



Al responder cite radicado: 20193.10065562 Id: 10906
Folios: 14 Fecha: 2019-04-05 15:02:40
Anexos: 0
Remitente : ASOCIACION COLOMBIANA DE HOSPITALES
Destinatario: CARLOS EDUARDO ACOSTA LOZANO (Otros)



ACHC-2019-032

Bogotá, D.C. 4 de abril de 2019

Doctor

Orlando Alfonso Clavijo Clavijo

Secretario

Comisión Séptima de Cámara de Representantes

E. S. D.

Señor Secretario,

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas organización gremial que representa clínicas privadas y hospitales públicos del país, muy comedidamente se dirige a usted con el fin de presentar algunas consideraciones y aportarle información que puede serle de utilidad en la evaluación que realiza del Sistema de Salud en general y en especial, frente a la propuesta de esa célula legislativa de una Reforma al Sistema de Salud.

La Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC con base en la evidencia recabada tanto del sector prestador como de las Entidades Responsables de Pago, viene proponiendo desde hace varios años que a fin de lograr el adecuado flujo de recursos del Sistema de Salud, es necesario cambiar la forma en la que se entregan y manejan los recursos destinados para la prestación de servicios de salud. En efecto, creemos que han sido vanos los intentos por mejorar la situación, justamente porque se han tratado los efectos pero no las causas.

Creemos Honorable Representante, que la realidad rebasa cualquier teoría o propuesta que pretenda seguir concediendo más plazos, amnistías, figuras u opciones legales que mantengan el *statu quo* y permitan extender en el tiempo, el incumplimiento de los indicadores de permanencia y la acreditación del patrimonio que deben tener las EPS para garantizar la operación y en especial, la debida atención en salud de la población afiliada.

La iniciativa Legislativa de Reforma al Sistema de Salud

Como sector prestador de servicios de salud, consideramos que es el momento de redefinir el uso y tenencia del recurso y fuente principal de nuestro Sistema de Salud, que es la Unidad de Pago por Capitación. Creemos que mientras se siga entregando la UPC sin el debido control, no lograremos obtener la sostenibilidad financiera y en especial, la mejora de los indicadores de salud de la población.

Es preciso tener claridad en que aseguramiento no es igual a EPS; estos conceptos no deben confundirse. El aseguramiento es la esencia y se compone de la sumatoria de diversos pasos y eslabones que permiten su desarrollo: Los mecanismos de financiación - impuestos generales, cotizaciones, gasto privado, Prima o UPC, el cálculo actuarial, la definición del plan de beneficios o coberturas y la administración. Modificar uno o dos criterios, no implica arrasar con lo que el Sistema de Salud ha logrado. El aseguramiento como tal es una de las estructuras que se debe mantener en el sistema de salud pero cambiando la forma en que se administra el aseguramiento.

Al cambiar el rol de los actuales “aseguradores”, estos se deben encargar de cumplir una serie de funciones previamente establecidas, tales como: Coordinación y logística, Contratación y verificación de redes, Auditoria y revisiones de comportamiento, Revisión de tarifas, requisitos esenciales, atenciones, Auditoria de factura: por servicios prestados y verificar los montos a pagar por parte de la caja única de salud y Administrar componentes del sistema de información.

Poner controles y cambiar la tenencia de los recursos, no implica cambiar el Sistema de Aseguramiento, sino la forma en como estos se administran. Reconocer un porcentaje por la administración de la atención a los usuarios y valores adicionales por resultados o mejora en los indicadores en salud de la población, será sin duda, más efectivo que entregar los recursos de manera anticipada y a que sea el asegurador el que controle el uso y destino de los mismos, sin hacer una debida gestión del riesgo.

Un cambio en la estructura implica también que los prestadores trabajen en el mejoramiento de la calidad de la atención y agreguen valor a esa atención que se brinda al usuario. Se debe avanzar así mismo, en el fortalecimiento de la

Atención Primaria en Salud y en el trabajo en redes integrales para erradicar la fragmentación de la atención.

Algunos Fundamentos que motivan una Reforma al SGSSS

Hecha la anterior precisión respecto del aseguramiento, vale la pena revisar algunas cifras sectoriales que fundamentan la necesidad de un cambio en la estructura del actual Sistema de Salud.

