

Imprimir

En Colombia, estamos presenciando una enfermedad social manifestada en la pérdida del carácter regulador que tienen las leyes, normas y convenciones, un fenómeno conocido como Anomia. Esta situación afecta profundamente a la sociedad que se encuentra cada vez más debilitada en su capacidad para integrar y regular de manera efectiva a sus miembros. La anomia no solo erosiona la cohesión social, generando una creciente desconfianza y desintegración. Este debilitamiento afecta a los individuos en su vida cotidiana y a las instituciones, cuyos roles son cruciales en el funcionamiento del país.

Después del reciente informe de la Contraloría General de la República-CGR sobre el desvío de \$6 billones destinados a la atención de salud de los colombianos durante la vigencia 2020, en plena pandemia, que fueron entregados a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), bajo el concepto de Unidad de Pago por Capitación (UPC), han ocurrido dos fenómenos en el país: en primer lugar, un notable silencio, casi como si fuera un intento de ocultamiento intencional, y en segundo lugar, la defensa deliberada de lo sucedido.

Entidades como las EPS, encargadas de garantizar un sistema de salud eficiente, se encuentran involucradas en prácticas cuestionables y trasgresiones a la ley que erosionan la confianza pública. Las leyes que las regulan son claras, especialmente el Decreto 2702 de 2014, que actualizan y unifica las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud. Este decreto establece la obligación de mantener reservas técnicas, un requisito crítico que ha sido sistemáticamente ignorado, lo que ha llevado a la actual crisis de insolvencia. Intentar justificar esta situación como un efecto inevitable es inaceptable; la crisis es una consecuencia directa de la negligencia en cumplir con estas obligaciones esenciales.

Como lo explica Vicente Calvo: los recursos (dinero en cash) de la UPC deben estar “engrapados” o asignados a cada autorización de servicios hasta que la Institución Prestadora de Salud (IPS) facture y le corresponda su pago. Este proceso garantiza que los recursos se utilicen de manera adecuada y se mantenga la estabilidad financiera del sistema. Este es el mecanismo que se logra únicamente mediante el manejo adecuado de reservas

técnicas “

El artículo 7 del decreto define muy bien la obligatoriedad de constituir las *Reservas técnicas*. Las entidades tienen la obligación de calcular, constituir y mantener actualizadas mensualmente las reservas técnicas, las cuales deberán acreditarse ante la Superintendencia Nacional de Salud.”

Además, el numeral 1 del mismo artículo, refuerza la obligatoriedad al establecer la Reserva para obligaciones pendientes: “Debe asegurar una provisión adecuada para garantizar el pago de la prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud que están a cargo de las entidades, subrayando la obligación de mantener reservas suficientes para cumplir con la obligación financiera, creada tan pronto como tenga conocimiento de la situación, evento o circunstancia que pueda dar lugar a una deuda o gasto”.

En resumen, la entidad tiene la obligación de reservar fondos para cubrir futuros gastos o deudas tan pronto se entere de la situación que puede provocar dichas contingencias asegurando así que cuenta con los recursos necesarios para cumplir con sus compromisos financieros

El asunto se complica aún más para las EPS con lo establecido en el artículo 8 del Decreto: “Inversión de las reservas técnicas. Las entidades deben mantener inversiones que cubran al menos el 100% del saldo de sus reservas técnicas correspondientes al mes calendario inmediatamente anterior. Estas inversiones deben realizarse de acuerdo con el régimen y los plazos definidos en el artículo 9 del mismo decreto.”

Busca garantizar la disponibilidad en el numeral 4. Restricciones. Las inversiones de las reservas técnicas se deben mantener libres de embargos, gravámenes, medidas preventivas, o de cualquier naturaleza que impida su libre cesión o transferencia. Cualquier afectación de las mencionadas impedirá que sea computada como inversión de las reservas técnicas

En otras palabras, se impone una obligación adicional a las EPS: deben asegurar que las reservas técnicas que acumulan, destinadas a cubrir futuras obligaciones financieras, se

inviertan de manera que siempre cubran al menos el total de la cantidad acumulada en el mes anterior. Este requisito busca garantizar que las reservas estén adecuadamente gestionadas y disponibles para cumplir con los compromisos financieros.

