

El impacto de la liquidación de EPS en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

Cuando entra en liquidación una EPS, ya sea en un proceso voluntario o por intervención forzosa para liquidar de la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud), los agentes del sistema de salud que están recibiendo el impacto más negativo son las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), que se están quedando con unas deudas billonarias por servicios de salud ya prestados a los usuarios de estas EPS y que, además, en cumplimiento de la ley, deben seguir brindando los servicios sin tener garantía alguna del pago de esas atenciones.

Por esta razón, los gerentes de entidades públicas y privadas coinciden en analizar que hay un desequilibrio en la relación entre el asegurador y el prestador, que está llevando a que sean las IPS las que asuman las grandes pérdidas financieras que han dejado las aseguradoras cuando son liquidadas, sin que nadie responda

por las acreencias que tenían con la red de prestación de servicios o que, en el mejor de los escenarios, después de varios años que tarda el proceso de liquidación, solo se logra recuperar alrededor del 30 % de las deudas reconocidas, ya que nunca se acepta la totalidad de las acreencias radicadas, así estén debidamente soportadas.

Los prestadores advierten que las liquidaciones de EPS son muertes anunciadas, que hay señales en su operación que van evidenciando dificultades y, sin embargo, se permite que sigan funcionando, lo que lleva al aumento de las deudas a los prestadores; por ello, consideran que el Estado debería responder por estas deudas, ya que les permitió operar sin cumplir con los requisitos de habilitación.

Al indagar por las deudas que han dejado históricamente las más de 130 EPS que se han liquidado desde que entraron en operación con la Ley 100 de 1993, la información disponible en algunos archivos de fuentes oficiales, como la Supersalud y el Ministerio de Salud y Protección Social, se relacionan deudas que superan los \$ 7,6 billones de pesos.

Tabla 1. Deudas de EPS en liquidación y liquidadas con IPS de 2003 a 2022 (cuentas por pagar; cifras en millones de pesos)

Grupos	N.º de EPS	Deuda en mora (mayor a 60 días)	Deuda total	Deuda en mora sobre deuda total (%)	Composición (%) de la deuda total por grupos
1. EPS en proceso de liquidación vigente	8 EPS	\$ 5.028.913	\$ 5.028.913	100,0%	65,4%
2. EPS liquidadas proceso finiquitado (periodo 2016-2022)*	8 EPS	\$ 2.025.130	\$ 2.025.130	100,0%	26,3%
3. EPS liquidadas proceso finiquitado (periodo 2003-2015)*	92 EPS	\$ 633.937	\$ 633.937	100,0%	8,2%
Total	134 EPS	\$ 7.687.980	\$ 7.687.980	100,0%	100,0%

NOTA: *Valores indexados a diciembre de 2022. Información presentada por Ministerio de Salud el 21 de febrero en la Comisión Séptima de Cámara. Información igualmente contenida en el documento "Reforma a la Salud: un desafío para la garantía del derecho fundamental", publicada en febrero de 2023.

FUENTE: elaboración propia a partir de información de Minsalud y Supersalud. Información con corte a octubre de 2022 y archivo histórico de la oficina de liquidaciones.

Adicionalmente y según la respuesta de la Supersalud en la entrevista para este artículo (ver página 45), no está incluida la deuda de EPS en li-

quidación como Medimás, Comfanariño, Comfamiliar Huila, Comfamiliar Guajira, Convida y Ecoopsos, cuyas cuentas por pagar superan los \$3.4 billones de pesos, es decir, las

ESTAR A TU LADO


Profamilia

**BRINDARTE PRODUCTOS Y SERVICIOS
DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA**

PREGUNTA POR NUESTROS SERVICIOS



Detección del Virus del
Papiloma Humano (VPH)



Laboratorio
Clínico



Anticoncepción



Vacunación



Ginecología



Urología



Medicina General



Salud Mental

Profamilia.org.co
Línea nacional
300 912 4560

 **Chat Emilia 318 531 0121**

Bogotá: (601) **443 4000** Medellín: (604) **283 6688**
Cali: (602) **386 0001** Barranquilla: (605) **319 7928**
Cartagena: (605) **642 4966**

deudas de las EPS en liquidación, que se registran en los archivos oficiales, estarían por el orden de los \$11 billones de pesos, monto que podría ser aún mucho mayor, ya que no hay disponible información sobre las acreencias que dejaron a los prestadores 49 EPS de las entidades que han sido liquidadas y aparecen en el listado oficial.

Hospitalaria dialogó con tres directivos de entidades hospitalarias sobre el impacto que han generado las

liquidaciones en la gestión diaria, los mecanismos a los que deben recurrir para responder a sus obligaciones, la desesperanzadoras respuestas que reciben de los agentes liquidadores al momento de tratar de recuperar las deudas que están dejando estas entidades y las propuestas que, a su juicio, pueden dar solución o mitigar los impactos que están dejando las liquidaciones en el sector prestador.