1. Estado actual de las EPS

Existen EPS “habilitadas” que conforme a la normatividad vigente y a las publicaciones hechas por la Superintendencia Nacional de Salud, no logran el cumplimiento de los indicadores de permanencia. Podría pensarse que es un temor infundado de que pueda existir el aseguramiento sin la figura actual de EPS y que esa delegación que se les hiciera de la administración del servicio público de salud, no pueda recuperarse o ajustarse. Resulta incomprensible por decir lo menos, que una Entidad frente a la que se acredita que no tiene margen de solvencia, que no tiene las reservas para garantizar las autorizaciones de los servicios de sus afiliados, se les permita seguir captando recursos públicos, operando en el Sistema y por supuesto, generando un detrimento patrimonial a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y una afectación en la salud de la población.

Basta con revisar las consideraciones y argumentos de algunas decisiones de la Superintendencia Nacional de Salud, en las que se acredita el incumplimiento, pero se conceden hasta 10 años para que vayan cumpliendo con las obligaciones. Nos preguntamos, ¿Cuál puede ser la garantía o seguridad para un Sistema de Salud que entrega recursos parafiscales y que tienen destinación específica a Entidades que no cumplen y no van a poder cumplir?

En el **siguiente cuadro**, se puede ver en detalle, el estado actual de cumplimiento de los indicadores de permanencia de las EPS de ambos regímenes, publicados por la Supersalud. Según estos informes del ente de vigilancia y control, con corte a diciembre de 2017, de **16 EPS habilitadas en el Régimen Contributivo, tan solo cuatro (4) EPS** – de las cuales 1 es adaptada –, cumplen con los indicadores de solvencia y capital mínimo. Lo anterior quiere decir que el **73,3% de la población** se encuentra afiliada a EPS que no cumplen cabalmente con los indicadores.

La situación en el Régimen Subsidiado, no es distinta, de 30 EPS habilitadas para operar este Régimen, tan solo tres (3) EPS cumplen con los indicadores de permanencia. Es decir que el 84% de la población afiliada en el Régimen Subsidiado, está en EPS que no cumplen o el margen de solvencia o el patrimonio mínimo.

CUMPLIMIENTO INDICADORES EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO

NÚMERO	CÓDIGO	NOMBRE EPS	CATEGORÍA	MEDIDA ESPECIAL A MARZO DE 2019	CUMPLIMIENTO "PLENO" INDICADORES DE PERMANENCIA (CAPITAL MÍNIMO Y SOLVENCIA) A DICIEMBRE DE 2017
1	EAS016	EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN-DEPARTAMENTO MEDICO	ADAPTADA	SIN MEDIDA	CUMPLE
2	EPS008	COMPENSAR E.P.S.	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
3	EPS012	COMFENALCO VALLE E.P.S.	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
8	EPS010	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	EPS	SIN MEDIDA	CUMPLE
4	EAS027	FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES	ADAPTADA	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
5	EPS001	ALANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
6	EPS002	SALUD TOTAL S.A. E.P.S.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
7	EPS005	E.P.S. SANITAS S.A.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
9	EPS017	E.P.S. FAMISANAR LTDA.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
10	EPS037	LA NUEVA EPS S.A.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
11	EPS083	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	EPS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
12	EPS016	COOMEVA E.P.S. S.A.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
13	EPS018	EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
14	EPS023	CRUZ BLANCA EPS S.A.	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
15	EPS044	MEDIMAS	EPS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
16	EPS046	FUNDACIÓN SALUD MIA EPS	EPS	SIN MEDIDA	NO APLICA
		TOTAL		5 CON MEDIDAS	11 NO CUMPLEN
		PARTICIPACIÓN (%) SOBRE TODO EL CONTRIBUTIVO		31,3%	73,3%

TOTAL AFILIADOS EPS QUE CUMPLEN AMBOS CRITERIOS	4.763.759
TOTAL AFILIADOS CONTRIBUTIVO A MARZO 2019	22.326.410
PARTICIPACIÓN (%) EPS QUE CUMPLEN SOBRE TOTAL AFILIADOS CONTRIBUTIVO	21,3%

Fuente: Recopilación ACHC, con base en información afiliados BDUA-MINSALUD, indicadores de permanencia EPS-SUPERSALUD y medidas especiales EPS-SUPERSALUD.

