

Imprimir

El éxito del Estado -apoyado en la sabiduría de los “sacerdotes del reino-, los Tecnócratas, en vender una visión de la realidad social capaz de justificar el poder de las minorías y, al mismo tiempo responsabilizar individualmente a la mayoría de los ciudadanos de su propio fracaso, permite colocar bajo el velo de ignorancia la realidad de la determinación social y, de esa forma, crear y mantener unos estados de inequidad que son tenidos como racionales, por lo tanto aceptables, tanto por gobernantes como por gobernados (Castro Gómez, 2010, p.40). Dicha producción simbólica, profundamente arraigada en conceptos clasistas- cuando no francamente racistas-, que evidencian una clara posición política – por el esfuerzo en negar, precisamente, la dimensión política de la desigualdad es vendida públicamente con éxito, como “teoría económica” y como “conocimiento científico” (Martínez, 2017, p.189)

En este contexto, el proyecto de reforma estructural del sistema de salud, en contra de la privatización, desató una avalancha de conceptos que se ajustan a esta perspectiva para mantener el modelo. No ha importado que en el sistema de salud existan ciudadanos marginados, la quiebra de los hospitales públicos, la concentración de los recursos de la salud por integración vertical en un tercio de los prestadores llevando a la quiebra a la mayoría o el desvío de billonarios recursos de la salud denunciado. Este sistema está creado para manipular los recursos públicos y controlar la narrativa dominante, imponiendo una perspectiva interesada de la realidad social.

Cuando la crisis del sistema alcanza su punto más crítico, los “guardianes del estatus quo” desvían el enfoque del debate central utilizando argumentos superficiales. En lugar de abordar la gravedad del desvío de fondos públicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) durante los últimos 30 años, centran la discusión en la insuficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), mortalidad evitable y siniestralidad. Se esfuerzan por ocultar la verdadera naturaleza del problema, evitando mencionar los recursos desviados de las reservas técnicas o las inversiones ilegales realizadas con la UPC, cuyo destino específico es la atención de la salud. Las estructuras sociales injustas e inequitativas se sustentan en interpretaciones parciales y sesgadas de la realidad (Martínez, 2017, p.190)

El problema esencial es el desfalco: una transgresión significativa de la legalidad, un persistente incumplimiento de las regulaciones y una manifiesta incapacidad de las entidades de control durante todos estos años. Lo más grave de esta situación es la violación de los derechos fundamentales de las personas dentro de un Estado Social de Derecho que debería velar por la protección y equidad social.

En febrero 2024, la Contraloría General de la República entregó un informe sobre el análisis de la situación de cartera que reportan 26 EPS, determinando que, a corte de octubre de 2023, estas entidades acumulan una deuda total de \$25 billones de pesos con las IPS y proveedores. También evidencia las deudas correspondientes a las reservas técnicas y pasivos administrativos.

En este informe, el contralor en funciones, Carlos Mario Zuluaga hace una alerta sobre el impacto de la situación financiera y la cartera hospitalaria de las EPS hacia las IPS respecto a los servicios de atención en salud. Se destaca el aumento de las PQRS de afiliados desde 2018 y la frecuente necesidad de recurrir a la tutela para acceder a servicios de salud efectivos y oportunos, indicando un deterioro en su calidad con el tiempo

En rueda de prensa el 2 de abril de 2024, la sociedad civil, liderada por la Comisión de Seguimiento de la Sentencia T760, representada por la ex ministra de salud, Carolina Corcho, donde se denunció la posible pérdida de billones de pesos de la salud. Esta denuncia se basa en un estudio detallado de los estados financieros, llevado a cabo por el proyecto ciudadano #dondeestaplata.com.

La denuncia constó de 4 elementos. Reservas técnicas, integración vertical, costos de medicamentos, politización de la salud en el actual sistema.

Para entender la gravedad de estos hallazgos debemos definir cómo funcionan las aseguradoras, que es la figura jurídica que corresponde a las EPS. Teóricamente las aseguradoras se dedican a la gestión del riesgo, recoge una prima, en este caso, la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y presta un servicio cuando las personas lo requieren, en este

caso un servicio de salud. Por supuesto esto implica identificación de los riesgos de sus afiliados. El cálculo de la prima se basa en información que las EPS entregan periódicamente. El Ministerio de Salud elabora anualmente el estudio de suficiencia de la UPC, mediante el cual se calcula su valor y se definen los valores para establecer el incremento para el año siguiente.

