Imprimir

Acatando la solicitud de la Corte Constitucional, desde el 20 de marzo de 2025 y de manera semanal, se llevaron a cabo reuniones técnicas para evaluar la suficiencia de la Unidad de Pago por Capitación (UPC), es decir, el monto anticipado asignado a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) destinado a la atención en salud. Este fondo, que alcanza cifras billonarias, ha generado un intenso debate público, especialmente después del ultimo ajuste basado en la inflación. La discusión se ha centrado en si dicho ajuste ha sido suficiente para cubrir las necesidades reales del sistema de salud, en medio de denuncias sobre el desvío multimillonario de estos recursos (1)
Desde el inicio de las mesas técnicas, quedó claro que las posturas de la Asociación Colombiana de Entidades de Medicina Integral (ACEMI) y del Ministerio de Salud y Protección Social reflejaban una contradicción fundamental. Mientras ACEMI, en representación de las EPS, insistían e insisten, en la supuesta insuficiencia de los recursos para cubrir los servicios del Plan Básico de Salud, el Ministerio sostiene que los cálculos realizados son técnicamente solidos y que los pagos se han ajustado conforme a la inflación en salud.

Como era previsible, las críticas de los defensores de las EPS no tardaron en surgir, cuestionando aspectos como la metodología y los reportes presentados. Estas quejas encontraron eco inmediato en los medios de comunicación corporativos del país. Los mismo que se oponen a la reforma a la salud y presentan la crisis del sistema como un problema exclusivo de los últimos dos años. En contraste, la postura del gobierno ha permanecido notoriamente silenciada, aunque en las mesas de haya dejado claro que la fragmentación de los servicios de salud es un factor clave que contribuye a la baja calidad de la información y perpetua un debate sin soluciones claras.

Al revisar el informe (2) de ACEMI sobre las conclusiones de las mesas técnicas sobre la UPC, se observan elementos que pueden inducir a error o distorsionar el análisis de la situación. Es necesario realizar una revisión más critica de ese documento para comprender su veracidad y contexto. En este sentido, este articulo analiza el informe, evaluando punto por punto para clarificar las inconsistencias y establecer un panorama más transparente sobre la situación.

Los voceros de las EPS comienzan su análisis insistiendo en la existencia de un grave problema en el recorte de la información utilizada para calcular la UPC, alegando una supuesta falta de estandarización y discrecionalidad por parte del Ministerio de Salud. Sin embargo, esta afirmación resulta inexacta y parece diseñada para desviar la atención de los verdaderos problemas del sistema

El cálculo de la UPC sigue un procedimiento técnico riguroso, reglamentado por la normatividad vigente y validado por expertos y mesas técnicas, donde participan representantes del propio sector asegurador, incluidas las EPS. Los formatos de reporte están regulados por resoluciones específicas que establecen con claridad las estructuras, codificaciones y periodicidad de envió, como los Registros Individuales de la Prestación de Servicios de Salud (RIPS). Culpar al Ministerio por “discrecionalidad” es ignorar deliberadamente el marco normativo que todos los actores conocen y deben cumplir.

Además, la mayor parte de la información es aportada por las propias EPS. Si esta información es de baja calidad o incompleta, el problema no es está en el Ministerio, sino en la falta de rigurosidad de quienes tienen la obligación de reportar de forma veraz y oportuna. De hecho, hay evidencia de que algunas EPS han inflado reportes de eventos o han reportado atenciones no prestadas como lo denuncio la ADRES el 5 de enero de 2025 (1)

Pretender que el problema radica en que se ha eliminado “información relevante” es un intento burdo de encubrir los malos manejos y justificar la supuesta insuficiencia de la UPC. Lo que se necesita no es cuestionar las bases técnicas del sistema, sino exigir transparencia, auditoria forense y sanciones ejemplares a quienes han desvirtuado el uso de los recursos públicos.

El Ministerio ha establecido múltiples canales de comunicación, lineamientos técnicos y procesos de asistencia permanente para garantizar que los actores del sistema, especialmente las EPS, conozcan y cumplan sus obligaciones en el reporte de datos. Las resoluciones que regulan estos reportes, como la Resolución 3374 de 2000 y sus sucesivas actualizaciones, están ampliamente difundidas, son públicas y han sido acompañadas de

capacitaciones periódicas. Además, existen plataformas como el Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO) y herramientas como el Módulo de Integración de la Prescripción Electrónica (MIPRES), que permiten trazabilidad y validación cruzada de datos.