CUMPLIMIENTO INDICADORES EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO

NÚMERO	CÓDIGO	NOMBRE EPS	CATEGORÍA	MEDIDA ESPECIAL A MARZO DE 2019	CUMPLIMIENTO "PLENO" INDICADORES DE PERMANENCIA (CAPITAL MÍNIMO Y SOLVENCIA) A DICIEMBRE DE 2017
1	CCF055	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPRI ATLANTICO	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
2	CCF050	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFABRIENTE"	CCF	SIN MEDIDA	CUMPLE
3	ESS024	COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUR ESS	ESS	SIN MEDIDA	CUMPLE
4	CCF023	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA	CCF	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
5	CCF027	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO"	CCF	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
6	EPSS41	LA NUEVA EPS S.A.	EPS-5	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
7	ESS062	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
8	ESS091	ENTIDAD COOPERATIVA SOL DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOPOSS	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
9	ESS207	ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS	ESS	SIN MEDIDA	NO CUMPLE
10	CCF102	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO	CCF	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	CUMPLE
11	CCF007	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA"	CCF	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
12	CCF015	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR	CCF	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
13	CCF024	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR"	CCF	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	NO CUMPLE
14	CCF033	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE	CCF	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	NO CUMPLE
15	CCF053	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI	CCF	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
16	EPSS02	EPS CONVIDA	EPS-5	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
17	EPSS025	CAPRESOCA EPS	EPS-5	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
18	EPSS33	SALUDVIDA S.A. E.P.S.	EPS-5	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
19	EPSS34	CAPITAL SALUD	EPS-5	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
20	EPSS40	SAVIA SALUD EPS	EPS-5	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
21	EPSS45	MEDIMAS	EPS-5	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
22	ESS002	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
23	ESS076	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBOBÓ E.S.S.	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
24	ESS118	ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSANAR E.S.S.	ESS	PROGRAMA DE RECUPERACIÓN	NO CUMPLE
25	ESS133	COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA	ESS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO CUMPLE
26	EPSS101	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI	EPSS	VIGILANCIA ESPECIAL	NO APLICA
27	EPSS108	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA	EPSS	SIN MEDIDA	NO APLICA
28	EPSS104	ANASWAWUU	EPSS	SIN MEDIDA	NO APLICA
29	EPSS105	MALLAMAS	EPSS	SIN MEDIDA	NO APLICA
30	EPSS106	PIAJOS SALUD EPSS	EPSS	SIN MEDIDA	NO APLICA
TOTAL					
				19 CON MEDIDAS	21 NO CUMPLEN
				63,3%	84,0%
PARTICIPACIÓN (%) SOBRE TODO EL SUBSIDIADO					
TOTAL AFILIADOS EPS QUE CUMPLEN AMBOS CRITERIOS					
2.959.383					
TOTAL AFILIADOS SUBSIDIADO A MARZO 2019					
22.830.361					
				13,0%	
PARTICIPACIÓN (%) EPS QUE CUMPLEN SOBRE TOTAL AFILIADOS SUBSIDIADO					

Fuente: Recopilación ACHC, con base en información afiliados BDUJA-MINSALUD, indicadores de permanencia EPS-SUPERSALUD y medidas especiales EPS-SUPERSALUD.

2. Solicitudes de reorganización institucional - Decreto 2117 de 2016, Decreto 718 de 2017

Pese a las evidencias que se tienen, incluso acreditadas por los entes de vigilancia y control, de que las Entidades Promotoras de Salud no han tenido la capacidad y competencia debidas para administrar el aseguramiento en salud de la población, se han seguido dando plazos, diseñado mecanismos, figuras jurídicas, amnistías, entre otras opciones, para preservar el modo de captación de los recursos del Sistema de Salud. Desde la creación del SGSSS mediante la Ley 100 de 1993, se estableció que las EPS debían cumplir con requisitos de margen de solvencia que aseguraran la liquidez y solvencia de dichas entidades.

En los inicios se realizó un seguimiento precario a dichos requisitos y posteriormente, cuando se fueron ajustando tales condiciones, en especial con el decreto 2702 de 2014, que impuso indicadores, seguimiento y publicidad de los mismos por parte del ente de control y pese a la evidencia del no cumplimiento, se decidió conceder oportunidades y opciones, en lugar de adoptar decisiones asertivas.