La prima resultante (UPC) tiene los siguientes ajustes: 1- Estimación de los eventos incurridos no reportados, o sea, aquellos pacientes que están siendo atendidos sin que la EPS haya recibido el reporte de su atención. 2- Por tendencias, considerando los momentos de experiencia, aplicación y recolección de información para contar con estimaciones más precisas. 3- Análisis de las frecuencias, que considera que hay oscilaciones y fluctuaciones que afectan el valor de la UPC. (1)

Para asegurar la atención de los eventos, las EPS deben cumplir con condiciones financieras y de solvencia como requisito de habilitación, según lo establece el Decreto 2702 de 2014. Para operar dentro del sistema, es imprescindible que cuenten con reservas técnicas. Sin estas reservas, no es posible garantizar una adecuada provisión para el pago de los servicios de salud. Las EPS deben invertir las reservas técnicas en activos que cumplan con estrictos criterios de seguridad y liquidez.

la exministra Carolina Corcho reveló que, tras revisar los estados financieros presentados por las EPS oficialmente al Ministerio de Salud, entre 2020 y 2023, se identificó un faltante de 13.2 billones de pesos en reservas técnicas de ocho EPS. Estos recursos no aparecen reflejados en inversiones, pagos a clínicas y hospitales, y mucho menos en caja.

Para poner en perspectiva la gravedad de la denuncia, en Colombia se permite el 30% de integración vertical de acuerdo a la ley, “yo me contrato y yo me pago”, en un país sin regulación tarifaria, (control que ofrecía el proyecto de reforma a la salud que fue hundido en la comisión séptima del senado). Actualmente existen 11.370 Instituciones Prestadores de Salud (IPS) registradas. En el 2021, 537 de ellas concentraban el 81% de los recursos de la salud, aproximadamente 60.5 billones de pesos. Para 2023 esta concentración se redujo a

309 IPS que reciben el 76% de los recursos, equivalentes a 64.8 billones de pesos

En la lista de las diez IPS con mayores facturaciones, la compañía de medicina prepagada Colsanitas ocupa el primer lugar con 2.596.570 millones de pesos, seguida de cerca por la Clínica Colsanitas con 1.974.800 millones de pesos. Ambas están vinculadas al grupo Keralty, propietario de la EPS Sanitas. La pregunta que se debe plantear es si estas entidades están utilizando los recursos de presupuestos máximos para sus propias operaciones o si están cargando estos costos al sistema de salud.

El 8 de abril, la CGR reveló otro hallazgo, un informe preliminar que evidenció un supuesto detrimento patrimonial de \$9.2 billones de la salud. La Contraloría anunció la apertura de una investigación a 18 EPS, sobre la cual estamos esperando resultados, tras descubrir que recursos girados por el Estado en 2020 y 2021 para la atención a pacientes durante la pandemia, fueron desviados a pagar deudas de los prestadores en lugar de ser destinados a servicios médicos. El informe detalla que el dinero fue destinado a enfrentar la emergencia del COVID-19, pero se encontraron irregularidades en su uso por parte de 18 de las 26 EPS en el país.

A pesar del anuncio por parte de la CGR de entregar informes sobre la investigación a las EPS para el 13 de junio, estos documentos aún no se han presentado. Con la llegada del nuevo Contralor, Carlos Hernán Rodríguez, es imperativo que se compartan las conclusiones del proceso de fiscalización y se definan las acciones a seguir en respuesta a la creciente inquietud sobre la efectividad del proceso

La Contraloría, en una reunión clave con la fiscal General Luz Adriana Camargo Garzón, el Contralor General Carlos Mario Zuluaga, y el Defensor del Pueblo Carlos Camargo, iniciaron una investigación sobre el manejo presuntamente irregular de los dineros públicos en algunas Entidades Promotoras de Salud (EPS). Este proceso ha llevado a la creación de un equipo especial de fiscales, expertos y peritos de diversas delegaciones para investigar posibles irregularidades en el uso de los recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC). La necesidad de resultados claros y detallados asegura que estos recursos se utilicen

adecuadamente en beneficio de la salud pública, y la ciudadanía está expectante ante los hallazgos que se derivarán de esta investigación.

El 6 de junio, en una rueda de prensa, el Superintendente de Salud, Luis Carlos Leal, dio a conocer el informe de los hallazgos de la intervención, iniciada en abril de este año, a tres EPS del país: Sanitas, SOS y Nueva EPS.

Los hallazgos reportados tras la intervención de tres EPS son abrumadores, solamente la EPS SANITAS, en el balance evidenció pérdidas superiores a 400 mil millones de pesos, con 104.226 millones gastados en la operación de centros médicos y como “aseguradora”, no caracteriza adecuadamente a la población afiliada según sus condiciones sociales, económicas, calidad de vida, patologías y factores de riesgo. La morbilidad materna extrema se situó en 65, muy por encima de la meta de 35 exigida por la norma.