“La normatividad no le da al prestador la capacidad para defenderse, le da la capacidad a la EPS para no pagar”: Édgar Silvio Sánchez Villegas, gerente del Hospital Universitario de la Samaritana



Édgar Silvio Sánchez Villegas, gerente Hospital Universitario de la Samaritana.

Desde su experiencia en la gerencia de un hospital público, ¿cuáles son los impactos más relevantes que trae para un prestador de servicios de salud la liquidación de EPS?

Son muchos impactos. En nuestro caso, hasta 2022, cuando se habían liquidado 42 EPS, nos adeudaban cerca de \$ 40.000 millones, es decir, un 12 % de la cartera del hospital; con la entrada en liquidación el año pasado de Convida, que era la EPS del departamento de Cundinamarca, el impacto económico fue mayor, porque nos quedó debiendo \$ 104.000 millones de pesos, y se vuelve más del 35 % de nuestra cartera. Es

decir, en el flujo de caja y presupuestal nos deja en unas condiciones financieras delicadas y, como si fuera poco, este año se liquida la EPS Ecoopsos, que era la segunda con mayor presencia en Cundinamarca, y nos queda debiendo \$ 28.000 millones de pesos, sumadas estas dos deudas son \$ 132.000 millones de pesos, en una cartera total que ya está por encima de \$300.000 millones de pesos.

Para nosotros, hoy cerca del 50 % de nuestra cartera son deudas de empresas liquidadas o en proceso de liquidación, lo que hace que financieramente el hospital sea inestable y, por ello, nos toca acudir a la Gobernación de Cundinamarca para que nos dé apalancamiento financiero para subsistir. El impacto es muy grave; no se afectan las EPS, porque se acaban y no pasa nada, pero al hospital lo dejan en graves problemas financieros.

A los usuarios los reciben otras EPS y, como se está viendo en este momento, las que acogieron a los usuarios de Convida y Ecoopsos son EPS que

tienen integración vertical, es decir que los atienden en sus propias IPS o con las que ya tenían contratos a nivel nacional o departamental, generando otros impactos, porque además ya no llegan esos pacientes que nosotros atendíamos.

A mi juicio, la solución a esto es que el Estado responda, porque fue el que les dio el permiso para que operaran sin cumplir con la normatividad; además, una vez desaparecen estas entidades o entran en proceso de liquidación, lo primero que nos recuerda la Superintendencia de Salud es que por ningún motivo se puede dejar de atender a los pacientes, porque en ese caso tendremos consecuencias no solo institucionales sino personales.

Entonces, es un direccionamiento extremo en el que el hospital tiene que asumir esos costos y gastos para la atención de los pacientes, sin tener un pagador certero; por eso es que el negocio de la salud —porque así se volvió en nuestro país— es el más imperfecto que hay de todos los negocios existentes en el mundo. Porque nosotros tenemos que cumplir; no podemos decir que no lo atendemos, y más si llega por urgencias, independiente de que haya un pagador o no, porque tengo que resolver la situación al paciente que está solicitando un servicio. Entonces, debo atender al paciente, debo facturar y debo esperar a que revisen esa cuenta, que pueden glosármela y pueden pagármela o no. Entonces, realmente no tenemos garantía para el pago de la prestación de los servicios de salud.

¿Qué tipo de acciones emprenden los prestadores para tratar de frenar carteras o recuperar esas deudas?

Todas las EPS que se han liquidado o han entrado en liquidación son “muertes anunciadas”.

“A mi juicio, la solución a esto es que el Estado responda, porque fue el que les dio el permiso para que operaran sin cumplir con la normatividad”

Las clínicas pueden dejar de vender, pero los hospitales públicos no, como acaba de pasar con Convida, que las privadas ya no atendían y le toca al hospital público atender a todos los pacientes que les lleguen. Por ejemplo, nosotros somos el único hospital de tercer y cuarto nivel de Cundinamarca, y no puede negar el servicio, independiente de cómo esté esa EPS.

Cuando estas entidades entran en proceso de intervención y, luego, un proceso liquidatorio, y pasan los usuarios a las demás EPS, algunas de estas empresas responsables de pago abusan con los precios o las tarifas que quieren imponer: ofrecen tarifas que ya no existen como ISS del año 2001; eso no tiene sentido, o impone algunos modelos de contratación desequilibrados y nos dejan con las manos cruzadas, porque nosotros no podemos dejar de prestar los servicios a los usuarios.