Esas concesiones se materializaron, en algunos actos administrativos que dispusieron Reorganizaciones Institucionales que comprenden fusiones, escisiones y creación de nuevas entidades, con el fin que las EPS logren el “fortalecimiento patrimonial y solvencia financiera” y para ello cuenten con un tiempo prudencial que *“permita generar los escenarios de cumplimiento de las condiciones financieras.”*¹

Al amparo de ese marco de “legalidad”, algunas EPS que no cumplen con los indicadores de orden financiero, no solo han logrado permanecer en el Sistema, sino que en esas transformaciones societarias, van dejando obligaciones impagas en especial a la red prestadora de servicios de salud.

¹ Decreto 718 de 2017

Solicitudes y Autorizaciones de cambio societario - SUPERSALUD

N°	NOMBRE	NIT	ACTO ADMINISTRATIVO	FECHA	ESTADO	TIPO DE MEDIDA	NUEVA ENTIDAD	NIT
1	CAFESALUD EPS	800.140.946-6	RESOLUCIÓN 2426	19/07/2017	APROBADO	REORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA	MEDIMAS EPS S.A.S	901.097.473-5
2	COOSALUD	800.249.241-0	RESOLUCIÓN 2427	19/07/2017	APROBADO	ESCISIÓN	COOSALUD EPS S.A.	900.226.715-3
3	ECOOPSOS ESS	832.000.760-0	RESOLUCIÓN 6200	28/12/2017	APROBADO	ESCISIÓN	ECOOPSOS EPS S.A.S	901.093.846-0
4	ASMET SALUD ESS	817.000.248-3	RESOLUCIÓN 0127	24/01/2018	APROBADO	ESCISIÓN	ASMET SALUD EPS S.A.S	900.935.126-7
5	EMSSANAR ESS	814.000.337-1	RESOLUCIÓN 5256	31/10/2017	APROBADO	ESCISIÓN	EMSSANAR S.A.S	901.021.565-8
6	COOMEVA	805.000.427-1	RESOLUCIÓN 11687	20/12/2018	APROBADO	PROGRAMA DE AJUSTE Y RECUPERACIÓN FINANCIERA		
7	SALUDVIDA S.A	830.074.184-5	RESOLUCIÓN 11230	04/12/2018	NEGADO	ESCISIÓN		
8	EMDISALUD ESS	811.004.055-5	RESOLUCIÓN 10922	27/11/2018	NEGADO	ESCISIÓN		
9	COMFASUCRE	892.200.015-5	RESOLUCIÓN 10349	24/10/2018	NEGADO	CREACIÓN DE NUEVA ENTIDAD		
10	COMPAMILIAR HUJILA	891.180.008-2	RESOLUCIÓN 10349	24/10/2018	NEGADO	CREACIÓN DE NUEVA ENTIDAD		
11	COMFACOR	891.080.005-1	RESOLUCIÓN 10349	24/10/2018	NEGADO	CREACIÓN DE NUEVA ENTIDAD		
12	COMFAMILIAR CARTAGENA	890.480.110-1	RESOLUCIÓN 10349	24/10/2018	NEGADO	CREACIÓN DE NUEVA ENTIDAD		
13	COMPARTA EPS-S	804.002.105-0	RESOLUCIÓN 5255	31/10/2017	NEGADO	ESCISIÓN		
15	CAJACOPI	890.102.044-1						
16	COMFASUCRE	892.200.015-5			SE DESCONOCE EL MOTIVO		COMFASUCRE	900.048.962-2

Fuente: Recopilación ACHC con base en Resoluciones de la SUPERSALUD.

Cartera a diciembre 31 de 2018. EPS con cambio de razón social (NIT)