En la EPS SANITAS se identificaron pagos por 64 contratos de arrendamiento por 4.666 millones mensuales, 56 mil millones anuales, y mejoras por 800 millones en dichos inmuebles. Aunque la ley claramente advierte que el dinero de la UPC es de uso exclusivo para la atención de la salud de sus afiliados. Surgen muchas preguntas al respecto: ¿Qué auditorías se realizaban para verificar si los recursos eran utilizando de acuerdo con su propósito? ¿Qué papel juega la junta directiva?

No sorprende que se encontraran tarifas negociadas con tarifarios propios, contraviniendo el manual dado su participación en algunos prestadores. La organización institucional del sistema de salud en la Ley 100 de 1993 siempre ha favorecido la integración vertical entre aseguramiento y prestación de servicios. Aunque públicamente se promueve la separación entre aseguradores y prestadores, la política real ha mostrado un doble mensaje respecto a la integración vertical, como lo confirma el artículo 179 de dicha ley ó las inversiones en prestación de servicios que son aceptadas para el margen de solvencia (Martínez, 2017.p.254)

En el caso de la Nueva EPS, la situación tampoco es positiva. El interventor, Julio Alberto

Rincón, ha revelado 12,645,762 facturas en proceso de revisión que suman más de 4.4 billones de pesos, las cuales no se reflejan en los estados financieros auditados de la EPS, que ascienden a 5.7 billones de pesos. La inclusión de estos registros provoca un aumento considerable en la deuda reportada de la entidad.

Desde 2019 hasta 2023, la Nueva EPS mostró utilidades. El lunes 20 de noviembre de 2023, durante la asamblea de accionistas, la entidad renovó su junta directiva, quedando conformada de la siguiente manera: se incorporaron el viceministro de Salud, Jaime Urrego; el exviceministro de Hacienda, Fernando Jiménez Rodríguez; y Fabio Alberto Cardona, subdirector de la Caja de Compensación Familiar Cafam. Continúan Noemí Sanín Posada y Fernando Jiménez Rodríguez como miembros principales. Enrique Vargas Lleras se retiró de la junta después de 10 años de presidirla.

La nueva junta directiva no aprobó los estados financieros debido a irregularidades contables, como facturas no contabilizadas. El interventor encontró facturas radicadas por proveedores, plenamente identificadas, que aparecían como cuentas por pagar y ascendían a 5.7 billones de pesos, aproximadamente el 5% del gasto de salud en Colombia. De estas, 5 billones correspondían al año 2023, pero también se encontraron irregularidades en el 2021 y 2022

Esto ocurrió bajo la presidencia de la junta directiva del señor Enrique Vargas Lleras. Además de su papel en la junta de la Nueva EPS, una de las entidades que heredó pacientes de Saludcoop, Vargas Lleras mantenía vínculos con el grupo SaludCoop hasta el año pasado. Estos vínculos incluían la prestación de asesorías jurídicas a la Financiera Progressa y a la cooperativa Acción y Progreso, dos empresas del Grupo SaludCoop que, aunque sobrevivieron al desfalco, también están actualmente intervenidas por el gobierno. (2)

En 2016, se reveló que la firma Vargas Asociados & Cia, propiedad de Enrique Vargas Lleras, tenía contratos por 3.400 millones de pesos en asesorías jurídicas con Saludcoop EPS, Cafesalud y Cruz Blanca. Algunos de estos contratos fueron firmados en 2012, cuando su hermano Germán era ministro de Vivienda, y en 2014 y 2015, mientras Vargas Lleras era

vicepresidente y el gobierno de Santos había intervenido SaludCoop y Cafesalud. (2)

Y es importante tener presente que uno de los problemas que enfrentaron los entes de control para detectar el desfalco liderado por Carlos Palacio, presidente de SaludCoop condenado a 9 años por peculado, fue la tercerización de servicios esenciales, lo que dificultaba la auditoría. Los contratos de la firma de Vargas Lleras y otros abogados con asesorías jurídicas externas fueron controvertidos, especialmente porque SaludCoop estaba intervenida y debía cumplir con estrictos gastos. En 2018, la Contraloría encontró que el dinero público destinado a la salud se utilizó para cubrir gastos no relacionados con el servicio de salud, incluyendo 258 millones de pesos a la firma Vargas Abogados y Cía (2)

En la EPS SOS el interventor señaló la concentración del nivel primario en un solo prestador vinculado, Comfandi, lo que dificulta evaluar su eficiencia. Los contratos PGP con Comfandi registraron una baja ejecución del 82.35% entre agosto de 2023 y marzo de 2024, equivalente a \$19.629 millones, y un bajo rendimiento en periodos anteriores sin recobros correspondientes. Además, se identificaron dificultades para recuperar recursos por servicios prestados por otras IPS, con un valor a recobrar que supera los 14 mil millones de pesos debido a inconsistencias en el contrato actual. (3)