“precisamente por esta razón, el Estado gira a las EPS de manera anticipada el valor equivalente a la UPC que le corresponde según el número de afiliados que tengan. Y si el dinero que reciben no es suficiente, deben pedir prestado, aportar capital y recortar gastos, porque, como aseguradores, se les exige un capital mínimo y un patrimonio adecuado. (Vicente Calvo)

No señores, la norma es muy clara. Algunos defensores del modelo quieren ampararse en lo establecido en el Decreto 600 de 2020, “las EPS podrían hacer estos pagos de carteras de vigencias anteriores con cargo a las reservas técnicas siempre y cuando presentaran ante la Superintendencia Nacional de Salud una política de pagos dentro de los veinte (20) días calendario siguientes a la expedición del presente decreto.” Omitiendo que se trató de un decreto transitorio, al cual se acogieron solo 5 EPS

Por eso sorprende la voz de las EPS afirmando su desacuerdo con la CGR ““la realidad es que, con cargo de la UPC de ese año, las EPS asumieron todo el componente de atención, que si bien es cierto disminuyó por el uso de servicios diferentes al virus (principalmente por el confinamiento), también incrementó el costo por la severidad de los enfermos, largas estancias con unidades de cuidado intensivo y complejidad de los tratamientos.”

La pandemia no puede ser utilizada como excusa para justificar el desvío de recursos destinados a la salud, particularmente aquellos asignados a las Unidad de Pago por Capitación (UPC). Mediante Decreto legislativo 444, se creó el Fondo de Mitigación de Emergencia (FOME) para asegurar la prestación de servicios esenciales durante la emergencia sanitaria , mitigar los efectos adversos sobre hogares y empresas, y proporcionar los insumos necesarios para mantener y restablecer la actividad económica del país , disponiendo de un espacio de gasto de 40.5 billones de pesos , incorporando el presupuesto en dos etapas, en teoría para “atender la emergencia con celeridad y efectividad”

Los recursos del FOME se destinaron a atender los 3 ejes de acción de la atención a la emergencia durante la vigencia 2020 y 2021: 1. La atención de la emergencia sanitaria con recursos aprobados por \$15,97 billones (39,4% del total de los recursos del FOME) 2. La protección a la población más vulnerable con recursos aprobados por \$14,2 billones (35% del total de los recursos del FOME) 3. Protección del empleo y a la actividad económica con recursos aprobados por \$10,4 billones (25,6% del total de los recursos del FOME) (2)

El Ministerio de Salud y Protección Social identificó tres campos de acción fundamentales para la atención de la emergencia sanitaria: 1) ampliación de la oferta hospitalaria, 2) garantizar el aseguramiento en salud de la población y 3) la puesta en marcha del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y la estrategia PRASS. En conjunto la ejecución de estas medidas en el 2020 fue del 62% del total aprobado, al 12 de marzo de 2021 se ha ejecutado un 24,4% adicional, quedando pendiente de ejecutar el 13% de lo aprobado. (2)

Las medidas relacionadas con la ampliación de la oferta comprenden la compra de equipos biomédicos como ventiladores, monitores, camas hospitalarias, bombas de infusión, la adecuación de camas hospitalarias, unidades portátiles de rayos X, la dotación de elementos de bioseguridad, así como elementos de protección personal. (2)

Las medidas relacionadas con el aseguramiento en salud consistieron, por un lado, en medidas de carácter económico, entre las que están el reconocimiento para el personal en salud, se incluyen los mayores gastos estimados por cuenta de la atención individual en salud (i.e., las canastas de servicios, procedimientos y medicamentos, según la población afectada, y canastas de pruebas) y el mayor valor estimado por cuenta de incapacidades por enfermedad general, las cuales dependen directamente de la evolución de la pandemia. Finalmente, la puesta en marcha del Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 que recoge la compra de las vacunas, los insumos como jeringas, diluyentes, transporte, y el reconocimiento por el agendamiento de las citas y la aplicación de las vacunas a las IPS.