NIT DEL DEUDOR	DEUDOR CORREGIDO	Cartera en Mora (mayor a 60 días) CON DETERIOROS	TOTAL CON DETERIOROS	PART (%) CARTERA EN MORA CON DETERIORO	Cartera en Mora (mayor a 60 días) SIN DETERIOROS	TOTAL SIN DETERIOROS	PART (%) CARTERA EN MORA SIN DETERIORO	DETERIOROS
800.249.241	COOSALUD	61.698.516	64.621.525	95,5%	72.892.768	76.804.823	94,9%	(12.183.298)
900.226.715	COOSALUD	73.863.982	158.741.475	46,5%	78.539.183	163.642.451	48,0%	(4.900.977)
Total general		135.562.497	223.363.000	60,7%	151.431.951	240.447.274	63,0%	(17.084.275)
817.000.248	ASMET SALUD ESS	78.002.806	82.452.892	94,6%	96.063.391	100.989.597	95,1%	(18.536.705)
900.935.126	ASMET SALUD	61.345.835	147.781.813	41,5%	67.473.481	154.141.344	43,8%	(6.359.531)
Total general		139.348.641	230.234.706	60,5%	163.536.872	255.130.941	64,1%	(24.896.236)
892.200.015	COMFASUCRE	2.035.990	2.306.067	88,3%	2.505.181	2.775.809	90,3%	(469.742)
900.048.962	COMFASUCRE	596.414	2.930.959	20,3%	715.064	3.049.610	23,4%	(118.650)
Total general		2.632.403	5.237.027	50,3%	3.220.245	5.825.419	55,3%	(588.392)
832.000.760	ECOOPSOS ESS	56.944.634	62.870.508	90,6%	76.094.688	82.608.002	92,1%	(19.737.494)
901.093.846	ECOOPSOS	7.313.492	23.045.487	31,7%	10.945.593	26.683.201	41,0%	(3.637.714)
Total general		64.258.126	85.915.995	74,8%	87.040.281	109.291.203	79,6%	(23.375.208)

Fuente: Estudio de cartera AGHC a diciembre 31 de 2018 – reporte 207 IPS -

En este cuadro se puede ver por NIT la cartera de algunas de las EPS a las que les fue aprobado algún cambio de naturaleza social.

3. Cartera Hospitalaria

El impacto que genera el inadecuado flujo de recursos, se refleja, entre otros aspectos, en la constante y creciente cartera hospitalaria. La ACHC que hace un seguimiento juicioso con corte semestral, ha podido evidenciar a través de un grupo de IPS, que las cifras de cartera no mejoran. En el último estudio de cartera con corte a diciembre 31 de 2018, elaborado por la ACHC, en un grupo de 207 IPS reportantes – que representan el 25% de las camas hospitalarias del país-, tenemos un monto de cartera que asciende a la suma de 10.1 billones de pesos con un 59.1% de cartera vencida.²

Composición de cartera SIN DETERIORO por edad a diciembre 31 de 2018 de las IPS afiliadas a la ACHC

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	Cartera en Mora(%)
A 30 días más corriente	3.472.496.531	34,3%	59,1%
De 31 a 60 días	667.639.523	6,6%	
De 61 a 90 días	548.159.349	5,4%	
Más de 91 días	5.442.160.760	53,7%	
Total general	10.130.456.163	100%	5.990.320.109

FUENTE: ACHC, información que reportaron 207 instituciones agremiadas.

Composición de cartera CON DETERIORO por edad a diciembre 31 de 2018 de las IPS afiliadas a la ACHC

Edad de cartera	Total en miles de pesos	Participación (%)	Cartera en Mora(%)
A 30 días más corriente	3.452.813.899	41,2%	51,1%
De 31 a 60 días	650.668.628	7,8%	
De 61 a 90 días	528.467.195	6,3%	
Más de 91 días	3.751.777.752	44,8%	
Total general	8.383.727.474	100%	4.280.244.948

FUENTE: ACHC, información que reportaron 207 instituciones agremiadas.

² A partir del año 2017, se debió incluir por parte de las IPS en sus estados de cuentas por cobrar, los **“deterioros de cartera por edades”**, los cuales registran técnicamente la pérdida de valor que sufre un activo de acuerdo con las políticas contables de la entidad. Lo anterior, según lo estipulado por la Supersalud mediante la Circular Externa N° 016 de 2016.

Esto puede implicar una disminución del valor absoluto y de la concentración (%) de cartera morosa desde junio de 2017 en adelante, debido al efecto obligado de **“castigar la cartera en mora de más difícil cobro”**; cartera que dicho sea de paso obedece a la prestación de servicios de salud, **AUN SIN PAGO** por parte de la entidad responsable (POR ESO SE MUESTRA TAMBIÉN LA CARTERA **“SIN DETERIORO”**).

