

## Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

Imprimir

La Ley 1955 de 2019, Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 "*Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad*" definió cuatro ejes fundamentales de política pública en salud del actual gobierno: 1) Centralización de la administración del reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC del régimen subsidiado en ADRES, 2) Definición de nuevos Valores Máximos de Recobro VMR, 3) Acuerdo de Punto Final y 4) Definición de Techos o Presupuestos Máximos, para la entrega anticipada de recursos del antes llamado NoPOS a las EPS. Con éstas y otras medidas -supuestamente para "garantizar el flujo oportuno y efectivo de recursos...la transparencia en su asignación...el financiamiento y prestación eficiente"- se montó todo un andamiaje normativo para que las EPS gestionen y administren prácticamente todos los recursos del sistema de salud, Y con el mismo discurso, el proyecto de Ley 10 de 2020 pretendió elevar a rango de Ley toda la apropiación de recursos de la salud por parte de actores con poder económico y político, alineados con la privatización y oligopolización del aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Hacen parte de dicho andamiaje normativo, por ejemplo:

- La Resolución 848 del 5 de abril de 2019 para el Giro Previo de recursos en el proceso de auditoria integral y agrupamiento de solicitudes de recobro/cobro que modificó la Resolución 1885 del 10 de mayo de 2018, que estableció el procedimiento para el acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud que no son financiadas con recursos de la UPC.;
- El Decreto 1333 del 25 de julio de 2019, reglamentó el Artículo 245 de la Ley 1955 de 2019, desarrollando el marco normativo para ajustar el valor girado (y habilitó a la nación para reconocer como deuda pública \$ 2.764 millones -durante la vigencia de 2019- para el pago de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC del régimen contributivo UPC-C);
- El Decreto 1350 del 26 de julio de 2019 -llamado de Glosa Transversal- por el cual se reconoce como deuda pública y se establecen disposiciones para el pago de acreencias por concepto de los servicios y tecnologías no financiadas con recursos de la UPC, indicados en el parágrafo tercero del artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo;
- El Decreto 1683 de 2019 por el cual se modifican los artículos 2.5.2.2.1.10 y 2.5.2.3.3.6, y se adiciona el artículo 2.5.2.2.1.20 al Decreto 780 de 2016, en relación con las condiciones de

## Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

habilitación de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, para fortalecer a las EPS y

- Los Decretos reglamentarios de los artículos 237 y 238 de la Ley 1955 de 2019 del Plan Nacional de Desarrollo para el saneamiento de deudas del sector salud, por concepto de servicios y tecnologías no financiadas con cargo a la UPC.

En el caso de medicamentos los nuevos Valores Máximos de Recobro VMR (según lo establecido en los artículos 95 y 146 de las leyes 1873 de 2017 y 1940 de 2018) las Resoluciones:

- 738 de 2019, que definió la forma de calcular los VMR,
- 1019 de 2019, que definió los primeros 50 grupos relevantes con VMR, la
- 3078 de 2019, que amplió el listado de grupos relevantes a 1.036 nuevos grupos y la
- 3514 del 26 de diciembre de 2019, que oficializó su aplicación a partir del mes de enero de 2020.

Y así sucesivamente, con las normas del Acuerdo de Punto Final, los Techos o Presupuestos Máximos y lo que se pretendió convertir en Ley con el proyecto de Ley 10 de 2020.

Pero, como este artículo no se pretende analizar detalles de la normatividad que se está implementado, sino las inconsistencias de la información que les sirve de base, pasamos a mencionar los hechos más prominentes que sugieren la necesidad de un cambio estructural en el sistema de información vigente.

### 1. Inconsistencias en la información magnética de recobros

Después de un largo litigio frente a los administradores fiduciarios -Consortios Fidufosyga y SAYP- y el propio Ministerio de Salud, la FMC comprobó que la información magnética de recobros por \$ 8 billones pagados entre 2005 y 2010 tenían múltiples valores absurdos, duplicados y triplicados, sin identificación adecuada de prestaciones, con prestaciones POS recobradas como NoPOS, etc., etc.

## Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

El año 2012, el Ministerio de Salud aceptó dichas inconsistencias, pero las consideró “*legales*” porque “*se respetó la normatividad vigente*” e “*inmodificables*” porque no pudo glosarlas dado que ni el Administrador fiduciario ni el Ministerio tenían “*facultades legales o contractuales para hacerlo*”. Argumentos que fueron negados por la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema cuando ordenó entregar *información validada* de 26 principios activos seleccionados por la FMC.

El Ministerio cumplió parcialmente esta sentencia, entregando la prueba piloto y los resultados Fase I y II de Rituximab, pero faltó completar datos de los 25 principios activos restantes y adoptar las medidas apropiadas para *perfeccionar y transparentar la información auditada o validada* de los recobros.