Otra práctica es que, cuando entra en proceso liquidatorio una EPS, como pasó con Convida, que se liquida el 14 de septiembre de 2022 y del 14 al 26 de septiembre, esta EPS en liquidación debía pagar las atenciones de esos días. Después de nueve meses no han pagado ni siquiera esas atenciones, cuando ellos ya recibieron la UPC; están revisando cuentas todavía y eran solo \$ 3.000 millones que les facturamos en esos días, y ni siquiera lo han auditado para el pago que deben hacer directamente. Entonces, de ninguna manera pagan como debe ser, ni en operación ni en liquidación, y nosotros no podemos hacer mucho, porque la normatividad no le da al prestador la capacidad para defenderse: le da la capacidad a la EPS para no pagar ni atender la obligación.



¿En el proceso de liquidación con qué situación se encuentran para recuperar esa cartera?

Lo primero que hay que hacer luego de que una empresa entra en liquidación es hacerse parte de la masa liquidatoria. El Hospital Universitario de la Samaritana lo ha hecho en los procesos de todas las EPS con las que hemos tenido contrato y han entrado en proceso de liquidación. Con algunas empresas, se ha logrado recuperar algo, como en el caso de Saludcoop, que nos quedó debiendo \$ 4.500 millones y, con lo que al parecer va a llegar este año, un poco más de \$ 400 millones de pesos, estaremos recuperando cerca del 30% de esa deuda.

En el caso de Cafesalud, que nos quedó debiendo \$ 2.500 millones, no nos han pagado prácticamente nada, y ya dijeron que no tenía nada con qué pagar; y así con Coomeva, y todas las demás. En el caso de Convida EPS, el liquidador informó que le solicitaron acreencias por más de \$ 600.000 millones de pesos y que sus recursos a hoy son de \$ 100.000 millones, o sea, menos del 20% de lo que debe; por lo tanto, que nos puedan pagar es muy difícil.

Uno no entiende cómo pasan empresas así, por qué se permite y no se mira cómo están estas EPS desde el punto de vista financiero. No es liquidarlas, sino que se revise lo que está pasando al interior y se pueda resolver la situación financiera de esas empresas, para que le puedan pagar a los prestadores, porque, cuando entra en liquidación una EPS, con seguridad que quiebra a muchas IPS o las deja en estados financieros difíciles.

Cuando usted tiene cerca del 50 % de cartera con EPS en liquidación, ¿qué otras áreas o qué se impacta en la gestión de su institución?

Este es un hospital acreditado en calidad y como universitario. Entonces, disminuir otras actividades es muy difícil; aquí nos ponen en aprietos en el flujo de caja, [pues] se empiezan a demorar los pagos a los proveedores y ojalá no tengamos que hacerlo con nuestros trabajadores. En muchos hospitales en nuestro país, cuando no hay

flujo de caja, no le pueden pagar a tiempo a los trabajadores; nosotros por fortuna hemos tenido la bendición de un buen gobernador que nos ha ayudado con apalancamiento de esta situación, pero eso no tendría por qué ser así.

A eso se agrega la incertidumbre en el país con la Reforma al Sistema de Salud y que las EPS están dejando de pagar. Se tenían carteras a 270 días y ya las están aumentando a más de 300 días; siguen haciendo integración vertical; no están dando autorizaciones para la atención en los hospitales independientes.

¿Con esa deuda que le tienen al hospital qué hubiese podido hacer?

Se impacta la renovación de equipos biomédicos, renovación tecnológica y la ampliación y apertura de nuevos edificios para la prestación de servicios. Muchas cosas que, cuando las condiciones económicas disminuyen, no se pueden hacer de la forma en que se debe.

¿Cuál es el llamado que hace usted como prestador a los entes de control y al Gobierno?

Creo que hasta que una EPS no se ponga al día en sus cuentas y en sus deudas con los hospitales y las clínicas, no la deberían liquidar, porque lo que están haciendo es condonar las deudas; y no las condonan ellos, sino nosotros los hospitales y clínicas, los que hemos prestado los servicios y a los que no nos van a pagar, cuando ellos ya han recibido la plata de la UPC mes a mes y a los prestadores nos pagan a más de 270 días. Eso no tiene sentido.

Si las van a liquidar, entonces el Estado tiene que ser responsable por haberlas dejado funcionar sin los requisitos que necesitaba, especialmente los financieros.

“Hay un desequilibrio en el sistema; cuando liquidan EPS, el déficit financiero termina siendo del prestador”:

Carlos Alberto Restrepo, director de la Clínica Universitaria Bolivariana

¿Qué impactos están dejando las liquidaciones de las EPS a los prestadores privados, como la Clínica Universitaria Bolivariana?