Esta cifra es de 10 billones, pero si revisamos las fuentes oficiales, el panorama es aún más sombrío; en la Circular 30 de 2013 de Minsalud, donde se reporta información de 3798 IPS públicas y privadas, la cifra de cartera es de **\$15.1 billones** de pesos; si se miran los estados financieros del sistema de información hospitalaria que corresponde a 924 IPS públicas, estamos hablando de **\$8 billones de pesos** y si se miran los estados financieros presentados por la Supersalud la cifra en **5.300 IPS** está en **\$20.2 billones** de pesos. Si sumamos esas últimas dos fuentes, da un resultado de \$28.2 billones de pesos de cartera, cifra que por la fuente, tiene presunción de legalidad. Es de anotar que la cifra de cartera reportada por las IPS privadas a la Supersalud, tiene un corte a 31 de diciembre de 2017, ya que aún no han sido publicados por esa entidad, los resultados de 2018, que dada la tendencia, serán similares.

FUENTE	NATURALEZA DE LA IPS	PERIODO DE LA FUENTE	N° DE IPS FUENTE	TOTAL EN PESOS \$	Cartera en Mora (Mayor a 60 días)	% Cartera en Mora
ESTUDIO CARTERA ACHC	PÚBLICAS Y PRIVADAS	A Diciembre 31 de 2018	207	\$ 10.130.456.163.103	\$ 5.990.320.109.420	59,1%
CIRCULAR 30 DE 2013 MINSALUD	PÚBLICAS Y PRIVADAS	A Septiembre 30 de 2018	3.916	\$ 16.217.361.731.695	\$ 14.888.303.354.027	91,8%
ESTADOS FINANCIEROS SIHO (DECRETO 2193 DE 2004)	PÚBLICAS	A Diciembre 31 de 2018	924	\$ 8.696.536.259.197	\$ 7.546.824.193.069	86,8%

FUENTE	NATURALEZA DE LA IPS	PERIODO DE LA FUENTE	N° DE IPS FUENTE	TOTAL EN PESOS \$	Cartera en Mora (Mayor a 360 días)	% Cartera en Mora
ESTADOS FINANCIEROS SUPERSALUD (Archivo Tipo FT001 Catálogo de Información Financiera)	PRIVADAS	A Diciembre 31 de 2017	5.360	\$ 20.200.000.000.000	\$ 2.800.000.000.000	13,9%

Fuente: Recopilación ACHC con base en circular 030 de 2013, Estados Financieros SIHO – Decreto 2193 de 2004, Estudio de cartera ACHC a diciembre 31 de 2018 y reporte FT001 a diciembre de 2017.

Reporte cartera Circular 030 de 2013

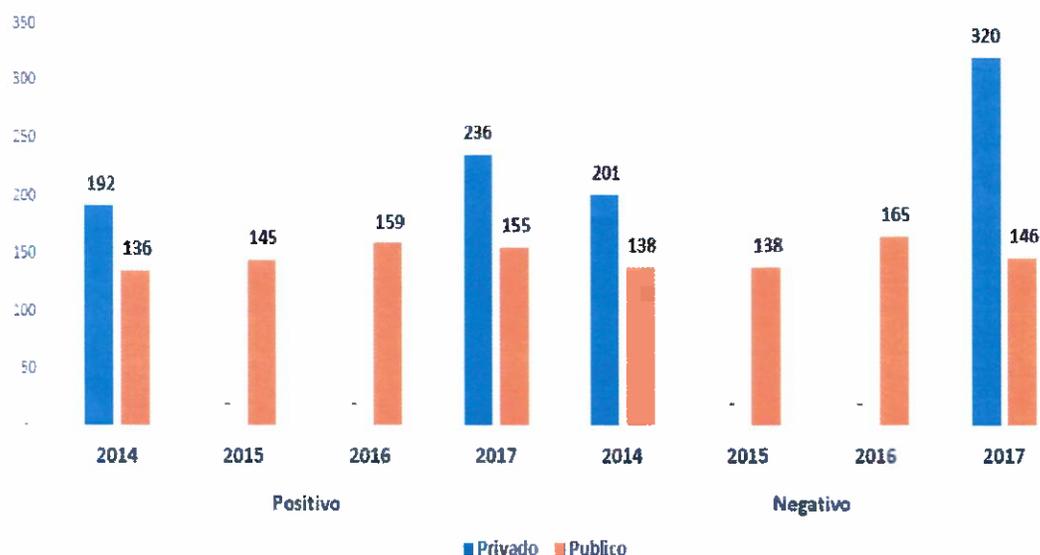
	FUENTE	NATURALEZA DE LA IPS	PERIODO DE LA FUENTE	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	TOTAL EN PESOS \$	COINCIDENCIA TOTAL (%)
IPS	CIRCULAR 30 DE 2013 MINSALUD	PÚBLICAS Y PRIVADAS	A Septiembre 30 de 2018	\$ 10.716.206	\$ 5.501.156	\$ 16.217.362	49,6%
EPS				\$ 5.938.168	\$ 3.363.036	\$ 9.301.204	
COINCIDENCIA TOTAL				\$ 5.194.873	\$ 2.841.076	\$ 8.035.949	