El 26 de julio de 2019 en respuesta a una petición de la Fundación IFARMA que encontró inconsistencias iguales a las denunciadas por la FMC en la información de recobros por tutelas de los años 2012-2018, la ADRES esgrimió argumentos similares a los del Ministerio en 2012:

- La información magnética de recobros corresponde a datos diligenciados por las EPS y EOC, de acuerdo con la normatividad vigente.
- La normatividad vigente impide modificar inconsistencias en la información de recobros.
- El pago se realiza tras la verificación de los soportes allegados y aprobación de “auditoría integral”.
- Cuando existen diferencias con la información magnética, prima la información de los soportes.
- No pueden negarse estos pagos porque la Corte Constitucional ordenó “eliminar requisitos inocuos” y no “imponer glosas inconsistentes o infundadas”.
- La regulación del proceso de auditoría *no ha exigido* la creación de una base de datos validados y
- Las actividades de auditoría tienen “*presunción de legalidad*” porque “se presumen realizadas con estricta sujeción al principio de legalidad en el ejercicio de la función administrativa”

## Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

En resumen, la información magnética de recobros tiene tantas inconsistencias graves, que la FMC y la Fundación IFARMA hablan de una “catástrofe informática”. Para ADRES, eso fue responsabilidad de las EPS y EOC recobrantes y nadie tiene facultades legales para modificarlas.

*Entonces, cada recobro se pagó con base en la auditoría integral de la documentación allegada y cuando existieron inconsistencias, los datos del medio magnético pasaron a ser “requisito inocuo”, nada quedó en alguna base de datos y todo resultó legal por el “principio de legalidad en el ejercicio de la función administrativa” dice textualmente ADRES como dijo en 2012 el Ministerio de Salud.*

2. Las inconsistencias en información magnética de recobros, no son de poca importancia

El propio Ministerio de Salud difundió imágenes de la importancia del antes llamado NoPOS en los gastos del sector salud el año 2018 (ver gráfico N°1). Puede verse claramente que dicho gasto bordea el 10 % del total, algo que resulta demasiado alto desde la perspectiva de pérdidas por inconsistencias en las cuentas y 10% del problema cuando se habla de *soluciones estructurales* a los problemas de la salud.

Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

**Gráfico N°1: La importancia del antes llamado NoPOS bordeó el 10% del gasto en salud de 2018**



Obviamente el sistema de salud necesita una reforma estructural de todo el Sistema de información.

- Inconsistencias en información de recobros, afectaron cifras del Acuerdo de Punto Final
- Otra imagen que el propio Ministerio de Salud difundió para presentar el déficit acumulado de recobros por prestaciones NoPOS se muestra en el gráfico N°2. Sorprende la serie de valores “recobrado” y “aprobado” de los años 2006-2018 para un “desbalance acumulado” de COP 7,42 Billones corrientes. ¿Cómo entender que, siendo mayor el valor recobrado que el aprobado, se generen deudas por los valores “no aprobados”? ¿Cómo entender la nota de ADRES que habla de “valores radicados” y “efectivamente pagados” sin incluir glosa? ¿Existen entonces unos valores “radicados”, otros “aprobados y pagados” y otros “aprobados no pagados” que se convierten en deuda y además glosa”? ¿Y esa clasificación está en el Manual de auditoría integral o algún documento legal?.

Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

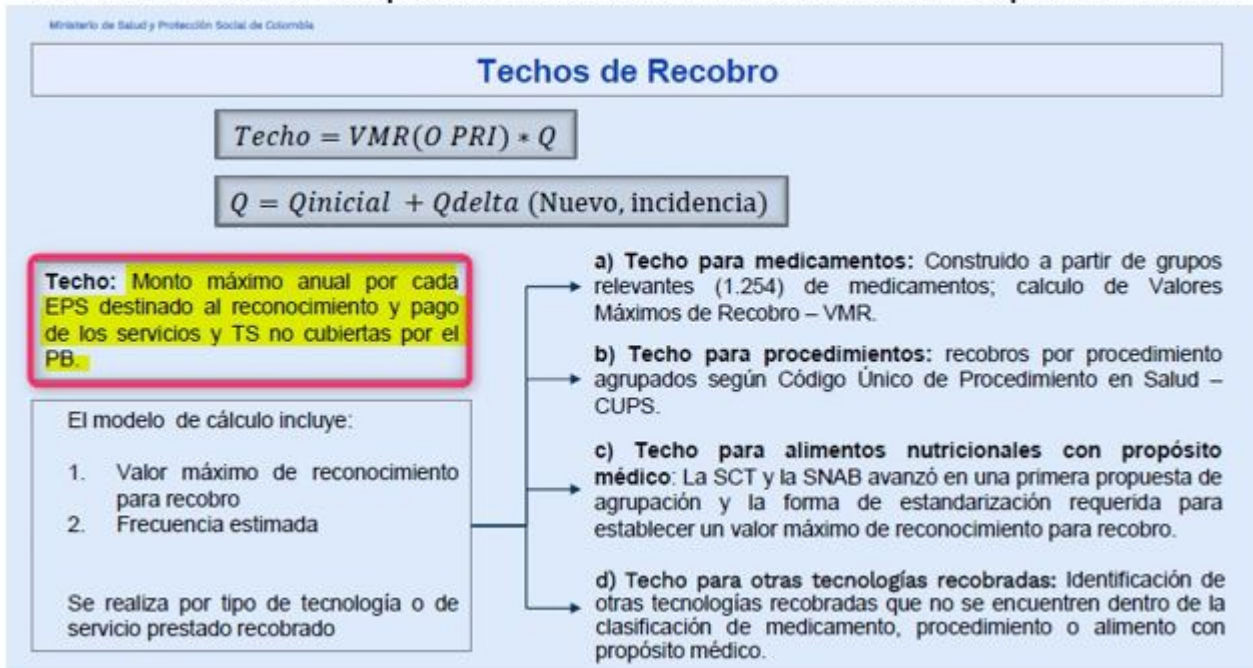
**Gráfico N°2: Datos con los que se calculó el déficit acumulado del Acuerdo de Punto Final**



- Inconsistencias en información de recobros y Techos de Recobro o Presupuestos Máximos Finalmente, la asignación de recursos en aplicación del Art.240 de la Ley 1955-PND que se implementó con las Resoluciones 205 y 206 de 17 de febrero de 2020, tuvo un cambio que pocos percibieron, pero tiene mucha importancia cuando se trata de inconsistencias en la información que sirvió de base: Los valores “techo” se estimaron inicialmente con información magnética de recobros (ver gráfico N°2) pero eran tales sus inconsistencias que tuvieron que eliminar el Anexo 3 de la Resolución 205 y reemplazarlo por un cálculo actuarial, el mismo que emplean las aseguradoras para estimar riesgos futuros.

Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

**Gráfico N°3: Datos con los que se calcularon los Techos de Recobro o Presupuestos Máximos**



Conclusión: Esta mirada rápida y extremadamente reducida a la consistencia de los datos que sirvieron de base para definir los Nuevos Valores Máximos de Recobro VMR, la asignación de recursos del Acuerdo de Punto Final, los Techos de Recobro y Presupuestos Máximos, así como el proyecto de Ley 10 de 2020, pretende únicamente abrir interrogantes sobre la inocultable opacidad en el microdato del manejo de los recursos del sistema de salud. Se trata solo de ver la realidad actual como una invitación a imaginar las potencialidades de una reforma estructural del sistema de información y todo lo que se podría lograr con el debate y la divulgación del punto 8 del Decálogo de Desarrollo de la Ley Estatutaria de Salud:

*“8. Sistema de Información de Salud Pública:*

*Desarrollo de un sistema de información único, integrado, público, transparente, disponible en línea, que usando los últimos recursos tecnológicos de “Machine Learning”, “Big Data”, Procesamiento Digital de Imágenes, y demás recursos para Inteligencia Artificial, permita*

Nuevos VMR, Acuerdo de Punto Final, Techos de Recobro y proyecto de Ley 10 de 2020 Políticas públicas en salud basadas en información con inconsistencias y necesidad de un cambio estructural

*recuperar el máximo de información económica, clínica, científica, tecnológica, y administrativa, desde los orígenes del sistema de salud vigente, para preservar recursos económicos y epidemiológicos, así como tener los elementos empíricos oportunos para la toma de decisiones en política pública, y que en sí mismo sea un instrumento para evitar la corrupción en el sector salud (Art 17, LES).*

*El Sistema incluirá todos los datos necesarios para garantizar la información sobre los componentes individuales demográficos, determinantes de la salud, genéticos y clínicos, que incluyen diagnósticos con sus ayudas y resultados, procesos de intervención terapéutica, rehabilitadora y de paliación, con la inclusión de los administrativos y contables. Uno de los elementos constitutivos de este sistema será la historia clínica única. Todo esto, garantizando el derecho fundamental constitucional a la intimidad y a la privacidad de cada persona.”*

Oscar Andia, Director Observatorio de Medicamentos, Observamed, Federación Médica Colombiana.

Foto tomada de: <https://www.elespectador.com/>