Tienen un impacto altísimo en el ejercicio financiero de las instituciones; en la medida en que la EPS terminan liquidadas, todas esas acreencias que estaban pendientes de reconocer por parte del asegurador al prestador no están siendo reconocidas o no están siendo pagadas en su totalidad y, finalmente, el déficit financiero queda en el prestador. Indiscutiblemente, el balance ha sido supremamente negativo en contra de los prestadores.

¿Qué pasa cuando los prestadores identifican que las Carteras están creciendo su morosidad? ¿Tienen alguna opción para frenar esa situación?

Actualmente, en el sistema de salud encontramos una dificultad muy grande, porque por instrucciones de la Supersalud nosotros, como prestadores, cuando tenemos servicios de urgencias habilitados y somos instituciones de mediana y alta complejidad, estamos obligados a atender cualquier paciente que llegue después del *triage*. Tengamos o

no convenio con la EPS del usuario, nosotros le tenemos que garantizar la atención. Pero el proceso administrativo no tiene iguales resultados, porque esa atención va a sumarse a la cartera y no tiene el pago correspondiente; entonces, ahí hay un desequilibrio en el sistema, porque al final nosotros estamos obligados a prestar el servicio, pero las EPS no hacen la gestión de reconocimiento y, finalmente, cuando las liquidan, el déficit financiero termina siendo del prestador.

¿Qué argumentan las aseguradoras para no pagar oportunamente y generar deudas billonarias a los prestadores?

Algunas aseguradoras expresan causas como que el costo es superior al gasto, que la UPC es deficitaria financieramente y no alcanza, y que la frecuencia de uso se ha incrementado. Al final todo lo que tiene que estar en ese componente de la gestión del riesgo financiero y del riesgo en salud no se está dando de forma adecuada. La demanda está superando la capacidad que tiene la EPS de responder desde el punto de vista financiero y, con el tiempo, los prestadores terminamos asumiendo esa cartera por los servicios ya prestados, porque la EPS no la está reconociendo.



Foto: Cortesía Clínica Universitaria Bolivariana

Carlos Alberto Restrepo,
Director Clínica Universitaria Bolivariana



¿Qué tipo de acciones emprenden los prestadores privados para recuperar esas deudas y evitar llegar a cobrar en un proceso de liquidación o intervención de la EPS?

La gestión de cobro es un ejercicio que se hace de forma sistemática en las áreas financieras de los prestadores. Nosotros hacemos la radicación de la factura de los servicios prestados, hacemos seguimiento con las áreas de cuentas médicas de las EPS, conciliamos las cuentas, surtimos los procesos de resolución de glosas y devoluciones e, incluso, en algunos casos participamos en mesas de trabajo sobre propuestas de conciliaciones administrativas. Pero encontramos que las diferencias entre lo que el asegurador dice que le debe al prestador y lo que nosotros decimos que ellos nos deben tienen unas brechas muy grandes y, finalmente, esa cartera termina perpetuándose en el tiempo.

Cuando avanzamos en los procesos jurídicos, tenemos grandes dificultades de prosperar, porque los dineros de la EPS, por ser recursos públicos, son inembargables y, entonces, encontramos un embudo, porque —insisto— el prestador está obligado a garantizar la atención y a prestar los servicios, pero el asegurador no está obligado a reconocer las cuentas que corresponden a unos servicios que fueron prestados de forma oportuna y con estándares de calidad. Ahora que estamos en proceso de reforma al sistema de salud, ese desequilibrio es uno de los elementos que se debe revisar en detalle.

En los procesos de liquidación, ¿cuáles son las barreras con las que se encuentran los prestadores al tratar de recuperar esas deudas?

En la mayoría de las liquidaciones nos encontramos con que el patrimonio que logra cuantificar el agente liquidador no alcanza para reconocer las acreencias que son avaladas por ellos mismos, porque siempre hay diferencia entre la expectativa de las acreencias radicadas por los prestadores versus las que finalmente reconoce el liquidador; entonces, el patrimonio no alcanza ni siquiera para reconocer lo que ellos mismos dijeron que había que pagar.

¿Qué tipo de proyectos deja de desarrollar una institución hospitalaria cuando tiene dificultades financieras por deudas de EPS en liquidación?

La planeación de mediano y largo plazo se ve afectada permanentemente; entonces, tenemos que ir priorizando. Por ejemplo, la renovación tecnológica se ve afectada; si los recursos no llegan de forma oportuna, se termina dilatando en el tiempo y solo se va haciendo con lo que sea prioritario y fundamental para la operación. Igualmente, se van dilatando los procesos de capacitación o reentrenamiento del talento humano en salud y se van retardando los procesos de mejoramiento de la infraestructura, porque los recursos que llegan los tenemos que priorizar para hacer el pago del talento humano, los proveedores y poder garantizar la cadena de logística y aprovisionamiento, y poder hacer la operación.