Las inconsistencias graves detectadas, como el reporte de servicios no ejecutados o inflados, responden mas a practicas cuestionables en el manejo de la información que a fallas del sistema. La información técnica y las instrucciones no han faltado; lo que ha fallado, en muchos casos, es el compromiso de algunas EPS para reportar con veracidad, integralidad y calidad. El problema no es de forma sino de fondo.

Si bien es cierto que el Ministerio de Salud debe ejercer con mayor rigor su función rectora, especialmente para asegurar que las EPS cumplan sus requisitos financieros y salden sus deudas con clínicas y hospitales, esto no implica validar cifras cuestionables ni prolongar indefinidamente mesas de diálogo sin resultados. la solución apremiante es una auditoria forense, que permita rastrear distorsiones contables, verificar si los servicios cobrados realmente se prestaron y sancionar a quienes han hecho de los datos un instrumento de fraude. Solo así se podrá recuperar la confianza en el sistema y garantizar que los recursos públicos lleguen a donde deben: a la salud de la gente.

Lejos de evitar el análisis, el Ministerio debe implementar validaciones rigurosas y ofrecer espacios de retroalimentación continua con los actores del sistema. No obstante, algunas EPS, al enfrentarse con observaciones técnicas que señalan inconsistencias o posibles fraudes, optan por deslegitimar el proceso en lugar de corregir sus reportes.

Las frecuencias reportadas por las EPS no pueden tomarse como una verdad incuestionable, especialmente cuando hay evidencia de inconsistencias sistemáticas, servicios facturados no ejecutados y “autorizaciones” sin respaldo real. Desde la pandemia, muchas EPS han utilizado el discurso del aumento en la carga de enfermedad para inflar las cifras y justificar la supuesta insuficiencia de la UPC, sin que exista trazabilidad clínica que respalde ese crecimiento

La inclusión de nuevas tecnologías y medicamentos en el Plan Básico de Salud (PBS) está acompañada de evaluaciones de costo -efectividad y proyecciones presupuestales. No se trata de cuestiones arbitrarias, sino de procesos fundamentados en criterios técnicos y epidemiológicas. Aunque la transición demográfica y la carga de enfermedad crónica son fenómenos reales, no justifican desviaciones superiores al 10% en servicios que al parecer no fueron ejecutados o mal reportados.

Por eso, ante cifras infladas y sin respaldo clínico, lo que se necesita no es aumentar la UPC, sino realizar una AUDITORIA FORENSE que permita separar lo cierto de lo fraudulento y proteger los recursos públicos

No es cierto que se haya reemplazado la metodología actuarial por el uso exclusivo de la inflación general en el incremento de la UPC. De hecho, el ajuste por inflación es solo una de las múltiples variables consideradas. La metodología oficial incorpora análisis actuariales, evaluaciones de frecuencias, severidad, composición del PBS, demografía y transición epidemiológica, entre otros factores técnicos validados. Las propias EPS participan en las mesas técnicas y conocen estas herramientas.

Lo realmente preocupante no es la metodología del Ministerio, sino la opacidad de las EPS en el reporte de sus datos base. Si las cifras que sustentan la supuesta “severidad” están infladas o carecen de soporte clínico y financiero, el problema no es técnico sino ético y legal. Urge una AUDITORIA FORENSE que depure esos datos y permita decisiones basadas en la realidad, no en cifras manipuladas.

Atribuir un supuesto “déficit de 10 billones” exclusivamente a esa diferencia es una simplificación peligrosa, que ignora otros factores como la sobreestimación de costos por parte de las EPS, la falta de auditoría efectiva de servicios y, especialmente, los 8,5 billones de pesos en “autorizaciones” no ejecutadas reportadas por las propias EPS, lo que representa más del 10% de sus costos totales. El problema no es cuánto dinero se giró, sino cómo se reporta y se usa.

Sin verdad financiera, no hay acuerdo posible. Sin AUDITORIA FORENSE, no habrá justicia para el sistema de salud ni para los colombianos que lo sostienen.

_____

(1)https://www.presidencia.gov.co/prensa/Paginas/Estudio-de-MinSalud-y-ADRES-detecto-fallos-en-gestion-de-recursos-y-datos-250105.aspx

(2)
https://acemi.org.co/finalizaron-las-mesas-para-la-revision-de-la-upc-acemi-hace-un-llamado-para-que-los-hallazgos-de-estas-sesiones-conduzcan-a-un-verdadero-ejercicio-de-analisis-del-gasto-en-salud-del-pais-y-su-financi/

(3)https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf

Ana Maria Soleibe, Presidenta Federación Médica Colombiana

Foto tomada de: El País Cali