Mas curioso resulta el informe del Ministerio de Salud del gobierno anterior sobre morbilidad durante la pandemia por COVID-19: Según datos preliminares de 2020,

hubo una disminución global en el número de personas atendidas en comparación con el promedio de los años 2015-2019. (3)

La exacerbación de resultados negativos de ciertas patologías estuvo relacionada no solo con el virus SARS-CoV2 sino también con la forma como se presentaron los servicios, la restricción en la movilidad, con un impacto negativo en algunas patologías.

Para ilustrar un poco esto, los índices de morbilidad y mortalidad materna aumentaron durante y después de la apertura gradual por reducción de la demanda de controles maternos, lo que generó morbilidad prevenible no atendida y posiblemente contribuyó al aumento de complicaciones materno-perinatales. Para patología de menor riesgo de mortalidad, como la Hipertensión arterial y la diabetes, también se vio un incremento en la mortalidad debido a complicaciones como infarto agudo de miocardio. Las medidas de contención de la pandemia limitaron el acceso oportuno a controles preventivos y la continuidad en el tratamiento farmacológico de los pacientes. Es decir, la pandemia no es la justificación, puesto que el FOME proporcionó los recursos para la atención de la emergencia, por el contrario, las patologías que se atendían con la UPC disminuyeron por el confinamiento.

Ni la costumbre de haber usado siempre el dinero de la UPC para pagar deudas de vigencias pasadas, ni el flujo de recursos como justificación, ni querer acomodar la ilegalidad a la constitución, justifica los 38 hallazgos de la CGR, con incidencia fiscal, penal y disciplinaria que suma 6 billones en desvío de la UPC. Las deudas de las EPS se pagan con las reservas técnicas y van sustentadas contablemente. El único canal válido para registrar los costos en el sistema es a través de la provisión de reservas técnicas en el pasivo. No existe otra vía legal ni contable para hacerlo (Vicente Calvo,2024)

“la UPC DEBE usarse para la constitución de reservas técnicas (que al liberarlas se utilizan para el pago de servicios incurridos en el pasado) y para el pago de servicios y tecnologías de la vigencia en curso y de diferentes vigencias, como es propio de un sistema de aseguramiento “..”este es el único mecanismo legal para pagar servicios de vigencias

anteriores. El uso de la UPC para pagar deudas pasadas sin pasar por el proceso adecuado de constitución, inversión y liberación de reservas técnicas constituye una práctica irregular y delictiva, que están reconociendo y que debe ser investigada a fondo, supervisada y sancionada por las autoridades competentes, en particular por la Superintendencia de Salud, Contraloría General de la República y fiscalía general de la Nación” (Vicente Calvo, 2024)

Sin embargo, surge una pregunta fundamental ¿Cómo pueden las EPS liberar reservas que no han sido debidamente constituidas e invertidas según lo estipulado por la ley y la normatividad?

Como afirma Vicente Calvo en su cuenta de X “el meollo del asunto está en la distinción entre “la UPC puede usarse y la UPC debe usarse”

La ciudadanía exige que las entidades de salud demuestren una gestión financiera sólida desde el primer día de operaciones. Los constantes hallazgos de irregularidades, anomias normalizadas como si esto no implicara poner en riesgo la vida de todos, han generado una profunda desconfianza y la necesidad de auditorías forenses. Es hora de poner fin a prácticas fraudulentas que ponen en riesgo la salud de los colombianos y desvían recursos destinados a los trabajadores del sector. Las EPS liquidadas son una muestra clara de los riesgos que implica el incumplimiento de la ley y las normas.

- 
- ARTÍCULO *Alcance y ámbito de aplicación*. Las normas del presente decreto aplican a todas las Entidades Promotoras de Salud-EPS, a las organizaciones de economía solidaria vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud que se encuentran autorizadas para operar el aseguramiento en salud, a las Entidades Adaptadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud- SGSSS y a las Cajas de Compensación Familiar, que operan en los regímenes contributivo y/o subsidiado independientemente de su naturaleza jurídica.
  - [https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC\\_CLUSTER-158801%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased](https://www.minhacienda.gov.co/webcenter/ShowProperty?nodeId=%2FConexionContent%2FWCC_CLUSTER-158801%2F%2FidcPrimaryFile&revision=latestreleased)

- <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/cambios-tendencia-morbimortalidad-covid19-sindemia.pdf>

Ana Maria Soleibe Mejía, Medica presidenta de la Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: RTVC Noticias