

Bogotá, D.C. 4 de septiembre de 2020

Señor Doctor

IVÁN DUQUE MÁRQUEZ

Presidente de la Republica de Colombia

E.S.M.

ASUNTO: Avances en el Acuerdo de punto final

Excelentísimo Señor Presidente:

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 presentarle nuestra visión y compartirle nuestras inquietudes frente al avance del Acuerdo de punto final.

Agradecemos y reconocemos de manera especial que lo que fuera una promesa de su campaña presidencial, haya tenido el impulso y compromiso de su Gobierno para su concreción a través del Plan Nacional de Desarrollo "Pacto por Colombia, pacto por la equidad" y la reglamentación que se ha expedido a la fecha para que esa iniciativa se materialice.

En sus inicios le expresamos la ilusión que este proceso generaba, pues nos parecía certera la decisión de avanzar por esa vía para sanear, tal como usted lo señaló: "un problema que envejeció mal". En este momento se encuentra estructurado el procedimiento de saneamiento, las condiciones para acogerse a el y los requisitos que buscan – como es debido - zanzar las deudas acumuladas por concepto de servicios y tecnologías prestadas, que se encuentran fuera del plan de beneficios de nuestro sistema de salud.

Su Gobierno comprendiendo la necesidad y fundamento de acabar con el discurso o señalamiento de que era la deuda *Estatal* la causante de la falta de efectividad y oportunidad en el flujo de recursos del Sistema hacia todos los agentes, decidió que pagar esa deuda acumulada a los administradores de planes de beneficios -las EPS- no solo sanearía la situación respecto de esas entidades, sino que de manera

posterior a ese primer paso, se llegaría hasta las Instituciones hospitalarias para saldar un pasivo, cierto, creciente e histórico.

Motiva nuestra misiva de hoy, la sentida preocupación del sector hospitalario, pues pese al empeño de las entidades gubernamentales, Ministerio de Salud, Adres y Supersalud, el Acuerdo de punto final -APF- no ha avanzado como se esperaba y los cronogramas no han podido cumplirse.

Debe reconocerse que la situación no es igual para los dos regímenes del sistema de salud. En el Régimen Subsidiado se ha avanzado en algunos Departamentos y aunque algunas entidades territoriales muestran rezagos, las que si lo han logrado hasta el momento arrojan resultados de operaciones efectivas que contabilizan aproximadamente \$ 700 mil millones. Ese resultado demuestra que el proceso funciona y que los requisitos son razonables. La liquidez derivada del avance de ese componente territorial del APF se ha expresado durante el primer semestre de este difícil 2020.

En el Régimen Contributivo las entidades del gobierno, Minsalud y ADRES han trabajado intensamente en lo procedimental, adecuando plazos, condiciones y habilitando mecanismos para disponerse a lo que se esperaba como la más grande operación de saneamiento de deudas del sector y probablemente de la historia reciente del país. La orden que usted impartió al inicio de esta pandemia, de acelerar el acuerdo de punto final damos fe que ha sido acatada por los funcionarios y entidades competentes; no así por los beneficiarios primarios. Hoy, según los cronogramas -replantados en abril- debiéramos ir por un nivel de radicación del 50% de los recursos destinados para el proceso, y según datos de ADRES, apenas las EPS han allegado al proceso \$ 170 MM correspondientes a un exiguo 5.6% del total esperado.

Como es de suponer, esa dilación y lo que implica, hace que invoquemos su directa intervención para que se materialice el saneamiento y acuerdo de punto final diseñado y prometido por su Gobierno y esperado por el sector hospitalario. Vemos con preocupación que se desvanecen las posibilidades de concretar este proceso, debido a la decisión volitiva del agente primario beneficiario del mismo.

Creemos que una medida bien intencionada y necesaria, el APF, no puede truncarse por la voluntad del mismo agente que durante años ha alegado que lo que adeuda el Estado por las coberturas que presuntamente debió dar a los afiliados y que no se encontraban en el plan de beneficios, es una causa principal del incumplimiento de sus obligaciones hacia la red hospitalaria y de la imposibilidad de cumplir con sus indicadores de solvencia.

