

Liquidación de EPS, en los hombros de los prestadores

La liquidación de más de 130 EPS en 30 años de operación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y el impacto que han ocasionado, dejando billonarias deudas con las IPS, usuarios con tratamientos interrumpidos e incertidumbre en el sector, obligan a hacer una reflexión sobre dónde está la falla en el sistema que ha permitido llegar a este punto. Un evidente desequilibrio entre EPS y prestadores que ha derivado en que estos últimos tengan que asumir el impacto, mientras accionistas y dueños de las entidades liquidadas no han tenido que hacerlo, como tampoco lo ha hecho el Estado.

El problema no es nuevo y no se ha dado de la noche a la mañana, por el contrario: todas las liquidaciones de EPS han sido “muertes anunciadas”. Ya en 1997, a solo tres años de haber sido creadas, empezaron las alertas: entre 1997 y el 2000, las 27 EPS activas reportaron a la Superintendencia Nacional de Salud (Supersalud) resultados operacionales y netos negativos. Y desde comienzos del siglo XXI, en 2001 y 2002, se inició una liquidación masiva de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS) y Empresas Solidarias de Salud (ESS) por no cumplir los requisitos de permanencia en el sistema en número de afiliados y condiciones financieras.

El Estado les ha brindado constantes “salvavidas” a las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para darle continuidad a su funcionamiento, concediéndoles plazos prolongados para dar cumplimiento a los requisitos mínimos de operación. En 2007 el Decreto 574 definió las condiciones financieras y de solvencia del Sistema Único de Habilitación de EPS del régimen contributivo y Entidades Adaptadas: les exigió acreditar y mantener un capital mínimo de 10.000 Salarios Mínimos Legales Mensuales Vigentes, un monto de patrimonio técnico superior al monto de margen de solvencia, y constituir y mantener reservas técnicas. Además, les dio un plazo de siete (7) años para ir cumpliendo los requerimientos

en forma gradual. En 2014, cuando se venció el plazo, el Decreto 2702 actualizó y unificó las condiciones financieras y de solvencia, unificó obligaciones de EPS de ambos regímenes, y les dio una gradualidad de otros siete (7) años para cumplir los requisitos mínimos, lo que les permitió a las EPS que no los cumplían continuar en funcionamiento. En 2015, el Decreto 2353 estableció los Procesos de Reorganización Institucional (PRI) para las EPS, que fue reglamentado en 2022 con el Decreto 1600 del Ministerio de Salud, para establecer las condiciones y límites que les permitieran superar las dificultades administrativas, financieras y operativas que obstaculizaban la operación normal, y les dio otros diez (10) años de plazo para cumplir condiciones financieras.

Sin embargo, pese a estos apoyos desde la norma para ayudarles a cumplir indicadores mínimos de permanencia, en el Gobierno anterior se liquidaron trece EPS y en los primeros diez meses del Gobierno actual se han liquidado cuatro más, ante la reiteración del incumplimiento.

Cuando se liquida una EPS, no se da solo el cierre de otra empresa más: sus efectos se irrigan en una especie de efecto dominó sobre todos los demás actores del sistema en forma directa o indirecta, configurando un daño que impacta toda la estructura del sistema y que hizo perder confianza en la figura de la EPS y en su capacidad de cumplir con la gestión integral del riesgo, que se aduce es la función principal de estas entidades. Precisamente el no cumplimiento de esas competencias permitió que, en lugar de existir gestión del riesgo en salud, las IPS terminaran “gestionando el siniestro”, sin que nadie les ayude.

Esto además perjudica las finanzas de las IPS y afecta a los usuarios, porque se pierde la eficacia del sistema en términos de oportunidad, calidad, continuidad, suficiencia, seguridad, etc., lo que vulnera su derecho a la salud. Pierden las IPS cuando, ante el no pago de estas deudas, no pueden mantener flujo de caja ni pagar oportunamente acreencias laborales y de proveedores, ni emprender procesos de renovación tecnológica, ni de actualización y reentrenamiento del personal de salud, ni ampliación o modernización de infraestructura.

Además, en el día a día, el no pago de estos recursos hace que hospitales y clínicas tengan que enfrentar renuncias de personal, pérdida de proveedores, cancelación de capacitaciones e, incluso, cierres temporales y definitivos de servicios. A la postre, todo esto perjudica en últimas a la ciudadanía.

Pero al final lo más dramático de este cuadro es que nadie responde por esas deudas, no hay un doliente en firme que asuma esas obligaciones incumplidas por las EPS liquidadas o en liquidación. Se plantea que el Estado debería responder por estas deudas, ya que les permitió operar sin cumplir a cabalidad con los requisitos de habilitación y no veló oportunamente por el manejo adecuado de los recursos que les entregó ni por su ejecución, mientras simultáneamente obliga a hospitales y clínicas a prestar servicios aún en ausencia de contratos (urgencias) y sabiendo el riesgo financiero que se corre al hacerlo.

Se hace hincapié en este cuestionamiento al Estado, porque además de tener un papel pasivo y/o tardío en la vigilancia e intervención de estas entidades cuando fue necesario, y de delegarles la administración de recursos fiscales y parafiscales que financian el servicio público de salud, les ha dado, vía Decreto, todas las gabelas y oportunidades para que se recuperaran cuan-

do no cumplieran las condiciones financieras mínimas para permanecer operando en el sistema.

Ante este panorama, desde diversos frentes se han propuesto mecanismos para mitigar el impacto financiero en las IPS. Por ejemplo, desde 2009, la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC) ha insistido en la necesidad de crear mecanismos que disminuyan el impacto negativo de estas liquidaciones, de manera que las IPS puedan seguir prestando servicios a los usuarios.

Entre dichas propuestas figuran las siguientes: el establecimiento de un régimen de insolvencia para el sector salud y un fondo de estabilización y garantías que respondan al sector hospitalario; el levantamiento del velo corporativo de propietarios de EPS liquidadas, para que respondan por las deudas de la EPS; uso de las reservas técnicas de las EPS para el pago de sus deudas con el sector prestador, propuesta que se concretó en un primer tramo pero del cual haría falta un segundo y la obligatoriedad de la medida; ordenación del Giro Directo Universal, para evitar que las deudas de las EPS con los prestadores se acumulen y dar una mayor liquidez al sector; compras de cartera que permitan a las IPS tener alivios financieros y dar continuidad a la operación; y 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.

Asimismo, la ACHC insiste en que una prioridad de la reforma al sistema de salud deben ser los cambios en la tenencia y el flujo de los recursos en el sistema, la promoción de la transparencia y la trazabilidad de los recursos de la salud, y el llevar a cabo una transición inteligente, que incluya decidir qué pasará con las deudas actuales de las EPS con las IPS.

Al descargar todo el peso del aseguramiento en las pocas EPS que cumplen indicadores financieros y de atención, no se pueden tolerar más incumplimientos de dichos indicadores, no se debe cambiar el ordenamiento jurídico por vía Decreto para facilitarles más 'salvavidas' y que, sin importar cuántas queden finalmente en el sistema de salud, exista un mecanismo real y efectivo de solvencia y respaldo. 