud aceptó las mismas inconsistencias](#), aunque las consideró “*legales*” porque “*se respetó la normatividad vigente*” e “*inmodificables*” porque no pudo glosarlas dado que ni el Administrador fiduciario ni el Ministerio tenían “*facultades legales o contractuales para hacerlo*”.

Y no se trata del pasado, porque el 26 de julio de 2019 -en [respuesta](#) a una petición de la Fundación IFARMA- se encontraron [inconsistencias similares a las anteriores](#) en la información de recobros por tutelas de los años 2012-2018. Y ADRES esgrimió argumentos similares a los del Ministerio en 2012:

- La información magnética de recobros corresponde a datos diligenciados por las EPS y EOC, de acuerdo con la normatividad vigente.
- La normatividad vigente impide modificar inconsistencias en la información de recobros.
- El pago se realiza tras la verificación de los soportes allegados y aprobación de “auditoría integral”.
- Cuando existen diferencias con la información magnética, prima la información de los soportes.
- No pueden negarse estos pagos porque la Corte Constitucional ordenó "eliminar requisitos inocuos" y no "imponer glosas inconsistentes o infundadas".
- La regulación del proceso de auditoría **no ha exigido la creación de una base de datos validados** y
- Las actividades de auditoría tienen “*presunción de legalidad*” porque “se presumen realizadas con estricta sujeción al principio de legalidad en el ejercicio de la función administrativa”

Por lo anterior, resulta que si los cálculos de **\$6,7 billones** del Acuerdo de Punto Final se basaron en la información magnética de recobros de la misma base de datos con inconsistencias comprobadas, su legitimidad es dudosa y existe el riesgo de un daño patrimonial que tendrá que definirse.

5. Sobre Techos o Presupuestos Máximos–TPM también con inconsistencias

Sobre los **Techos o Presupuestos Máximos–TPM** el gobierno dice textualmente: “se propone una nueva forma de atender y pagar los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, en la que se entregará a las EPS un valor por unidad mínima de concentración para el caso de medicamentos y un per cápita para el caso de los procedimientos, que se girará de manera anticipada a la ocurrencia de los eventos, operando de forma **similar a lo que hoy ocurre con la UPC.**”

“De manera adicional, este mecanismo constituye la principal medida para garantizar que no exista una nueva acumulación de diferencias de valores entre la entidad responsable de pago y las cobrantes/recobrantes, en tanto al transferir la gestión a la EPS, asociado a un pago anticipado, no existiría razón alguna para que se volviera ante ADRES al recobrar diferencias en el reconocimiento y pago de los servicios y tecnologías no financiados por la UPC, pues eran tales entidades las que tienen la capacidad de controlar auditar y pagar estos servicios con los recursos asignados.”

En los hechos, el [proyecto de asignaciones](#) de **Techos o Presupuestos Máximos–TPM** muestra el detalle de la distribución de **\$3,6 billones** como pago anticipado para 44 códigos (17 de contributivo y 27 de movilidad) con valores que van desde **\$1.011.671.146.698** para NUEVA EPS (contributivo) hasta un mínimo de **\$57.797** para CAPRESOCA (movilidad). Otras asignaciones significativas son: **\$596.154.371.308** para SURA EPS (contributivo), **\$466.641.063.319** SANITAS (contributivo), **\$376.423.400.107** COOMEVA (contributivo) y **\$308.668.023.961** SALUD TOTAL (contributivo). En MEDIMAS EPS (movilidad) registra **\$192.338.340.118** y contributivo **\$13.118.246.213**.

En el [proyecto de asignaciones](#) aparece el detalle de valores de **1.188 medicamentos** que sirvieron para el cálculo (que prácticamente corresponden a los **1.036 VMR** de la [Resolución 3314 del 26 de diciembre de 2019](#) con un incremento aproximado de 3%) junto al Listado de Valores de Referencia de Alimentos con Propósito Médico Especial - APME (Anexo N°4, con 13 valores) y al Listado de los Valores de Referencia de Procedimientos y Servicios Sociales Complementarios (Anexo N°5, de 435 CUPS y 29 Servicios Sociales Complementarios). **No se publican las cantidades** que sirvieron para el cálculo de las asignaciones, razón por la cual resulta **imposible definir** el peso específico de cada concepto (hecho que vuelve parcial la transparencia).

Y -obviamente- las inconsistencias de la información magnética de recobros que generan dudas en los Valores Máximos de Recobro y las cuentas del Acuerdo de Punto Final, afectan también a los cálculos de los **Techos o Presupuestos Máximos–TPM**.

Planteadas las cinco reflexiones, podemos decir que el andamiaje normativo de la política pública de **“todos los recursos y todo el poder a las EPS”** está completo y los recursos ya están fluyendo -de acuerdo con los planes de sus arquitectos- hacia las redes estructuradas de recobro, sin que hayan aparecido las primeras señales de cambio en “liquidez, saneamiento y transformación” o un anuncio de alguna mejoría en la prestación de servicios.

Los ideólogos de la profundización de la Ley 100 seguramente estarán de plácemes porque esta vez lograron todos los cambios propuestos en las postrimerías de la administración Uribe-Palacio. Esta vez, sin ninguna oposición de la Corte Constitucional y -paradójicamente- con un discurso mediático de implementación de la Ley Estatutaria y defensa del Derecho Fundamental a la Salud.

Pronto veremos los resultados. FIN