¿Cuánto le deben las EPS en liquidación a la Clínica y qué posibilidad ve de recuperar esa cartera?

A junio de este 2023, las EPS liquidadas le han dejado una cartera a la Clínica Universitaria Bolivariana de \$ 25.418 millones de pesos, que corresponde al 33 % de la cartera institucional, es decir, una tercera parte de la cartera de la clínica se está viendo afectada y está en alto riesgo de no ser reconocida por nadie en esos procesos de liquidación.

De los \$ 25.000 millones, Coomeva EPS es la que tiene la mayor participación de esa cartera de EPS liquidadas con el 87 %, es decir, \$ 22.000 millones. Todavía no tenemos la estimación final de cuál será el porcentaje de acreencias reconocidas, pero según la estimación del agente liquidador Coomeva no va a tener patrimonio para pagar un solo peso; entonces, la expectativa de recaudo

de recuperación de esta cartera, de acuerdo a nuestra planeación, tiene un alto riesgo de pérdida, y esos dineros son muchos años de retroceso para la Clínica Universitaria Bolivariana.

Usted mencionaba que hay un desequilibrio en el sistema tanto en la operación normal como en los procesos de liquidación. ¿Cómo se puede resolver ese desequilibrio?

Desde el punto de vista de indicadores financieros de las EPS, se debe garantizar un control estricto en que la aseguradora haga la debida reserva técnica, que fue diseñada en el sistema como una previsión que permita a la EPS tener los recursos para garantizar el pago de todas las autorizaciones que surjan en el proceso de atención de sus asegurados. A esas reservas técnicas se les debe hacer un seguimiento estricto y tienen que existir.

Adicionalmente, se debe crear un fondo de salvamento con una bolsa de recursos que deberían aportar los diferentes aseguradores, para que, cuando el patrimonio de la EPS no alcance, le permita al Estado salir a reconocer las deudas a los prestadores.

Por ejemplo, lo que pasó con Caprecom que, siendo la EPS pública, el Gobierno, en el marco del Acuerdo Punto Final, destinó unos recursos específicos para pagar las acreencias de esta EPS; el Estado, a través de Ministerio de Hacienda, dispuso 500.000 millones de pesos que alcanzaron para pagar las acreencias de Caprecom una vez liquidada, y ese reconocimiento lo hizo el Estado por ser una EPS pública.

Este fondo debería financiarse con recursos de la EPS privadas y el Ministerio de Hacienda; también deben crear unas partidas que permitan que esa bolsa crezca y que, en la eventualidad de que se liquide una EPS, se cuente con

los recursos suficientes para poder hacer el reconocimiento de esas acreencias. Lo que no puede seguir pasando en el sistema es que, una vez la EPS se liquide, desaparece la responsabilidad de la aseguradora y las cuentas por pagar las asumimos los prestadores, diciendo que es una relación entre privados. No: indiscutiblemente tiene que incluirse en la reforma del sistema una medida que, cuando una EPS desaparezca, tengamos un mecanismo con recursos suficientes para reconocer las acreencias a los prestadores.

¿Usted cree que el Estado debería responder por las deudas que están dejando las EPS liquidadas que no tienen activos para pagarlas?

Yo soy de los que pienso que ahí hay corresponsabilidad del Estado a raíz del ejercicio que se ha hecho y que, si estas EPS han estado funcionando y tienen la operación autorizada por parte del Gobierno, entonces el Estado, en el momento en que estas entidades no tengan con qué reconocer sus deudas, cuente con los mecanismos para ser solidario en esos reconocimientos de las acreencias.


Auditamos y asesoramos al sector salud



Recaudamos cartera:
SOAT y ADRES

Somos expertos en:
RANGO DIFERENCIAL

 gerencia@aaaconsultores.com

 2862587 / 2835994 Cel. 310 5513251

 Bogotá Cra. 7 #12 - 25 / Ofic. 906

 www.aaaconsultores.com

“Eso debería pagarlo el Estado, porque es el que le permitió y le dio la competencia al asegurador para manejar los recursos financieros”: Dr. Jhon Janner Morales García, Gerente del Hospital San Bernabé E.S.E.



Foto: Archivo Personal

Dr. Jhon Janner Morales García, Gerente del Hospital San Bernabé E.S.E.

¿Qué impacto está generando la liquidación de EPS en la prestación de los servicios y en la gestión de las instituciones hospitalarias?