Comprendemos que no puede pretenderse que el pago de los llamados *recobros*, se dé sin procesos que garanticen mínimamente la existencia de esas atenciones y de

la consecuente obligación en términos de racionalidad y de evidencia técnica y científica, pues sin duda, este mecanismo no puede ser visto tan solo como una opción para ajustar unas cifras en una contabilidad de manera automática.

Consideramos que, habiendo sido el gobierno especialmente comprensivo y generoso con algunos agentes, es hora de hacer un punto de corte. Vale la pena mencionar cómo no solo se han hecho ajustes a los criterios de verificación de las condiciones financieras y de solvencia de las entidades responsables de la operación del aseguramiento en salud, sino que se han otorgado plazos – desde el gobierno anterior-, con miras a que estas entidades cumplan finalmente unos estándares que den fe de su viabilidad¹. Inclusive al amparo del acuerdo de punto final, se permitió la certificación como parte de las reservas técnicas, del valor de algunas cuentas radicadas aun sin resultados de la auditoría². Al finalizar el presente año deben cumplirse algunas condiciones de orden financiero por parte de las EPS, por lo que asaltan dudas frente a las razones para no querer sanear estas cuentas de manera real y en sus registros contables.

Entendemos la actuación de ADRES y Minsalud pues se trata de establecer garantías para que los pagos que se generen sean justos y legales, máxime si se trata de recursos públicos, que el Estado en un esfuerzo excepcional ha destinado para sanear deudas del sector salud. En la estructuración del Acuerdo de punto final, participaron los beneficiarios primarios y vemos que se han ofrecido opciones y alternativas de medios probatorios con el fin de facilitar el proceso, inclusive se está permitiendo la “reconstrucción” en algunos casos y en todo caso no puede perderse de vista el deber de gestión del riesgo que debían realizar respecto de las prescripciones No PBS. Entonces no se puede aducir hoy, que los mínimos requisitos exigidos en el marco del proceso son la causa para no poder acogerse al mismo.

Hacemos hoy un llamado especial para que no sea la renuencia la constante, cuando se trata de hacer cumplir las leyes o los mecanismos que pretenden soluciones. A manera de ejemplo, mencionamos como en época de pandemia, el sector hospitalario ha visto como los mandatos de orden legal son discrecionales para algunos. En esta época se dispuso la liberación de reservas técnicas de las EPS para el pago de deuda antigua a las IPS, se estableció la obligatoriedad de mantener los pagos acordados en los contratos de cápita, se ordenó garantizar mínimo el 20% de la facturación que se venía manejando antes de la pandemia, y sin embargo, estas medidas hasta la fecha no han tenido impacto. Son contadas las excepciones de acatamiento, la no voluntad ha imperado y nuestro temor principal es que esto suceda con el Acuerdo de punto final.

¹ Decreto 2702 de 2014, decreto 1681 de 2015, decreto 2117 de 2016, decreto 682 de 2018, decreto 1424 de 2019

² Decreto 1683 de 2019, modificatorio del decreto 780 de 2016

Creemos que es el momento de adoptar medidas fuertes dentro del propósito de saneamiento final. La extinción de las obligaciones por parte del Estado o detener inmediatamente los plazos en las condiciones de habilitación de las aseguradoras, deben ser contempladas, pues de lo contrario, esta será una situación interminable no solo para el Estado sino para todos los agentes del sistema de salud.

Para este gremio inclusive la mejor manera de obtener el verdadero saneamiento del flujo de recursos en el Sistema de Salud es logrando que los recursos lleguen hasta los prestadores, agentes últimos en la cadena y quienes son los que en el día a día atienden a la población y mantienen sus puertas abiertas para que exista una real y efectiva prestación del servicio.

Señor Presidente, en resumen, queremos muy comedidamente solicitarle que se contemplen alternativas para que el acuerdo de punto final – y los otros mecanismos mencionados- sean de acogida obligatoria y no voluntaria y que se garantice que con tales recursos se pague deuda de las IPS. Especialmente queremos solicitarle que se puedan preservar las fuentes de financiación del acuerdo, los 6.7 billones anunciados y que sean evaluadas otras opciones – en caso de que esta no se concrete -, que permitan el pago de la deuda acumulada con los hospitales y clínicas del país.

Con sentimientos de respeto y consideración,



JUAN CARLOS GIRALDO VALENCIA
Director General ACHC