FUENTE: ACHC, con base en MINSALUD.

En el anterior cuadro, podemos ver que la coincidencia entre la cartera reportada por las EPS y las IPS con corte a septiembre 30 de 2018, fue del 49,6%.

Lo anterior se puede complementar con el **indicador de días de rotación de cartera**. Si se hace una comparación entre los años 2014 y 2017, se puede apreciar tanto en el sector público como en el privado, cómo vienen creciendo los días de rotación de cartera pasando de **192 a cerca de 250 en el sector privado y en los públicos de 136 se pasa a 159 en un periodo de 4 años**. Esa es otra forma de ver como se ha empeorado el tema de cartera.

Días de rotación de cartera



Fuente: ACHC a partir de información de IPS Privadas – Estados financieros Supersalud e información del SIHO - Estados Financieros de IPS Públicas Minsalud

Sin duda la situación de deuda hospitalaria afecta a los prestadores y no se trata tan solo de comparar el monto de la deuda frente al volumen o número de atenciones o servicios que se presta a los usuarios, realmente estamos frente a una crisis sectorial que impacta no solo a los prestadores que deben reponer cada uno de los insumos, dispositivos y medicamentos que usan en cada atención y para pagarle al talento humano, sino también a los usuarios que padecen la inoportunidad en las citas, las dilaciones en las autorizaciones y la programación de procedimientos y el consecuente deterioro en su salud.

La cartera hospitalaria constituye un detrimento patrimonial para las Clínicas y Hospitales que han debido asumir unos costos operacionales y costos de

personal administrativo y asistencial, que en muchos casos, no recupera. Las IPS también se ven expuestas al no reconocimiento de intereses, a aceptar descuentos por un mal llamado “pronto pago” a fin de recuperar al menos parcialmente la deuda.

Ahora bien, las anteriores cifras de cartera corresponden o se derivan por servicios prestados a usuarios afiliados a EPS en operación, pero no debemos olvidar que ya hubo una deuda impaga de unas EPS que se liquidaron dejando cuantiosas deudas a la red hospitalaria. La falta de intervención oportuna y el adecuado seguimiento, derivaron en que unas aseguradoras captaran los recursos, no hicieran una adecuada administración y al momento de liquidarse no tuvieran con que para pagar los servicios y atenciones en salud que le fueron brindados a sus usuarios.

Son justamente situaciones como estas, las que se deben evitar, pues esa cuantiosa cartera afectó a los prestadores y pasado el tiempo, no hubo bienes o activos que garantizaran las deudas. Estos si bien, son hechos ya cumplidos, no deben perderse de vista y por el contrario, deben alentar al órgano legislativo a avanzar en un cambio profundo del sistema que recogiendo aquello que sea valioso del actual, reforme en la estructura aquello que es disfuncional. Nuestro sistema de salud *mueve* alrededor de 50 billones de pesos y las justificaciones que dan otros agentes para el no pago o rezago en el flujo de recursos, no se compadecen con la realidad.