La principal afectación tiene que ver con el flujo de efectivo y la liquidez del hospital público, porque históricamente nosotros vivimos de la cartera. Normalmente, el hospital público alcanza, en promedio de recaudo corriente al cierre de cualquier vigencia, entre el 65 % y el 70 %; el resto de los ingresos dan cuenta es del recaudo de vigencias anteriores. Entonces, con cualquier liquidación, cambia el escenario de flujo corriente, es decir, del flujo efectivo.

También cambian las condiciones en términos de la garantía del servicio. Toda liquidación trae consigo una redistribución de aseguramiento; los usuarios que estaban afiliados a la EPS que entra en proceso de intervención o liquidación migran a otros aseguradores, que algunas veces no tienen presencia en el territorio para manejar el régimen, y eso trae consigo un inicio o arranque desde cero del proceso contractual. Generalmente, ese asegurador no conoce el mercado, no conoce la población y tiende a

generar condiciones unilaterales en la contratación; o, si tienen en el territorio, intentan homologar al régimen distinto al que están recibiendo, por ejemplo: si es régimen subsidiado quieren homologar a unas condiciones del contributivo. Eso hace que muchas veces, y en términos generales, casi todos los aseguradores transiten inicialmente con acuerdos de prestación de servicios, pero no con una relación contractual definida por un acuerdo de voluntades.

En nuestro caso, cuando tuvimos la cesión de Medimás y pasó la población a Nueva EPS y Compensar Salud, con esta última no fue difícil negociar, porque era una población pequeña, pero con Nueva EPS, que recibió la mayor parte de la población desde diciembre 2021, a la fecha no tenemos acuerdo de voluntades. Eso hace que esas particularidades afecten no solamente el contexto del flujo de efectivo, sino que cambian las condiciones contractuales y el hospital público pierde el poder adquisitivo y las condiciones comerciales.

Otro impacto es la segmentación de los servicios. Por ejemplo, hemos identificado que hay servicios que el asegurador que recibe la población

no le interesa contratar con el hospital público, por su política de gestión de riesgo o de relaciones contractuales, y con el anterior asegurador sí teníamos ese grupo de servicios. En el Valle del Cauca, se presenta, por ejemplo, con los medicamentos. Al momento de cerrar o hacer el proceso de liquidación de una EPS, el hospital público viene garantizando la entrega de medicamentos ambulatorios al paciente y la EPS que recibe a los usuarios define que no se siga prestando ese servicio, porque tiene un operador propio para la entrega de medicamentos. También hemos identificado casos por el tema de servicios de ambulancias; o muchas veces tratan de tener contratos mixtos donde algunas condiciones las garantizamos nosotros los prestadores públicos y otras la asume la red privada. Eso desfavorece la integralidad, la resolutivez y el acceso a los servicios por parte de la población.

En tercer lugar, hemos identificado un mecanismo: [...] en teoría, ese recurso de las EPS liquidadas se pierde porque no hay restablecimiento del recurso, salvo la excepción de Caprecom que, por tener participación del Estado, fue la única que pagó las acreencias reconocidas, porque los aseguradores solo admiten un porcentaje de la acreencia que se presentó, así esté bien documentada y soportada.

El cuarto aspecto está orientado a la condición que se está presentando con la liquidación de Cafesalud y Medimás, y estamos esperando con Coomeva. Es que, generalmente, en el proceso de liquidación, el asegurador está empezando a recobrar servicios debidamente soportados que en su momento fue radicada la factura y presentado el soporte de prestación de servicios, y que por algún motivo no encuentran la legalización de esos pagos, porque no tienen el documento que dé cuenta

de eso. Entonces, están haciendo los recobros a través de conciliaciones y, en algunos casos, iniciaron procesos legales en contra de las ESE; en nuestro caso, tenemos una demanda de recobro de servicios, según ellos pagados de más al prestador por parte de Medimás.

¿Esta situación cómo los ha afectado? ¿Les ha tocado devolver dinero?

En nuestro caso, a la fecha no hemos tenido que devolver nada. Con lo que se está presentando esta situación es con los servicios capitados, y eso ha pasado en varios municipios del Valle del Cauca.

Usted indica no se está logrando el pago de esas acreencias de las EPS liquidadas en su totalidad. ¿Con qué situación se han encontrado?

La práctica clara es que se declaran en insolvencia; manifiestan que el capital de trabajo que le quedaba a la aseguradora es nulo. En los casos como Cafesalud, Cruz Blanca y Medimás, la tendencia es a manifestar que no tienen cómo responder por la masa liquidatoria, que tienen unas prelación en lo laboral y parafiscal, y luego sí podrían pagarse los servicios de salud prestados a sus afiliados. Entonces, nosotros nunca vamos a tener prioridad, y como los recursos son limitados, va a ser difícil que nos paguen. Han empezado a llegar algunos pagos por prorrateo, conforme a procesos de solvencia económica que han encontrado algunos liquidadores y, por ejemplo, a nosotros nos han llegado pagos de \$ 70 u \$ 80 pesos, producto de hacer parte de la masa liquidatoria.