Vicente Calvo ha afirmado repetidamente que la narrativa de insuficiencia de la UPC es un fraude al país, especialmente cuando se reflejan 2 mil millones de dólares como costos causados que en realidad son autorizaciones no ejecutadas. Este argumento se debilita al considerar que las EPS no mantienen reservas técnicas adecuadas, presentando un faltante de 16 billones de pesos a finales de 2023, y que el reporte FT005 muestra una diferencia de 15 billones de pesos entre costos causados y pagos realizados desde 2020 hasta 2023, evidenciando una alta sobreestimación de costos. Además, en los últimos dos años, se han registrado costos causados falsos por un total de 8.5 billones de pesos en 2023, una cifra que representa más de un mes del presupuesto total para la salud de 50 millones de colombianos. Este problema revela que los informes de revisión fiscal son en su mayoría simbólicos, y que el acuerdo de punto final del gobierno anterior no ha resuelto las deudas históricas. Los estudios de suficiencia de la UPC han visto una disminución en la calificación

de las EPS debido a la mala calidad de la información, con solo 4 EPS calificadas para 2024, mientras que varias EPS siguen ocultando pasivos de vigencias anteriores y hay una total falta de transparencia y datos públicos claros. ¿Qué están esperando para ordenar auditorías forenses a todas estas entidades?

Durante años, clínicas y hospitales han reclamado el pago de las deudas, cuyas cifras no coinciden con las reportadas por las EPS, que siempre refieren cantidades menores. Esta discrepancia es de conocimiento público y ha sido noticia de primera plana. Sin embargo, los ciudadanos nos preguntamos: ¿Qué tipo de auditorías se realizan para que esto ocurra?

De acuerdo con Julio Rincón, el problema va más allá del uso inadecuado de los recursos: uno es el impacto sobre el sistema y otro sobre la vida de las familias. El impago sistemático de las EPS a los prestadores está generando un ciclo de costos financieros adicionales y riesgos. No solo se acumulan intereses bancarios y posibles demandas legales, sino que también se requieren auditores para resolver las diferencias en las cuentas. Además, es una práctica común que las EPS pidan descuentos después de dos años de impago, lo que incrementa aún más los costos de la atención sanitaria. Esta cadena de problemas financieros y administrativos ha exacerbado la crisis del sistema de salud, elevando los costos y generando una enorme incertidumbre.

“ La mala gestión en salud tiene un impacto devastador en las vidas de las personas. Diagnósticos tardíos como el cáncer de cuello uterino, que podría haberse prevenido en un 60% con una simple citología vaginal, son una de las muchas fallas del sistema. Pacientes con diabetes descontrolada terminan en diálisis renal o llegan a urgencias para terapia dialítica sin una adecuada gestión médica previa. Este mal manejo no solo incrementa los costos del sistema de salud en 200 millones de pesos adicionales, sino que también lleva a tratamientos costosos y complejos como quimioterapia, radioterapia y mastectomía radical para el cáncer de mama. El verdadero costo se refleja en la salud deteriorada y la calidad de vida comprometida de los pacientes, demostrando una grave deficiencia en la gestión del sistema de salud.

Una cuestión crucial que deben responder los tecnócratas defensores del modelo y que hoy argumentan la insuficiencia de la UPC como la causa del presunto desfalco al erario de la salud sería, ¿Por qué no se mide sistemáticamente la pérdida de vidas, así como se mide las pérdidas de salud en relación con las actividades económicas? ¿Por qué no se mide la redistribución oculta de riesgos beneficios?, ¿así como los costos que deben asumir las familias, la sociedad y el Estado por las pérdidas de vidas y de salud no asumidas por los responsables de los riesgos? (Martínez, 2017 p.167)

(1) Los documentos sobre la información requerida para el cálculo de la UPC se encuentran en la página web del Ministerio de Salud: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>

(2) <https://www.lasillavacia.com/silla-nacional/los-hilos-de-poder-de-enrique-vargas-lleras-en-el-sector-salud/> junio 11, 2024

(3) <https://consultorsalud.com/eps-intervenidas-supersalud-eps-sanitas-nueva/#:~:text=%C2%B4Qu%C3%A9%20se%20encontr%C3%B3%20en%20Nueva,billones%2C%20seg%C3%BAn%20la%20firma%20contralora.>

Ana María Soleibe Mejía, Médica, presidenta Federación Médica Colombiana, FMC.

Foto tomada de: Radio Nacional de Colombia