Vale la pena traer a colación, jurisprudencia del Consejo de Estado que ha reconocido que cuando una EPS no paga los servicios prestados por una IPS, se produce un enriquecimiento ilícito de una parte, y, un detrimento patrimonial de la otra:

“En el caso sub judice la entidad demandada se ha enriquecido sin justa causa al no pagar al hospital los servicios prestados a los afiliados de aquella. Esto ha generado un empobrecimiento del patrimonio del Hospital San Rafael, pues este tuvo que sufragar los costos de personal médico científico, ayudas diagnósticas como sangre de laboratorio, Rx y en general poner a disposición de los pacientes de la demanda, toda su infraestructura para efectos de garantizar el servicio, servicios que por su naturaleza son muy costosos y le causaron grave

*destruccion patrimonial a la institucion prestadora de servicios de salud.*³ -
negritas fuera de texto-

Finalmente, conocedores del espíritu y misión de esa Comisión, confiamos en que las decisiones de política pública tendrán en cuenta a la colectividad y no a situaciones o comportamientos excepcionales y beneficiarán, antes que a cualquier agente del Sistema, a los usuarios, máxime si nuestro país avanzó hacia un Sistema que no es de caridad, pues bien a través del pago de cotizaciones de empleadores y trabajadores o de subsidios desde la Nación, se generan los recursos para la atención de la población.

De otra parte, vale mencionar que aspectos como las peticiones, quejas y reclamos y las Acciones de Tutela invocando la protección del Derecho Fundamental a la Salud, siguen en aumento, tal como lo demuestra la Defensoría del Pueblo, en su último estudio *“La Tutela: Los Derechos a la Salud y la Seguridad Social en Colombia”*:

“El estudio que presenta la Defensoría del Pueblo-Colombia: “La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social”, en su décimo segunda edición, correspondiente al análisis efectuado a las acciones de tutela interpuestas durante 2017 en todo el territorio nacional, erigiéndose este periodo como el de mayor número de interposición de acciones de tutela en salud desde 1992 con 197.655 acciones que corresponden al 32,54 por ciento del total de acciones de tutelas incoadas. El escenario anterior nos permite inferir, que en promedio, cada 2,7 minutos se interpone una acción de tutela en salud; panorama que se torna más sombrío, una acción de tutela cada 35 segundos, si tomamos como referente solo días hábiles. Son incuestionables los traumatismos y congestión judicial que genera el creciente número de tutelas como mecanismo expedito en la exigibilidad de la garantía efectiva del derecho fundamental a la salud en Colombia.

³ *“Así las cosas tenemos que la negligencia de los funcionarios de la entidad demandada produjo hechos que conllevan en su totalidad a que se **configuren plenamente los elementos de enriquecimiento sin causa, pues se produce un aumento del patrimonio de la demanda y se empobrece correlativamente el del Hospital San Rafael que prestó los servicios de buena fe y conforme a los requerimientos previos emitidos por la demandada quien ha obtenido un enriquecimiento sin el fundamento jurídico que lo justifique**”. Sentencia Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección C, 27 de enero de 2016, expediente No. 29.869, C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa*

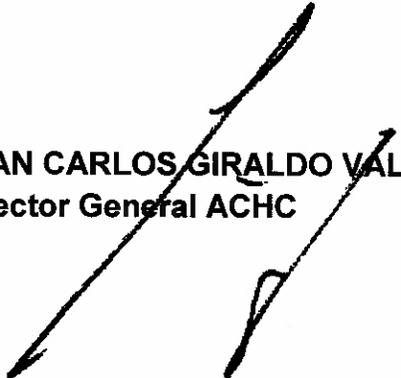
(...)

*“Adicionalmente, es de gran preocupación para la Defensoría del Pueblo, el incremento significativo en la **negación de servicios incluidos dentro del Plan de Beneficios en Salud (PBS)**, pues, se trata de servicios ya reconocidos y pagados a través de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a las aseguradoras, y que en 2017 correspondieron al 72,89 por ciento de las solicitudes de servicios en salud.*

A manera de conclusión, la Defensoría del Pueblo considera que mientras no sean corregidas las deficiencias estructurales del sistema de salud colombiano, la frecuencia en el uso de la acción de tutela continuará en aumento, como respuesta ciudadana frente al patrón irregular y vulneratorio en la garantía del derecho a la salud.”⁴ – Negritas fuera de texto

Esperamos que las anteriores consideraciones sean tenidas en cuenta y nutran los debates frente a una reforma al Sistema de Salud, que consideramos indispensable y necesaria.

Con sentimientos de respeto y consideración,



JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
Director General ACHC

⁴ “La Tutela: Los Derechos a la Salud y la Seguridad Social en Colombia”- Resultado del estudio de seguimiento de la acción de tutela durante el año 2017, Defensoría del Pueblo