Cuando logran recuperar algo de las deudas de la EPS en liquidación, ¿qué porcentaje de la deuda logran recuperar?

Normalmente, lo que hemos identificado hasta ahora el 0,002 %, literalmente nada, Incluso, cuando ellos sacan el comunicado, así tal cual lo tasan. Cuando venden un bien o lo subasta, nos manifiestan que, producto



De portada

de ese ingreso, hacen un pago después de cumplir los requisitos de orden de prioridad, y como prestadores por prorratio, y a cada uno le corresponde los mismos \$ 70 pesos.

¿En cuánto tiempo logran recuperar esa mínima parte?

Por ejemplo, con Cruz Blanca, después de tres años, nos hizo un abono de \$ 48 pesos; y con Cafesalud que entró en liquidación en 2017, apenas nos hizo el primer pago hace cerca de un mes, es decir, cinco años después.

En un hospital público, ¿qué tipo de proyectos o áreas terminan afectándose por las deudas de las EPS liquidadas?

Lo que más se afecta es el pago de servicios personales si la ESE no tiene caja disponible; en el mejor escenario, puede durar dos meses sin poder pagar al talento humano y a los proveedores. Por ejemplo, con la salida de Medimás, teníamos una caja que nos permitió aguantar seis meses y parte de esas atenciones se dieron por contrato por evento; y con Nueva EPS, vinimos a recibir el primer giro de ese evento a los siete meses; en el caso de las cápitras, en el mejor escenario se han recibido recursos a los 60 días, porque ellos indican que tienen que parametrizar y cargan población, y en ese proceso pueden pasar más de dos meses; además, en casos como Nueva EPS, no le aplica el giro directo, que agiliza la llegada de recursos al prestador.

¿A qué tipo de recursos acuden para poder cumplir con las obligaciones que tiene el Hospital?

Normalmente, para cumplir con las obligaciones, nos toca recurrir al crédito. Algunos que tienen la capacidad de operación lo hacen a través de la banca, y otros lo hacemos a través de las relaciones comerciales con los proveedores, a quienes tenemos que pedir que nos garanticen un margen de transacción superior al que ge-

neralmente se trabaja; por ejemplo, pasar de 90 días a 120 días para el pago, sin que nos afecten la condición de precio y la oportunidad en la entrega de los insumos; y con ese margen, nosotros podemos garantizar el pago de seguridad social y salarios al personal.

También nos ha tocado empezar a buscar, con otros compradores de servicios, mecanismos de transacción que nos permitan garantizar flujo; empezar a hacer conciliaciones; tratar de negociar pagos anticipados; implementar algún tipo de acuerdo de pago que permita incrementar el giro que se está recibiendo y así poder garantizar ese equilibrio.

Teniendo ese panorama y esas dificultades y las herramientas a las que les toca recurrir desde su visión, ¿cómo se podría mitigar ese impacto de las deudas de las EPS liquidadas?

Primero, si el sistema sigue operando a través de la intermediación y los aseguradores siguen teniendo el manejo de los recursos financieros, es necesario establecer un fondo de garantía para la cobertura de los aseguradores en insolvencia, porque, al final, los servicios en su momento fueron prestados frente a una UPC ya girada a los aseguradores, y alguien tiene que responder por las deudas a los prestadores.

Actualmente, no existe una reglamentación que permita el salvamento de la red pública cuando los aseguradores se declaran en insolvencia; las carteras se va deteriorando y, normalmente, no tenemos alternativa de poder recuperar esos recursos inmediatamente. Por ejemplo, si vamos a pedir ayuda a la entidad territorial o al Ministerio de Salud, nos indican que no pueden pagar carteras que deba un asegurador, porque no hay una figura legal

que lo permita; por lo tanto, es primordial tener ese fondo.

La segunda [opción] es la siguiente: yo creo que hay que buscar una alternativa distinta al mecanismo de transacción del giro. No sé si efectivamente la figura sea el ADRES como único pagador, pero el asegurador ha demostrado ineficiencia en el manejo de los recursos financieros. La tercera: contar con un mecanismo para un cierre de cuentas que sea efectivo para lo que está reglamentado y no se cumple por las malas prácticas del pagador.

¿A cuánto asciende la deuda de las EPS liquidadas con su hospital?

Está cercana a los 800 millones de pesos. En el caso del Valle del Cauca es una cifra cercana a \$ 180.000 millones de pesos.

Cuando el liquidador dice que no hay recursos para responder, ¿quién debería responder por esas acreencias?

Eso debería pagarlo el Estado, porque es el que le permitió y le dio la competencia al asegurador de la gestión del riesgo de la población y el manejo de los recursos financieros. Es una competencia que está a cargo del Estado y se le ha entregado a un tercero para hacer la gestión del riesgo y garantizar la adecuada ejecución de recursos.

Ellos deben cumplir con esos indicadores para poderse habilitar como aseguradores y, si terminó en liquidación, es porque venían incumpliendo. Yo creo que una EPS no se quiebra de la noche a la mañana, sino que se vuelve insolvente producto del deterioro en el manejo de los recursos; la evidencia es que el Estado y la Superintendencia de Salud han tenido que ordenar mecanismos para liberar reservas técnicas y hacer el pago de algunas deudas.

Así publica nuestra historia de éxito el sitio web internacional de Oracle.

Historias de Éxito

Iris Soluciones expande e innova su Solución ERP Xoma para el sector salud gracias a la nube de Oracle.

May 14, 2023 | 3 minute read



Redacción Oracle

Iris Soluciones



Sobre el Cliente

Iris Soluciones es una compañía colombiana desarrolladora de servicios y tecnologías de la información y con el propósito de expandir las capacidades operativas de Xoma, la compañía tenía la necesidad de encontrar un partner tecnológico estratégico que le permitiera aumentar la capacidad de su infraestructura, mantener su operación disponible para sus clientes y desarrollar nuevas oportunidades de negocio.

Así mismo, Iris Soluciones S.A. requería una infraestructura de nube que le permitiera ahorrar los altos costos y tiempo de planeación que se requieren para que una infraestructura On Premise pueda cumplir con los requisitos indispensables en un proceso de expansión.



ORACLE | Partner

ORACLE | Build Partner

Expertise in
Powered by Oracle Cloud

Powered by



Llame ya:
Daniel Hernández Báez
(+57) 314 410 4360



www.xomaonline.com

Mecanismos necesarios para mitigar el impacto financiero en las IPS: propuestas de la ACHC

Ante las permanentes dificultades que enfrenta de manera crónica el sector hospitalario por la disfuncionalidad del sistema, la lentitud del flujo de recursos, el incumplimiento de las Entidades Responsables de Pago y la incertidumbre que están dejando las liquidaciones de EPS; por la baja probabilidad de recuperar las deudas que tienen estas entidades con los prestadores de servicios de salud porque la mayoría no cuentan con activos para responder por la totalidad de sus acreencias, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC), desde 2009, ha insistido al Gobierno nacional y al legislativo en la necesidad de crear algunos mecanismos que protejan a la red hospitalaria y mitiguen el impacto de estas liquidaciones, para poder seguir garantizando la atención a los usuarios del sistema de salud.

Entre las propuestas que ha promovido el gremio de los hospitales y clínicas en Colombia —la ACHC— figuran las siguientes:

- Establecer un régimen de insolvencia para el sector salud y un fondo de estabilización y garantías que respondan al sector hospitalario en situaciones como las liquidaciones de EPS, para mitigar el impacto financiero que generan estos hechos.
- Levantar el velo corporativo de propietarios de estas entidades que se liquidan, para que respondan por las deudas de la EPS.
- Usar las reservas técnicas de las EPS para el pago de sus deudas con el sector prestador. Aunque ya se logró que se diera un primer tramo, el gremio ha insistido en la necesidad de un segundo tramo y la obligatoriedad de la medida.

- Ordenar el Giro Directo Universal, para evitar que las deudas de las EPS con los prestadores se acumulen, y dar una mayor liquidez al sector. El gremio ha insistido en la necesidad de ampliar esta medida a todo el sistema.
- Llevar a cabo compras de cartera que permitan a las IPS tener alivios financieros y poder dar continuidad a la operación.
- Brindar garantías a la red hospitalaria en los procesos de traslados de los usuarios a otras EPS, de manera que se preserve el principio de continuidad e integralidad de las atenciones, con lo que se garantizaría que las IPS puedan conservar los pacientes en cursos de atenciones, salvaguardando la libertad de elección de los usuarios.

La ACHC, además, ha insistido en que la reforma a la salud, que se tramita actualmente en el Congreso de la República, debe tener entre sus prioridades hacer cambios en la tenencia y el flujo de los recursos en el sistema, así como promover la transparencia y la trazabilidad de los recursos de la salud. Además, es necesario hacer una transición inteligente, que contemple qué va a pasar con las deudas que tienen actualmente las EPS con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y, en caso de que haya un cambio de rol de la EPS y se conviertan en gestores, administradores o articuladores, se tienen que sanear todas las deudas para que se genere un paz y salvo, y así puedan migrar a un nuevo sistema sin cuentas pendientes.